

第1回国際シンポジウム「統合医療の確立に向けて」

日時 2008年9月6日(土)

場所 京都リサーチパーク 1号館4階サイエンスホール

第2部 パネルディスカッション

「統合医療における本学に対する期待と果たすべき役割について」

- パネラー 今西 二郎(京都府立医科大学微生物学教室 教授)
伊藤 壽記(大阪大学大学院医学系研究科 生体機能補完医学講座 教授)
小板橋喜久代(群馬大学 医学部保健学科看護学専攻 教授)
後藤 修司(社団法人 全日本鍼灸学会会長, 学校法人 後藤学園 理事長)
米田 忠正(学校法人 米田学園 理事長)
中川 貴雄(日本カイロプラクティック徒手医学会 会長)
- 指定発言 北小路博司(明治国際医療大学 鍼灸学部 臨床鍼灸学教室 教授)
座長 矢野 忠(明治国際医療大学 鍼灸学部長)
川喜田健司(明治国際医療大学 国際学術交流センター長)

はじめに

(矢野) ただ今から、第2部パネルディスカッション「統合医療における本学に対する期待と果たすべき役割について」を開催いたします。座長は、矢野と川喜田が務めさせていただきます。

本日は、パネリストとして、今西二郎先生(京都府立医科大学微生物学教室教授)、伊藤壽記先生(大阪大学大学院医学系研究科生体機能補完医学講座)、小板橋久代先生(群馬大学保健医療学部看護学専攻)、後藤修司(全日本鍼灸学会会長、学校法人後藤学園理事長)、米田忠正先生(学校法人米田学園理事長)、中川貴雄(日本カイロプラクティック徒手医学会会長)の6名の先生と本学からは指定発言者として北小路博司先生(明治国際医療大学鍼灸学部臨床鍼灸学教室)を迎えています。以上の先生方でパネルディスカッションを進めていきたいと思っております。なお、各先生方のご略歴については、配布資料がございますのでご参照願います。

統合医療は21世紀における新しい医療モデルとして期待されています。特に先進国と呼ばれている国々では、疾病構造の変化、医療費の増大、患者の意識の変化など、種々の医療に関する問題が発生し、これらの諸問題を解決するには、現代西洋医学にお

ける一元的医療システムだけでは困難であるとの認識が広まり、補完代替医療を取り込んだ医療が展開されています。そして、さらにそれらを組込んだ「統合医療」が新しい医療として期待されています。現在のところ、統合医療の医療モデルは確立されておらず、その形は様々ですが、補完代替医療を組込んだ学際的なアプローチによる医療を通して患者一人ひとりに最も適した医療を提供しようとする視点においては共通しているようにも思えます。

本学は、大学名を「明治国際医療大学」と改称し、統合医療を目指す医療系大学として、この4月、新たにスタートを切ったわけですが、その姿勢は大学の英語名である“Meiji University of Integrative Medicine”に如実に表されていることと思います。そこで、本日は、統合医療、補完医療、伝統医療など、各分野で活躍されている先生方をお迎えし、本学における統合医療の在り方について忌憚のないご意見を賜りながら、本学の進むべき方向について多面的な討論が展開できたらと願っています。

セッション①

統合医療を必要とする背景について

(矢野) 統合医療とは何か、ということについての

- ・ 西洋医学を中心に、各種補完・代替医療を組み合わせたオーダーメイドの医療
- ・ 単に、疾患の治療だけでなく、疾病予防、治未病、健康増進、抗加齢など、総合的に健康の改善を図ることを目的

表1 統合医療とは

ご意見を伺う前に、なぜ統合医療的な新しい医療が必要なのか、まずこの点から先生方のご意見をお聞きしたいと思います。

では、今西先生、よろしくお願いいたします。

(今西) なぜ統合医療を必要とするか、その背景について、まず私が考えている統合医療というものを簡単に説明させていただいてから、述べさせていただきます。

統合医療とは、西洋医学を中心に各種の補完代替医療を組み合わせたオーダーメイドの医療と考えています(表1)。単に組み合わせて治療を行うというだけではなく、疾病予防、あるいは治未病、さらには健康維持・増進、アンチエイジング(抗加齢)というような、様々なことを目的に、総合的に健康の改善を図ることと考えています。このような私なりの定義のもとに、なぜ統合医療が必要なのかということについて説明させていただきたいと思います(表2)。

統合医療には、全人的医療が行えるという最大の特徴がありますし、また、オーダーメイド、個人個人に合った医療が行えるという特徴もあります。これをひっくり返しますと、西洋医学では臓器別の診療になりがちである、あるいは専門分化しているといった、西洋医学への不信といいますか、不満といったようなものがあるわけです。

また、いわゆる Evidence-Based Medicine ということは、統計学的な検証を行なうので、どうしても集団医学的に扱うことになります。それに対する不満、個人個人に合ったものが行なわれているかといった不信が背景にあるのではないかと思います。

また、西洋医学では不得手とするようないろいろな疾患があります。例えば慢性的な疾患や生活習慣病、あるいは心身症といったようなものは、西洋医

- ・ 全人的医療、オーダーメイド医療(臓器別診療の不信、集団医学への不満)
- ・ 慢性疾患、生活習慣病、心身症など西洋医学が不得手とする疾患にも有効
- ・ 自己治癒力を増強、QOLの改善(原因治療、根治療法が全てではない)
- ・ 疾病予防、健康増進・維持や治未病が図れる
- ・ 西洋医学的治療による副作用の軽減

表2 統合医療を必要とする背景

学は割と不得手です。そのようなものに対しても、補完代替医療ではうまくいく場合が往々にしてあるということです。ですから西洋医学と補完代替医療を組合せることによって、効果のある疾患のテリトリー(範囲)を広げることができるかと思っています。

もう一つが、自己治癒力を増強するとか、QOLの改善を図るといったことです。西洋医学の方は、根本治療といいますか、原因を求めてそれに対して対処するというのが最大の目的です。それに対して補完代替医療の多くは、自己治癒力を増強して側面から治していくことであるかと思っています。

また、疾病の予防や健康維持・増進、治未病といったようなことは、西洋医学では今まであまり重視してこなかったということがあります。どちらかと言えば治療を目的にしているわけです。また、西洋医学的治療は、非常に切れ味が良いのですが、いろいろな副作用が起こってくることもまた事実です。こういった西洋医学で起こってくる副作用を軽減するというにも補完代替医療は優れています。そのようなことで、西洋医学と補完代替医療をうまく組み合わせることが求められていることがその背景にあると思います。

(矢野) 今西先生、ありがとうございました。引き続きまして、伊藤先生、よろしくお願いいたします。

(伊藤) 私は、いわゆる西洋医学をやりながら、そして補完代替医療も同時にやっていくという、二足のわらじを履いた立場で研究しております。

まず、統合医療、あるいは補完代替医療といったものがどのような背景で出てきたかといえば、いわば自然発生的に出てきたといったところから話をさせていただきます。今西先生のお話とも重なること



図1 現代医療の構造変化

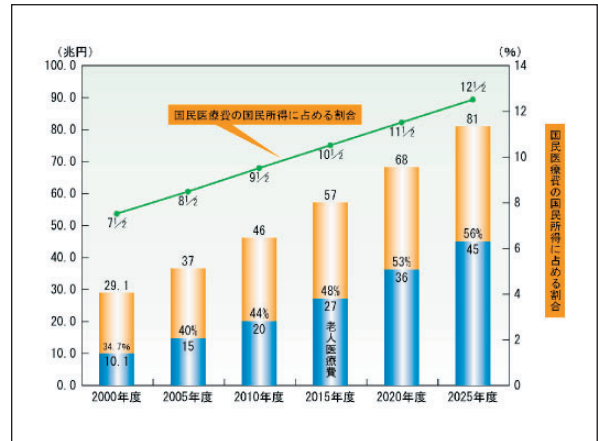


図2 医療費の将来推移

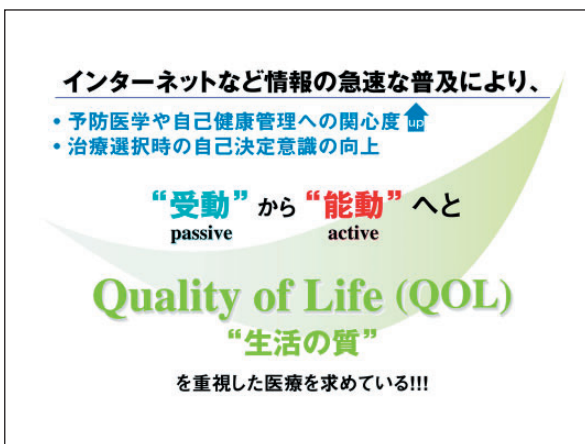


図3 患者様の意識構造の変化

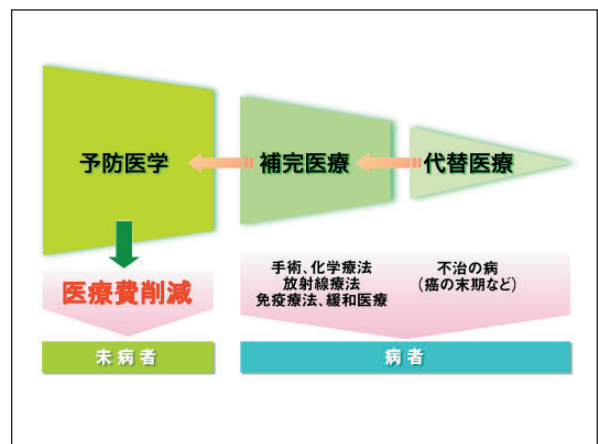


図4 補完代替医療は順次、前倒しの傾向に

ろがございます。

図1は、現在の医療の構造変化を示したものです。我々を取り巻く社会環境は、非常に便利になり、衛生面でも非常によくなりました。我々は便利になった分、体を動かさなくなりました。一方、医学・医療の進歩は、非常に目覚ましいものがあります。特に我々が恩恵を被っています西洋医学により、急性疾患は非常によくコントロールできるのですが、慢性疾患につきましては、やはり何らかの限界がございます。こうした背景で、我々は高齢化社会を迎えています。疾病構造もがん、高血圧、糖尿病、肥満、高脂血症といった生活習慣病が大半を占めております。そして、それに伴って医療費が益々莫大となり、国民皆保険制度が破綻の危機に瀕しているということは、皆さんご存じのことかと思えます。

図2は、医療費の将来推移を示したものです。2008年度ですと、まず国民医療費は40兆円というものすごい数字を計上しているわけです。このままですと、2025年にはその倍の80兆円に膨れ上がるということが予測されています。しかも、そ

の中で占める老人医療が50%を超えるという状況が予想されています。

医療のこうした構造変化とともに、患者サイドの意識にも構造変化が起こっています(図3)。それは、今まで「すべてお任せします」という受け身の立場から、「私はこうしたい」という能動的な形に変わってきています。今は情報社会です。いろいろな情報が簡単に手に入ります。メディアを通じて健康に関する多くの事柄が紹介されますし、それに伴って健康というものに対する意識が非常に高まっています。そうした中でどういう治療を選ぶかということに対しては、患者さんは生活の質(QOL)を重んじた医療を切に望んでいるわけです。

そこで、補完代替医療(CAM)が登場してくるわけです。このCAMは、もともと代替医療からスタートしています。すなわち、がんの末期とか、施しようのない難治疾患などについては今の西洋医学は何ら助けにならず、ほかのものに頼ろうというのが代替医療です。それが今や前倒して補完医療という、今の医療に何かプラスして患者さんのQOLを

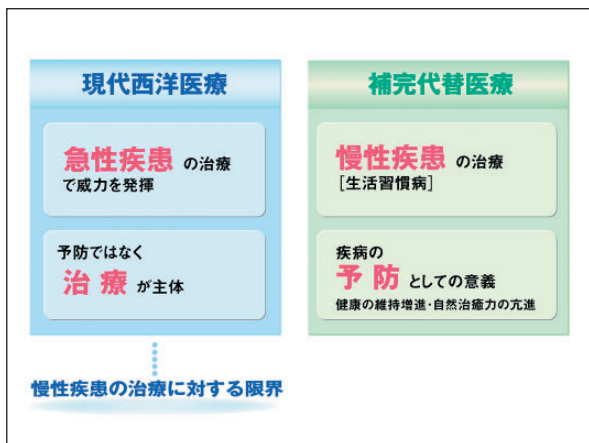


図5 現代西洋医療と補完代替医療との対比

少しでも上げようという医療になってきています(図4)。

さらに、この補完代替医療の目指すところは、最終的に予防医学にあると思います。「未病」という東洋医学の言葉がありますが、未病者をできるだけ病者にしない、そうすることによって、医療費の削減へとつなげていくわけです。

西洋医学と補完代替医療を大きく分けて捉えてみますと、先ほど申し上げましたように、西洋医学は急性疾患にウエートを置き、補完代替医療は慢性疾患にウエートを置いている、ということになるのではないかと思います。西洋医学は、的確に診断して治療するというのですが、補完代替医療は予防なのだということです(図5)。

最終的には、図6に示すように今の医療と補完代替医療が有機的に融合することによって、統合医療という新たな医療へと展開していく。そのためにはエビデンスの少ない補完代替医療の領域で科学的根拠を付けることにより、統合医療へと発展していく。そして、単にこれが融合するというのではなく、有機的に、しかも全人的な医療という立場に立って融合する、そういったものが理想的な医療としての統合医療であろうと考えます。

(矢野) 伊藤先生、ありがとうございました。引き続きまして、小板橋先生、よろしく願いいたします。

(小板橋) 私の方からは、看護という点に焦点を当てて、なぜ統合医療が必要とされるのかということについて述べさせていただきます。

私は、基礎看護学講座におりまして生活援助論等を担当してきた者ですが、ちょうど5年前に「統合医療研究推進プロジェクト」を群馬大学医学部の中で応募したところ採用されました。その活動として、

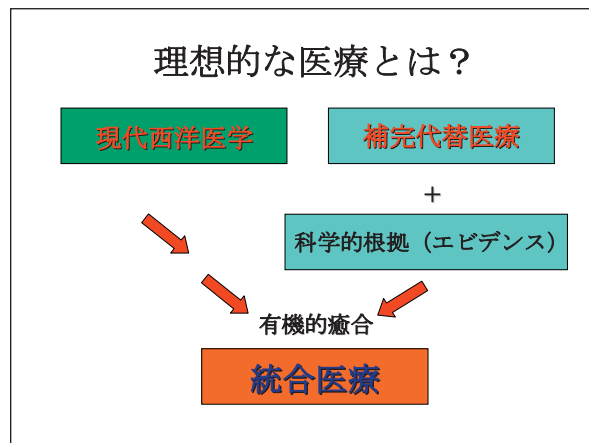


図6 理想的な医療とは

これまでやってきたことも含めて、私が感じていることを紹介させていただきます。

千葉大学の広井先生が、「ケアの科学」ということで、「21世紀の医療においてはケアが非常に重要な概念である」と言われたことが、私にとっては非常にインパクトの強い言葉でした。看護について、もう一度自分たちの役割を見直さなければいけない時期に来ているということを強く痛感した次第です。その必要性については、今西先生、伊藤先生のお話の中にも出てきましたように、高齢者の問題や慢性疾患の問題、それから日本の国民の特質というのでしょうか、健康不安の高い人々が多いといったことが背景にあるかと思っています。

そういう中で、看護の中をのぞいてみますと、図7で示すようにやはり看護は西洋医学の中で医療の補助をする役割を果たしてきた訳です。現在はその中にいくつかの看護独自に専門的な領域が必要であるということで、専門看護制度、それから特定の手技に卓越した認定看護制度を持っていますが、そういったものもまだまだ西洋医学の体系の中での役割ということです。しかし、今後はCAMの知識を付加した形で、積極的に統合医療を推進していく役割を看護が担っていけると考えています。

そういったことで、CAMと看護というときには、これからは「看護療法」といえるような形でのケア技術を積極的に開発していく必要があるということ、その取り組みが始まっています。もちろん、従来の補助的な介入も必要なことで当然重要な役割なのですが、さらにケアの効果そのものを高めるため、としての積極的な介入を目指していく必要がある、そのことを看護師自身が認識するようになってきていると思います。

今ほど伊藤先生のお話の中にもありましたように、予防医学への期待ということは、言い換えますと、

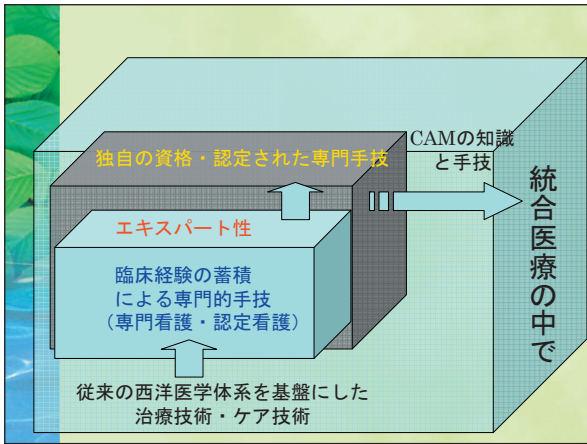


図7 看護機能の拡大・発展をめざして

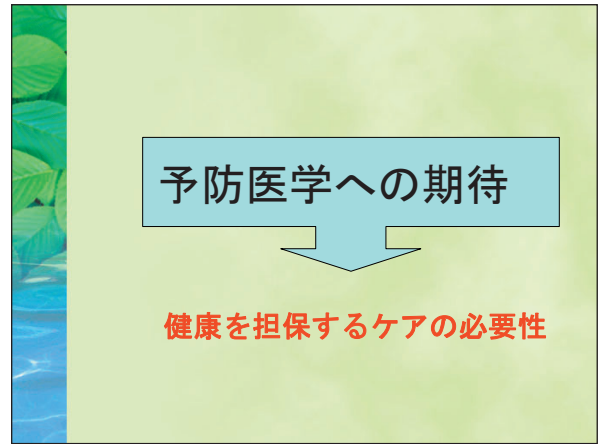


図8 Holistic Nursing Care へのニーズ

それは健康を担保するケアではないかと思います。ということは、疾病を予防するだけでは間に合わない。結局は、もともとのその人の健康状態をいかに担保していくかということになりますと、それはやはり看護が行わなければいけない。つまりCAMを越えて、さらに Holistic Nursing Care へのニーズが高まっていると考えています (図8)。

最後にもう一つ、看護の中でもそれを進めていくために、「ケアリング理論」というものが出てきています。それは図9に示すように看護独自に人との関係性の中で相手の行動変容を引き起こしていく、その中で本人自身が責任を持って自分の健康を管理する、そういったことにかかわっていく必要、そこがホリスティックな人間回復であり、その中で、医療者自身ももちろんですけども、患者さんも共にということが目指されていると考えています。

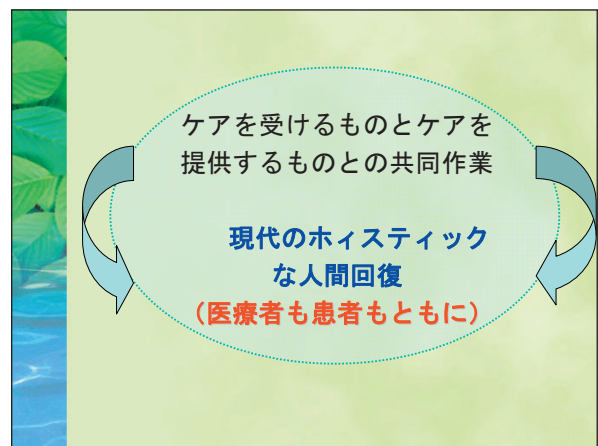


図9 Caring (ケアリング) 理論

(矢野) 小坂橋先生、ありがとうございました。引き続きまして、後藤先生、よろしくお願いたします。

(後藤) 今までの先生方とダブるところは省いて、簡単に説明させていただきます。「統合医療」という概念は、アメリカから生まれてきたと思っています。図10は横軸が医療費、縦軸が医療に満足している人の割合を示したグラフですが、アメリカは世界一医療費が高く、世界一医療に満足している人の割合が少ないことが示されています。ここに一番の問題があったということだと思います。

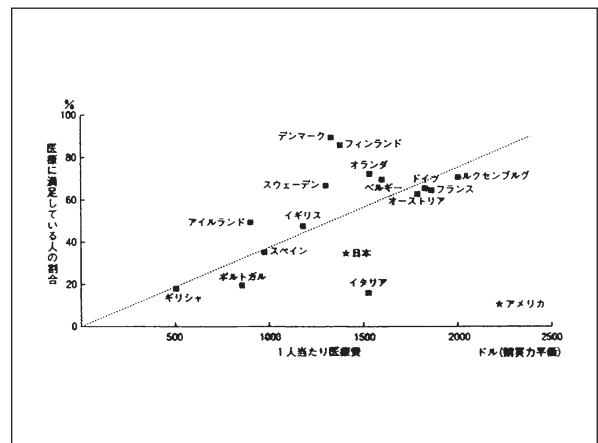


図10 医療に対する満足度と1人当たりの医療費との関係。「医療革命 からだの科学臨時増刊号 1977」岩崎栄・広井良典 日本評論社。

なぜ医療に対して不満が高く、満足しない人が多いのか。日本統合医療学会の渥美先生は統合医療の概念を表3に示すように整理されています。つまり今の医学が患者さん中心ではない、個別医療ではない、包括的なケアではない、全人的ではない、そう

いうところから不満が出てきており、しかもその不満は非常に高いということです。ですから、患者さんサービスとして、つまり患者さんの満足度を高めるための統合医療。そして、医療の技術としては表4

- 近代西洋医療のみならず、相補・代替・伝統医療を含めて、**患者さん中心の医療（個別医療）**
 - 人が生まれて、成長し、老化し、死に至るまで、そして疾病の治療のみならず、予防さらに健康維持増進までの**包括的ケア**を行うもの
 - 身体のみならず、精神的・社会的さらにスピリチュアルなウェルネスをも目的とした**全人的なもの**
 - 最終的には、宇宙における自己の存在と意義の自覚への到達を目標とする
 - 経済的である：費用効果が高い**
- 日本統合医療学会 会長 渥美和彦より

表3 統合医療の概念

- 1) より安全
- 2) より効果的
- 3) より非侵襲的
- 4) より経済効果性
- 5) QOLを高め、自然治癒力を旺盛に

表4 医療技術論として

全人的：身体、心、スピリチュアル

包括的

やさしい：体にも心にも

自然治癒力の再認識

表5 医療理念として



図11 EBMとは

に示すように、①より安全で、②より効果的で、③より非侵襲的で、④より経済効果性が高く、⑤QOLを高めて自然治癒力旺盛に、という方向へ向かって進歩していかなければいけないのは自明の理ですから、そちらに向かってきたということです。

そして医療の理念としては、①スピリチュアルまで入れた全人的、②生まれてから死ぬまで、それから健康・予防も含めた包括的、③体にも心にも優しい、④自然治癒力を再認識しよう、というのが医療のあるべき姿で、こういうところに到達してきたということではないかと思います。

(矢野) 後藤先生、ありがとうございました。引き続き、米田先生、よろしく願いいたします。

(米田) 私はこの統合医療に関してほとんど門外漢ですが、長いあいだ柔道整復師の教育をやってきました。また、医師として病院での治療も30年やっています。その実際の日常診療においていつも疑問に思うことがたくさんありました。

図11は私どもの学校の道場で、柔道をやっているところです。女の子もおりますが、こんな中で柔道整復師の教育をずっとやっております。10年ぐらい前から、西洋医学では、Evidence Based Medicine (EBM)という言葉が謳歌されてきて、いわゆる根拠のはっきりしない治療は、ずっと批判にさらされてきたわけです。

EBMは、ご存じのように、いわゆる Randomized controlled trial を基盤としておりますので、いわゆる偽医学を排除するには非常に都合がよいと思います。しかし、一方、日常診療では、患者さんはさまざまな背景やいろいろな特性をもっています。そのような中で、医師は、例えば治療で漢方薬を使うということもあります。しかし、多くの医師は、これは私も含めてですが、漢方についての詳しい知識を持っていません。あまり考えないで処方されています。全部の患者さんでなくても一部の方に効けばよい、副作用が少なければそれでよいという考えですが、残念ながら漢方におきましても重大な副作用が報告されています。日常診療に統合医療が必要だと

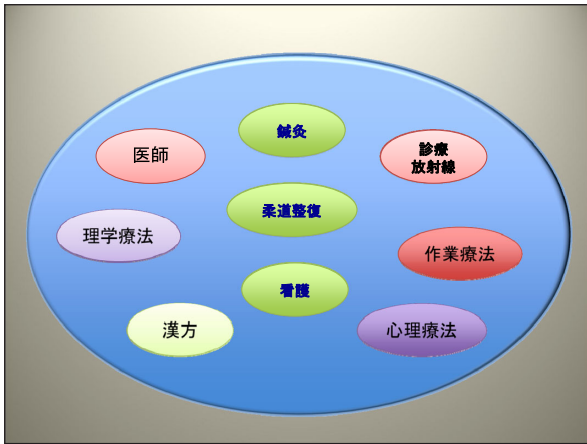


図 12 一つの組織の中での統合医療

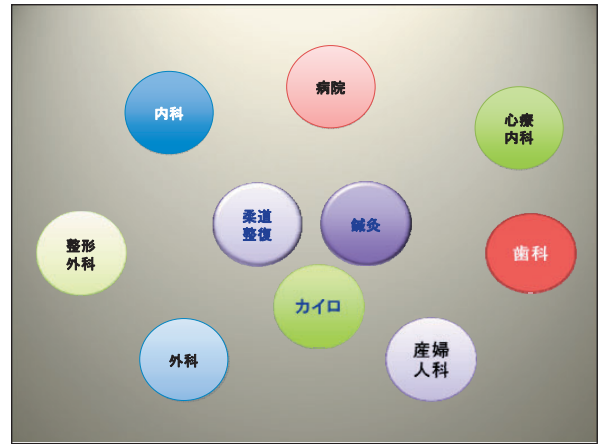


図 13 独立した医療間の統合医療

するならば、果たしてどんな効果があるのか、果たしてそのコストパフォーマンスはどうなのか、副作用は本当はないのか、さらに進んで言えば、もっとほかに良い方法はないのか。そして、国民の健康増進にいかに関与するかということを実証することが重要なのではないかと思います。

(矢野) 米田先生、ありがとうございました。最後になりましたが、中川先生、よろしく願いいたします。

(中川) 私は38年間、個人でカイロプラクターとして臨床に携わってきましたので、一人の臨床家が見た統合医療ということでお話ししたいと思います。

統合医療というのは、医療関係の人たちが連携を取って、患者にとって一番良い治療を選択する医療ということです。言い換えれば、一つの治療体系というのは完全ではない。一人の医療に従事する人は完全ではないということです。一つの方法ですべて満足できるような治療ができないことだと思います。その欠点を補って、それぞれの医療分野の特性を生かして、連携をしながら治療を行っていくシステムが必要だと思います。それが統合医療だと考えています。

その統合医療の中には、二つのスタイルがあると思います。一つは、図 12 に示すように一つの大きな組織の中で統合医療を行うスタイル。病院がその一つの大きな例だと思います。そしてもう一つは、図 13 に示すように全く別々の、私はこの部分だと思いますが、独立開業して、適応ではない疾患は他の医療に委ねるスタイルです。柔道整復師も、鍼灸師も、個人でやっている方は同じ状態だと思います。カイロプラクターもこの範囲に入っていると思います。

私は38年間、臨床に携わってきましたが、その24年間はアメリカでカイロプラクティックを仕事にしておりました。アメリカでカイロプラクティックを勉強したいということで留学しましたが、留学する前の5年間、日本でカイロプラクティックを開業していました。そのころは若かったものですから、カイロプラクティックで何でも治るなどと思って治療していたのですが、そうはうまくいきませんでした。アメリカでカイロプラクティックを学んで分かったことは、私は完全ではないということでした。カイロプラクティックも完全ではなく、どんな医療も完全ではないということでした。ですから、アメリカのカイロプラクティックは、自分のできる分野に治療を集中し、自分の能力以外の問題に対しては、迷わずに専門医に紹介するというシステムを取りました。私も自分の手に負えない疾患や患者さんについては、専門医に意見を聞いたり、治療をお願いしました。そうするうちに、その患者さんを紹介していた内科医や整形外科医、歯科医から、カイロプラクティックの治療が適応すると思われる患者さんが紹介され始めました。お互いの信頼関係が構築されたのだと思います。

このように、自分の力に固執せずに、他の医療分野の人たちと連携を取って、患者にとって一番良い治療を選ぶということ、これが統合医療であると思っています。

(矢野) 中川先生、ありがとうございました。

ただいま、それぞれの先生方から、統合医療を必要とする背景ということでご意見を伺いましたが、そこにはかなり共通した部分があったように思います。現代西洋医学がこれまでやってきた中で、いろいろな問題が派生し、それに対してどのように対処していくのか。その問題解決として、これまで周辺

の医療として位置付けられてきたCAMが見直され、現代医学を補完するようになりました。そしてこれからは統合医療へという流れが起こりつつあるといえます。その背景要因については先生方のお話から共通した認識を持つことができたのではなからうかと思えます。また、米田先生、中川先生からは、医療現場で活躍されてきた中で、これからの医療に対する視点をご披露していただきました。本学としては、先生方のご意見を踏まえて、統合医療をどのように実践していくのかということになりますので、それに向けて次のセッションに進みたいと思えます。

セッション② 統合医療の実践

(矢野) このセッションでは、統合医療の実践例や研究の一端を紹介していただきます。今西先生は医療法人の同仁会で、また伊藤先生は阪大の附属病院で、小坂橋先生は群馬大の附属病院で活動されています。また、本学からは北小路先生より附属病院での実践と研究を紹介していただき、どのような統合医療モデルがよいのか、というところにつなげていきたいと思っております。

(今西) それでは、統合医療に私どもが直接関与している例ということで、お示ししたいと思います。

医療法人同仁会は京都にある医療施設ですが、2004年の10月から始めています。ここにスポーツジムと疾病予防研究所のビルディングを建てまして、その中で診療所、パワーリハビリといったことをやっています。実際の内容は、西洋医学的な治療に漢方も同時に行っています。また、スポーツジムやパワーリハとも合わせています。さらにこの中に鍼灸マッサージ院を作り、鍼灸、アロマセラピー、指圧マッサージといったようなこと、それとクリニックの方でサプリメントの指導を行っています。**図14**は医療法人同仁会の全景と内部（待合室・診察室・プール・マッサージ）を示します。他にジャグジーやミストサウナもあります。

別の例ですが、奈良の方の健診センター、いわゆる人間ドックの施設で統合医療をやろうということになりました。その中に鍼灸マッサージの部屋を作りまして、漢方治療やサプリメント、ハーブの指導などをやっております。施設は山の中にありまして、リゾートホテルのような感じのところでは、**図15**に示すようには、人間ドックの施設ですので、いろいろな検査機械（CT、MRI、マンモグラフィ等）をそろえています。病室ですが、ホテルのシングル



図14 医療法人同仁会



図15 グランソール奈良の取り組み

ルーム、ツインルームといったような感じです。ホール、談話室、庭、浴室が完備され、談話室ではいろいろな指導を行います。サプリメントの指導、アロマセラピー、鍼灸、マッサージ、指圧も行っています。

この施設では、西洋医学と補完代替医療を組み合わせるというような統合医療には飽きたらずに、次世代型統合医療、将来を見据えた統合医療というようなことを提案いたしまして、勉強会を作り、実践しようとしています（表6）。手法としては西洋医学と補完代替医療を組み合わせますが、目的は疾患の予防・治療・健康増進・治末病に加えて、健康維持とか、生きがい感を増すといったスピリチュアルケア、それに「アクティブエイジング」を行いたいと考えています。疾患の予知とか、アンチエイジングという言葉はあまり好きではないので、年をとってもアクティブに生きていくことを目標にしたいと考えています。

介入の対象としましては、身体・精神以外にさら

	現行の統合医療	次世代型統合医療
手 法	西洋医学と補完・代替医療の組み合わせ	西洋医学と補完・代替医療の組み合わせ
目 的	疾患の予防、治療、健康増進、治未病	疾患の予防、治療、健康増進、治未病、健康維持、生きがい感を増す、疾患の予知、active aging
介入の対象	身体的、精神的健康	身体的、精神的健康、スピリチュアリティの向上
癒し空間としての環境の重要性	小さい	必要不可欠

表 6 現行および次世代型統合医療の比較

	●月●日(木)	2月10日(金)	2月11日(土)	2月12日(日)	2月13日(月)	年齢	性別
朝食		朝食	朝食	朝食	朝食	41	女
午前	森林浴 呼吸法・アーメン	アロマセラピー	ハーブ療法	検査(※1) 解散		69	女
昼食		昼食	昼食			55	女
午後	集合 オリエンテーション 検査(※1)	ヨガ マッサージ	ヨガ マッサージ	ヨガ 伝統的調和 薬膳		57	女
夕食		夕食	夕食	夕食		52	男
講演	京都立薬科大学 大学院医学研究科 教授・今西二雄先生 温浴療法	講演 京都大学大学院 地球環境学専攻 教授・藤本尚志先生 温浴療法	栄養指導 園芸療法 温浴療法	講演と調剤 京都大学大学院 医学研究科助教 高橋 浩先生 温浴療法		34	女
						71	女
						32	女
						74	男

表 7 スケジュール



図 16 心いきいき健やかツアー



図 17 万博公園における、がん患者を対象にした次世代型統合医療

に「スピリチュアリティ」を一つのキーワードに据えたい。もう一つは、それをを行う場を大事にしたいということで、今までの医療機関ではなくて、もっとスピリチュアリティの高まる場を考えていきたいと考えています。

実際には京都府の援助も頂きまして、「心いきいき健やかツアー」を行いました。スピリチュアルな空間としてお寺を使い、4泊5日のコースを行いました。参加者は10名で、最初と最後は検査をします。それ以外の日にはヨガ、マッサージは毎日行います。午前中は森林浴やアロマセラピー、ハーブなどです。会場が禅寺（一休寺）です。座禅も試みにやってみました。それ以外にいろいろな指導や講演なども入れまして、趣旨を理解してもらうためのスケジュールを組みました（図16、表7）。

こういった活動の途上で京都大学の地球環境学堂の森本教授（共同研究者）から、万博の記念公園の跡地の自然文化園を「健康」というキーワードで有効利用して欲しいという万博機構の意向があるとの

声がかかり、次世代型統合医療を京都大学と万博機構と共同でやることになりました。

一つはがんのスピリチュアルケア、もう一つが一般市民を対象にした生活習慣病の予防を目指した統合医療の二つに分けてやることになりました。がんのスピリチュアルケアの方は、最初の2年間は高槻赤十字病院と共同でやりましたが、本年度は伊藤先生（大阪大学医学部）と共同研究をやらせていただく予定になっております。

がんのスピリチュアルケアの方では、森林浴、園芸療法、ヨガ、グループ療法、アロマセラピー、その他もろもろの治療法を繰り返して、二年間にわたり毎週1回、計12回行っています（図17）。もう少しきちっとしたグループ療法などについて大阪大学と共同研究する予定です。

一般市民を対象にした生活習慣病の予防については、昨年と今年の春2回、ほとんど同じメニューで行っています。今回、いろいろな形態の統合医療があるという事例を紹介させていただきました。

1. 臨床試験の立ち上げ (2005年1月～)
研究対象、ツールの評価、倫理委員会へ申請
2. 評価システムの確立と開発
1) QOL評価の導入
2) 客観的指標としてのバイオマーカーの開発
3. 補完医療外来の増設 (2006年7月～)
1) 補完医療に関する相談窓口 (自由診療)
2) 補完医療に関する臨床試験の窓口
4. Translational research
基礎的研究 (他施設とのcollaboration)

図 18 統合医療の実践

(矢野) 今西先生、ありがとうございます。非常に興味深い発表で、次世代型統合医療に取り組んでいらっしゃる事がお分かりいただけたかと思っております。

では、続きまして、伊藤先生よろしくお願いたします。

(伊藤) われわれの教室、生体機能補完医学講座は、臨床試験を通じて補完医学のエビデンスを追求していこうというところですよ(図 18)。2005年の1月に、金沢大学に続いて2番目の講座として発足いたしました。私もその講座を設立するに当たり、どういったことをやっていこうかとまず考えたわけですよ。臨床試験を立ち上げるには、どういう研究対象で、どういうツールを使って、どのように評価していくかを一つ一つスタッフと一緒に確認し、倫理委員会へ申請し実行してきました。

それぞれの臨床試験につきましては、評価のシステムが大事であります。その一つとしてはQOLを正しく評価する必要があると考え、専門の先生に来ていただいてQOLの評価を行っています。また、疲労であったり、うつであったり、非常に分かりにくいものを評価することがあります。そのためには、客観的な指標が要るわけですが、バイオマーカーを開発することもわれわれの講座の役目としています。

そういうことを一つ一つ立ち上げながら、外来部門が必要と考え、翌年の7月から補完医療外来を増設いたしました。補完医療に関する相談の窓口、それから臨床試験の窓口という二つの機能があります。

それから、ツールをいろいろ検討するに当たりまして、基礎的なベースのないものについては基礎的検討(動物実験など)に戻して、エビデンスのある

1. 担子菌抽出物によるがん化学療法の有害事象軽減に関する第I/II相臨床試験
2. がん化学療法による末梢神経障害(しびれ)に対する鍼灸療法の効果に関する臨床試験
3. 膵臓移植を受けられた方、ならびに膵臓移植のための登録をされた方に対する、生活の質・精神的健康に関するアンケート調査
4. 潰瘍性大腸炎術後 Pouchitis(およびCuffitis)に対する probiotic (ミヤBM)の予防効果および起炎菌に関する臨床試験
5. 非アルコール性脂肪性肝障害に対する低分子化ポリフェノールを用いた介入試験
6. 「身体活動と心理状態を指標とする呼吸器疾患治療の侵襲度の評価」(QOL改善と治療成績向上を目指した臨床研究)(呼外科)
7. 「がん患者への認知行動療法に基づく介入プログラム開発に関する研究」病院倫理審査委員会で承認
8. 「栄養状態がinfliximab治療に及ぼす影響に関する臨床試験」病院倫理審査委員会に申請中

図 19 大阪大学医学部附属病院における CAM の臨床試験

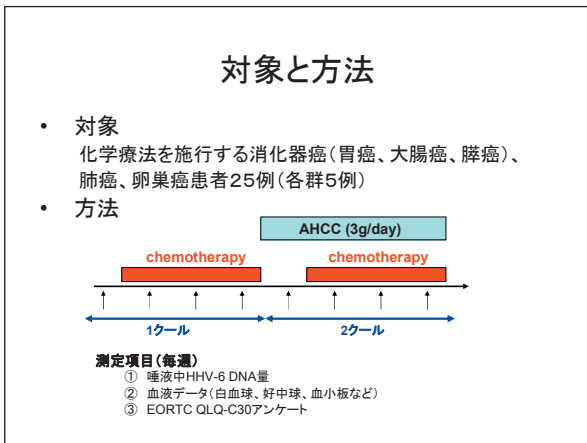
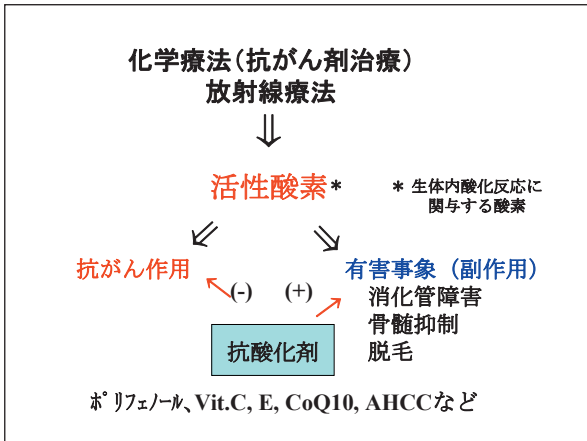
ものを臨床の方へ汲み上げるといふ、トランスレーショナルリサーチも必要に応じて行っています。また、われわれのところではできない場合には他施設とコラボレーション致します。これが大きな骨子です。スタッフは、現在、教官は4名(2名が兼任)です。それから明治国際医療大学から2名の鍼灸の先生に来てもらい臨床試験に携わっていただいています。管理栄養士、看護師にも参加していただいています。今年から大学院生も受け入れています。われわれの少ない人数ではどうしても難しいので、院内のいろいろな部署に協力を要請してやっているというのが現状です。

我々の講座は4年目に入っており、いろいろな臨床試験を立ち上げています(図 19)。一部ご紹介したいと思います。

がんの患者さんの抗がん剤による有害事象を軽減できないかというプロジェクトで、一つは担子菌(キノコ)の抽出物を使った臨床試験、それからもう一つは化学療法に伴う末梢神経障害(しびれ)に対する鍼灸による臨床試験です。

まず、担子菌抽出物である AHCC というものを使って、がんの化学療法の有害事象を軽減できないかという第 I 相、第 II 相臨床試験です。バイオマーカーとして、唾液の中に出てくるヘルペスのウイルスを DNA で定量するという方法(慈恵医大の近藤教授との共同研究)を用い、また、自律神経機能を心拍変動スペクトル解析を用いて評価しようとしています。

一部の抗がん剤、それから放射線療法を行いますと、活性酸素が発生します(図 20)。これはがんにも効くのですが、正常細胞にも働いて有害事象を惹起します。そこで、抗がん作用を抑制することなく、主として正常細胞の有害事象を軽減するという素材を抽出しまして、臨床試験を行いました。第 I 相、



客観的指標としての
バイオマーカーの開発

1) 唾液中のHHV-6DNAの定量化
2) 自律神経機能の評価 (pulse analyser)
“ゆらぎ”の客観的評価

日本疲労学会がまとめた「臨床評価ガイドライン」
“疲れの物差し8種類”(2008.02.15)

図20 化学療法(抗がん剤治療)・放射線療法による有害事象の惹起

第Ⅱ相ですので、1クール目は何も治療しないで、2クール目に服用していただいて観察しています。

バイオマーカーとして用いている唾液中のHHV-6のDNA量は、日本疲労学会で疲労の指標として今検討されているものです。化学療法もある意味で一種の疲労を発生させます。そういったところに目をつけて行った研究です。ヒトヘルペスの6型(HHV-6)というのは、三日はしかの原因ウイルスで、皆さんすべてが罹って、それが潜伏感染しているというウイルスです。このウイルスは、色々

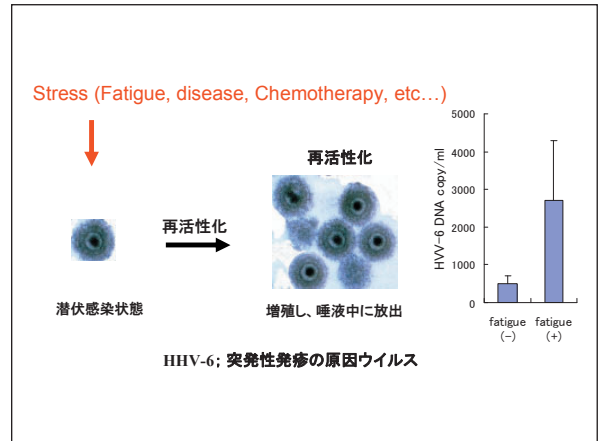


図21 “疲労”のプロジェクトヒトヘルペスウイルス(HHV-6)

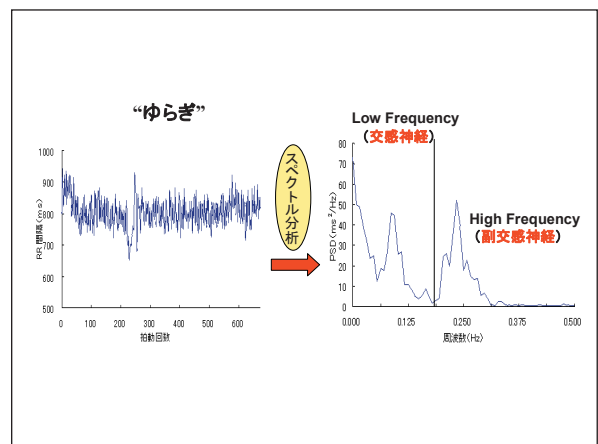


図22 心拍変動のスペクトル分析

なストレスがかかると潜伏状態から活性化され、唾液中に放出されます(図21)。こうした性質を利用して疲労の評価が行われています。サラリーマンを対象とした調査では、ゴールデンウィークの前後での疲労のある場合とない場合と比較したところ、疲労がある場合で唾液中のHHV-6のDNA量が増えたというデータが本研究のきっかけになりました(図21)。

もう一つの指標です。われわれの心拍は、常に揺らいでいます。揺らぎの理論で、これをスペクトル解析しますと交感神経機能と副交感神経機能の二つのきれいなウェーブに分かれます(図22)。健常人では図23のようにきれいな2層性のパターンが得られますが、糖尿病の場合にはそれが弱く、心筋梗塞の患者さんではそういったものが見られない。このように自律神経の機能を見ることによって、疲労を評価しようというわけです。

図24は抗がん剤を受けた患者さん6名の詳細です。図25は免疫系を賦活する機能もあるAHCCを使ったときの各クールの前後で行った白血球、血小

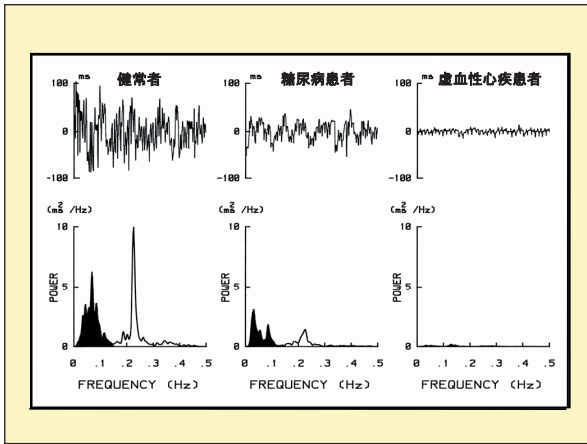


図 23 心拍変動のスペクトル分析の結果

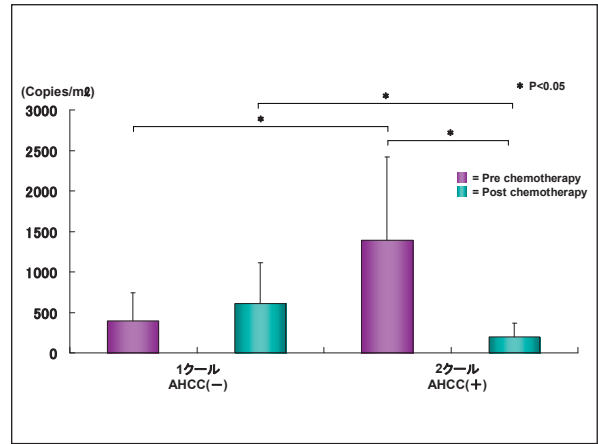


図 26 唾液中 HHV-6 DNA 量の変化

	n	年齢	男:女	stage	化学療法
肺癌	3	63 (57-68)	2:1	I a, I b, II b	Carbo-taxol
膀胱癌	2	62 (52,72)	1:1	III, IVa	GEM
卵巣癌	1	49	0:1	IIIc	GEM
計	6	61 (49-72)	3:3		

図 24 対象の詳細

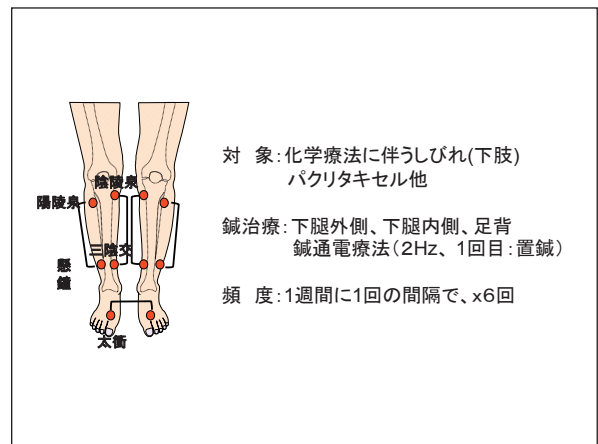


図 27 がん化学療法による末梢神経障害(しびれ)に対する鍼治療の効果に関する臨床試験(実施中)

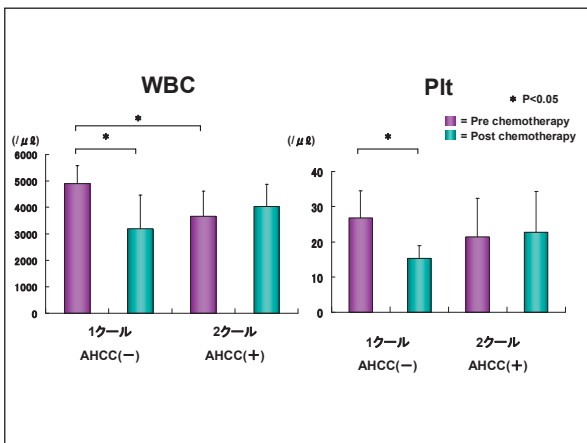


図 25 血液データの変化(血液像)

板の動きの結果です。図から分かるように AHCC により骨髄機能も保たれています。

図 26 が唾液の結果です。やはり化学療法に伴って唾液中に HHV-6 が放出されます。そして、ここで AHCC を服用することにより HHV-6 が抑制され、これは先ほどの血液の所見、それから QOL の

所見と一致するというので、バイオマーカーとして使えるだろうと考えています。

それから鍼です。CAM の領域では鍼のエビデンスが一番ある領域であろうかと思えます。欧米では痛み以外の目的でも非常に盛んに鍼の臨床試験(抗がん剤治療; 末梢神経障害(タキサン系), 血小板減少症, 嘔気・嘔吐, 放射線治療による口内炎, 進行がん患者の呼吸苦)が展開されています。われわれが乳がんや卵巣がんの患者さんで用いますバクリタキセルというタキサン系の抗がん剤は高率に末梢神経のしびれを誘発しますが、それに対する治療法がないということで、糖尿病のしびれに対するツボを使って鍼の抗がん剤の副作用に関する臨床試験をやったわけです(図 27)。

現在、19 名の方にエントリーしていただきました。乳がんが多く、卵巣がん、子宮がん、などです。バクリタキセルがほとんどの場合に使われています(図 28)。

その評価として、タッチテストによって評価してい

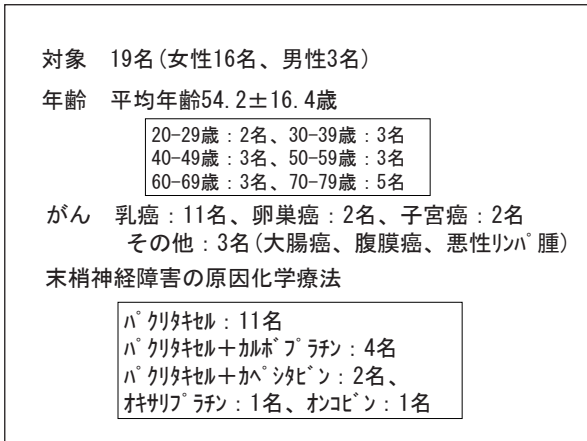


図 28 患者 (19名) のプロフィール

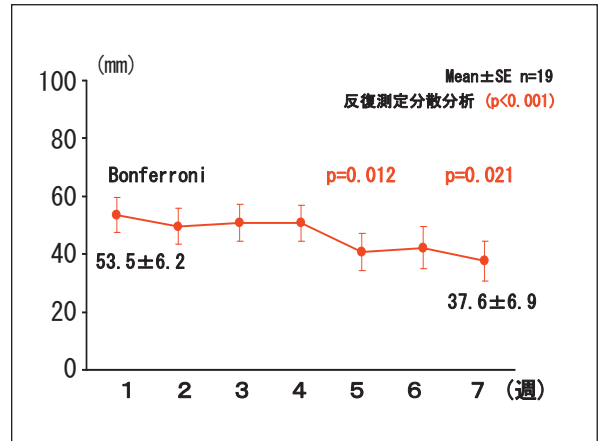


図 30 VAS の経時的変化

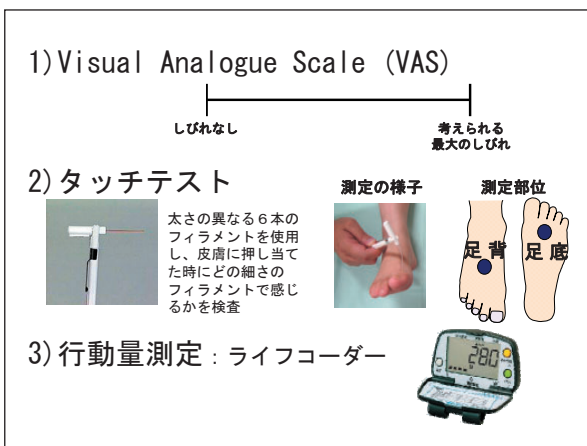


図 29 評価方法

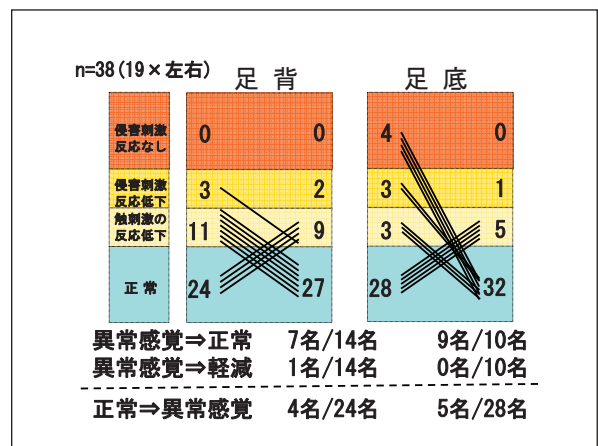


図 31 タッチテスト治療期間前・後の比較

ただいているわけですが、それ以外に加速度機能を持ちます万歩計を使って解析してみました (図 29)。

図 30 は VAS (一番しびれのある状態を 100 ~、しびれない状態を 0) の結果です。週 1 回の鍼治療で 6 週間、最後の 7 週目に最終評価をするというスケジュールで行いました。4 回目、5 回目ぐらいから有意に自覚症状が軽減することが分かりました。

図 31 はタッチテストの結果です。一番ひどいしびれの状態から正常までありますが、大半の場合、足背と足底で正常域にいます。しかし何らかの反応が低下している場合、大体において改善傾向が見られるという結果を得ました。

図 32 は万歩計の結果です。6 回の治療後には歩数が増える傾向を示しています。この万歩計を使うことによって、もっと詳しい解析ができるのですが、今回は歩数の検討だけです。

もう一つは、2008 年は「メタボ元年」と呼ばれていることもあり、脂肪肝に対する低分子化ポリ

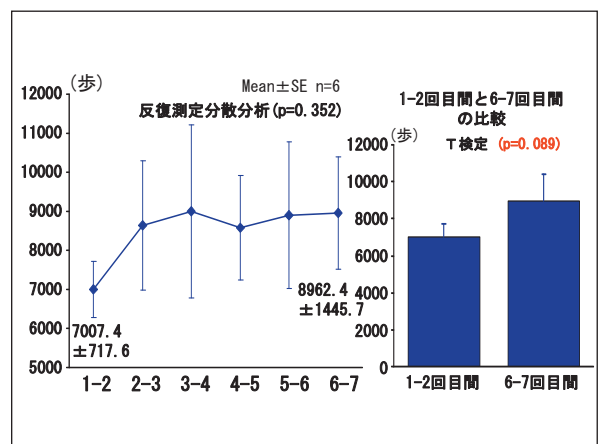


図 32 行動量 (歩数)

フェノールの介入試験を計画しているところです。

(矢野) 伊藤先生、ありがとうございました。引き続きまして、小板橋先生、よろしく願いいたします。

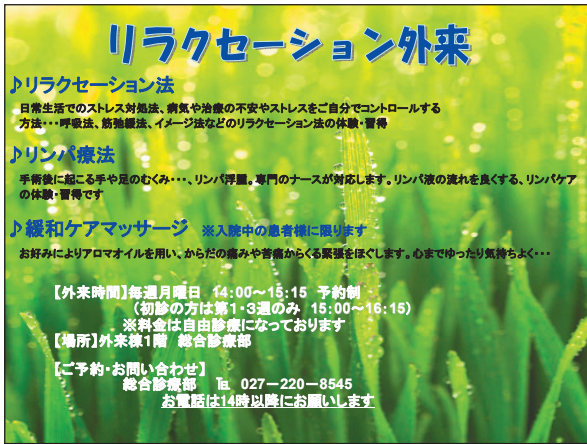


図 33 リラクゼーション外来のポスター

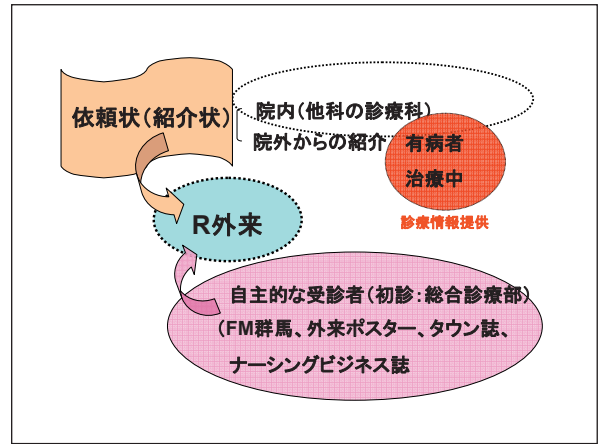


図 35 外来受診者の紹介 / 病室へ訪問

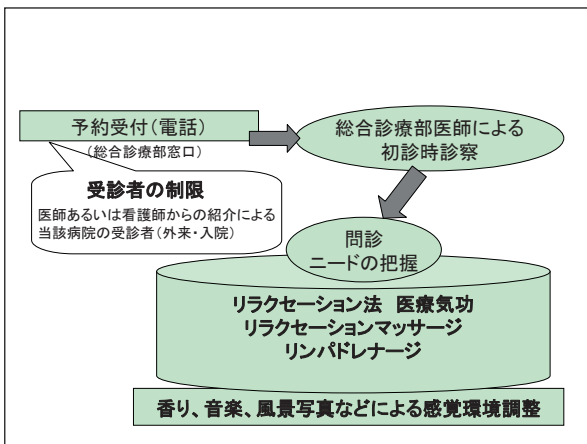


図 34 リラクゼーション外来 - 受診の流れ

(小板橋) 私どものところでは、看護専門外来という形で、看護の中でできる統合医療の実践と位置付けてやっています。その中の一つを、私の方で企画担当して運営しており、ちょうど今年で6年目です。タイトルも「リラクゼーション外来」で、図 33 は現在使っている外来のポスターです。これを大体半年に1回くらい、あるいは四季折々に変えています。概要はポスターに書いてある通りで、いわゆるリラクゼーション法を4種類ほど指導しています。それから、「リンパ療法」はリンパ浮腫の軽減を図るための方法で、これのもとになる手技は後藤先生のところで学ばせていただいています。

それから、「緩和ケアマッサージ」です。これはただの「マッサージ」という言い方をしますと通常のクリニックと間違えられるので、あくまで看護の中で緩和ケアを必要とされるような方々（痛みがどうしても取れないという患者など）に対する緩和ケアを目的としたもの、すなわち特別な看護上のマッサージであるというようなことを分かっていただくために「緩和ケアマッサージ」と呼び、月曜日に行っ

ています。

外来の方は大学病院の外来であることからどこかの診療科と連携しなければなりません。いろいろ相談した結果、「総合診療部」の特別外来として開設しています。

流れとしては図 34 に示すように総合診療部の医師に協力していただき必ず最初の1回だけは診察してもらいます。受診された方々には、全体的に自分の困っていることや今までの治療経過等について確認していただき、その上でリラクゼーション外来への希望をふまえ、どのように指導したらよいかということから問診、ニーズの把握ということをやっています。中身は図 34 に書いた通りです。

リラクゼーション外来は外来受診という形です。外部からですと紹介状という形で、内部ですとリラクゼーション外来の方に依頼状を出していただいています(図 35)。外来の方には、自主的な受診者も多く、FM群馬で知ったり、病院を受診したときに外来を見て「あ、こういう外来があるのだっただけひ受けたい」ということの方々がきます。また、ポスター、タウン誌、「ナーシングビジネス」などの雑誌を見たというような方々です。先ほど紹介状と言ったのは、他科から、例えば婦人科ですとか、意外に多いのが精神科からの紹介です。私どものところは心療内科がありませんで、ちょうどこれが該当するのではないかと精神科の先生方が勧めてくださいというのがあります。

もう一つは、入院の方です。医師あるいは看護師が、このような外来があるのでどうかと紹介していただくことが多いです。診療情報提供については、カルテは当然一つの中にリラクゼーション外来として入れていただいているので、他のところでどのような治療を受けているかが全部把握できるようになっていますし、私たちの行った指導の中身につい

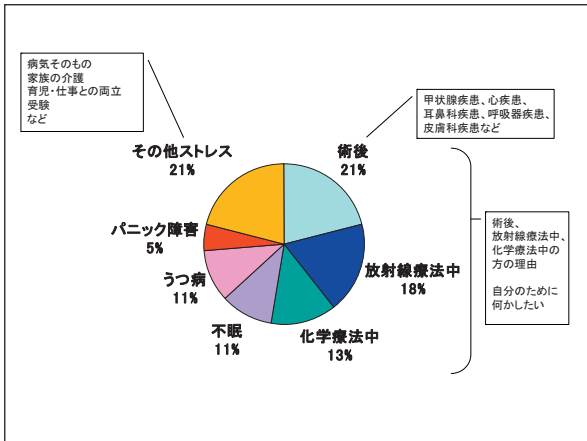


図 36 受診理由

男性(11名) 女性(89名)

- 心身の安定を図りたい
- 心身をリラックスさせたい
- ストレスから開放されたい
- ぐっすりと眠りたい
- 家族関係の心理的(感情的)調整

図 38 受診の理由 (過去2年間 94名 280件)

- 40～50歳代の女性が多い
- なんらかの疾患を有している
- 血圧/脈拍などは生理的範囲の人が多い
- 精神健康尺度の得点(総合的ストレス度)

一般の健常者	(52.3±11.9)
外来受診者94名	(67.2±15.8)

+15点高い

図 37 リラクゼーション外来受診者は

- **保健学科** 小坂橋・柳・小林 (大学院生)近藤・金子
- **看護部** 看護部長・石田教育師長・井上病棟師長・須川外来師長・星野外来看護師
- **総合診療部** 田村部長・川田医師・他
- **事務・医事** 総合案内・医事課など

図 39 外来に関わっている人々

ても、そのときの会話やリラクゼーションについての感想、身体反応の有無なども分かってもらえるようになっていきます。

実際に受診の理由は図 36 に示す通りです。術後というのはほとんどが、がんの術後になっています。一部心疾患などもあります。心臓の治療を受けた後の心臓神経症ではないかと思っているような方です。ほとんどががん患者さんで、化学療法の始まる前、化学療法中、もう既に終わっているのだけれども再発が心配だというような方々です。多くは精神的な問題で、自分のために何かしら役立てたい、自分でできることをやりたいという方になっています。

図 37 は、リラクゼーション外来受診者を示したもので、年代は 40～50 歳代ですけれども、最高齢では 80 歳という方もいらっしゃいます。若い方ですと小学生で、お母さまが連れてこられます。リラクゼーション指導自体は小中学生ですと難しいところもありますが、緊張が強いですとか、それによって肩凝りがあるというようなことです。

患者さんのほとんどが女性で、男性の方は 1 割に満たないです。循環器機能に関しては、リラクゼーション反応という意味では血圧が下がるというようなことが期待されるわけですが、ほとんどが生理的な範囲です。精神健康尺度としては「MHP」という尺度を使っていますが、それで見ると外来受診者は 67 ということで、一般の健常者が 52.3 と比較するとやはりストレス度が高い方ではないかというふうに評価できます。

受診の理由としては、図 38 のようなことを期待されていますが、こういう方々も何かしら原因疾患を持っています。

この外来の特徴の一つは、図 39 で示すように担当にあります。この外来は教育と実践の連携事業として始まったものですので、必ず学科の教員と看護部から担当していただける方と連携して、その中に大学院生等が具体的に入ってきます。あとは総合診療部とか事務の協力をいただいております。

図 40 は、ヨーガの指導風景です。パステルカラーのようなユニホーム（ピンク系とブルー系）を着て



図 40 ヨーガの指導風景



図 42 子宮がん術後左下肢リンパ浮腫ドレナージ後のバンテージ



図 41 緩和ケアマッサージ

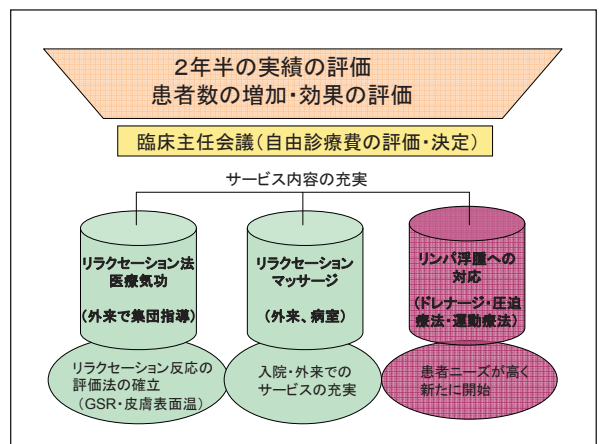


図 43 H17.10 から有料化 (自由診療システム)

行っています。今は群大の看護師のユニホームになっています。外来の指導室ではアロマを使ったり、音楽やハーブティーを使ったりしています。

図 41 は、「緩和ケアマッサージ」の風景です。アロマセラピストの資格を持ち外来にかかわっている者が二人、病棟の中にも何人かいますけれども、そういった方々で緩和ケアをやっていきます。

また、今年4月からリンパ浮腫抑制指導が点数化になりましたので、リンパ浮腫抑制のための講習会を行っています。今、110名ほどの応募があります。あくまでセルフケアですが、県内で連携システムを作るために行っています。図 42 はリンパ浮腫の予防ということで、バンテージを無理やり巻いて、「とにかく一晩やってください」という指導をしています。

統合医療を特定機能病院の中で行うときに、まずは責任あることをきちんとやらなければいけないということです。私たちは看護の知識にプラスして患者さんの治療の流れをよく理解した上で、本当に患者さんの生活に役立つ指導をしていかなければいけ

ないと思ってやっています。そういったことで図 43 に示すように平成17年からは有料化（自由診療）しています。リンパ浮腫治療を入れたところがきっかけになりました。

この外来の目指すものは、基本的には生活パターンを調整して、セルフケア能力を上げることです。それから、自分でやるセルフケアの技術を身につけていただくということと、それを長い時間にかけて本人自身のヘルスプロモーションに役立てていけるような、そういった認識を高めるよう指導をしていきたいということでやっております（図 44）。

(矢野) 小坂橋先生、ありがとうございました。引き続き北小路先生から、本学でやっている内容を紹介していただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

(北小路) 図 45 は、本学の鍼灸学部の統合医療に向けての各施設との取り組みを示したものです。鍼

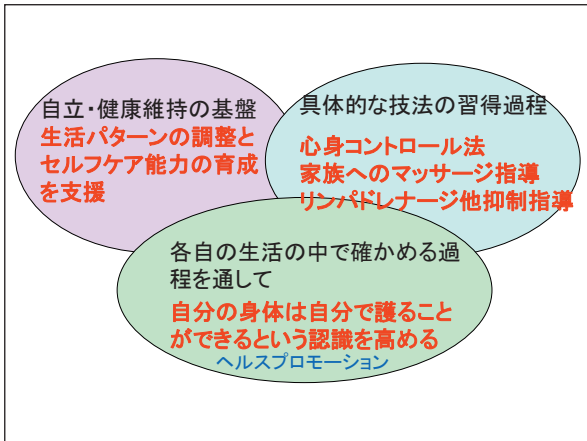


図 44 リラクゼーション外来の目指すもの

呼吸器系疾患 respiratory disease	慢性閉塞性肺疾患 Chronic Obstructive Pulmonary Disease 気管支喘息 Bronchial Asthma
循環器系疾患 circulatory disease	高血圧症 Hypertension 閉塞性動脈硬化症 ASO
消化器系疾患 gastrointestinal disease	過敏性腸症候群 Irritable Bowel Syndrome 炎症性腸疾患 Inflammatory Bowel Disease
代謝内分泌系疾患 metabolic disorders	糖尿病 Diabetes 肥満 Obesity
運動器系疾患 musculoskeletal & nerve disorders	変形性関節症 Osteoarthritis 末梢神経損傷 Peripheral nerve injury 筋痛 Myalgia 関節リウマチ Rheumatoid arthritis
泌尿・生殖器系疾患 urological problems	過活動膀胱 Overactive Bladder 夜間頻尿 Nocturnal Urinary Frequency 間質性膀胱炎 Interstitial Cystitis 慢性前立腺炎 Chronic Prostatitis
感覚器系疾患 problems in eye & nose	白内障術後の視力改善 visual acuity management 眼窩部痛 orbital pain アレルギー性皮膚炎 allergic dermatitis
緩和ケア palliative care	

図 46 本学における補完医療の試み

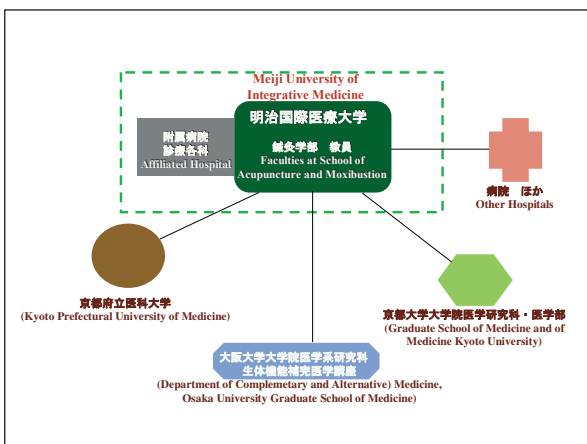


図 45 統合医療における本学の取り組み

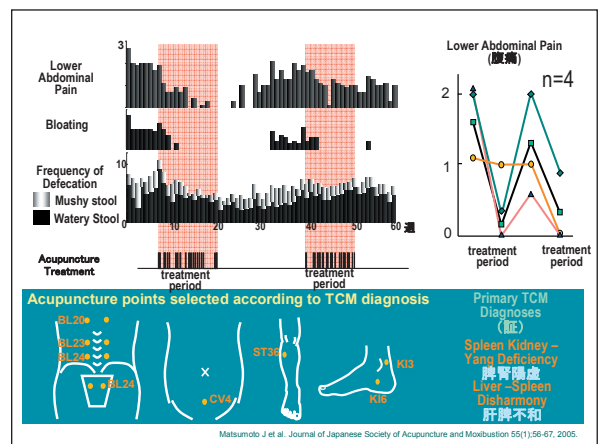


図 47 Clinical Effect of Acupuncture on Symptoms of Irritable Bowel Syndrome (IBS)

灸学部の教員が各施設に出向して活動している状況を示しています。

ここでは、時間の関係もあり、1988年に開設いたしました附属病院での診療各科での補完医療の取り組みをご紹介します。本学鍼灸学科で取り組んでおります疾病名を器官系統別で分けた形で表示したものです(図46)。このように多くの疾病に対して補完医療を試みていますが、本日は代表的なものを供覧したいと思います。私どもの取り組みの目的は、西洋医学と鍼灸医学の補完によって、より質の高い医療を提供することです。

図47は過敏性腸症候群に対する鍼灸治療のデータです。過敏性腸症候群(以下IBS)の患者の病証は、脾腎陽虚もしくは肝脾不和が多いということから、それに該当する経穴を選択し、治療を行っています。図の上段中央は、上から下腹部の痛み、真ん中が腹部膨満感、下段がいわゆる排便の回数です。横軸は時間経過を示しております。ピンクの2本の縦軸は鍼灸治療を行った部分を示しています。鍼灸治療を

行っている期間とそうでない期間を比較すると鍼灸治療期間で症状が改善することが見られ、このことから鍼灸治療はIBSに有効であることが分かりました。

図48は、鼠径ヘルニアの手術後の創部痛に対して経筋治療が有効であるかについて検討したものです。鼠径ヘルニアの創部を流注する経脈・経筋の榮穴、兪穴、いずれか反応の強いところに皮内鍼を行いました。その結果、手術後1日目の直後から経筋治療を行った群では痛みの程度が軽減したが、経筋治療を行わなかった群では変わらなかった、ということから経筋療法は術後の創部痛に有効であることが分かりました。

図49は根性坐骨神経痛を有する脊柱管狭窄症の症例を対象に、陰部神経鍼通電療法と神経根鍼通電療法の効果について比較を行ったものです。

陰部神経鍼通電療法では、陰部神経に鍼を刺入して通電しますと、例えば腰痛や下肢の痛み、不快感というようなものが有意に改善をします。しかも持続的歩行可能距離も有意に増加し、歩行距離が延び

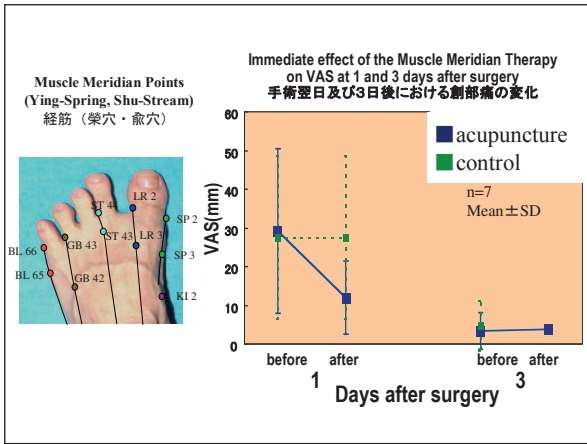


図 48 Effect of Muscle Meridian Therapy on Pain after Surgery for Inguinal Hernia

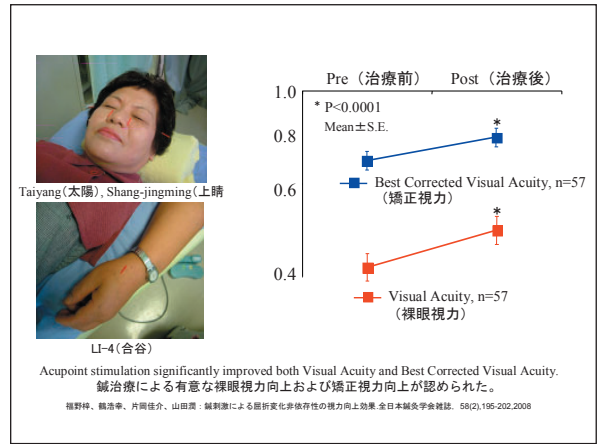


図 50 Improvement of visual acuity by acupuncture on post-cataract surgery patients

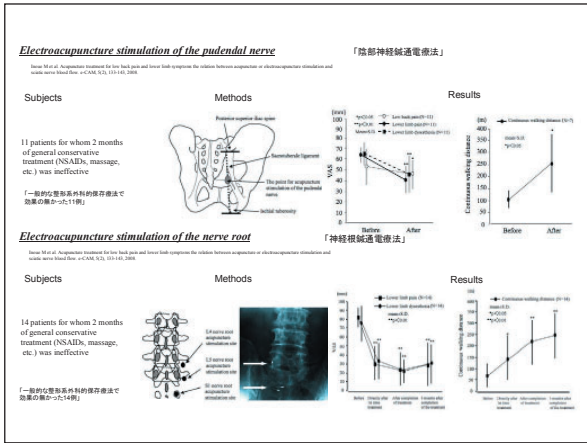


図 49 Novel acupuncture methods for patients with radicular sciatica and spinal canal stenosis

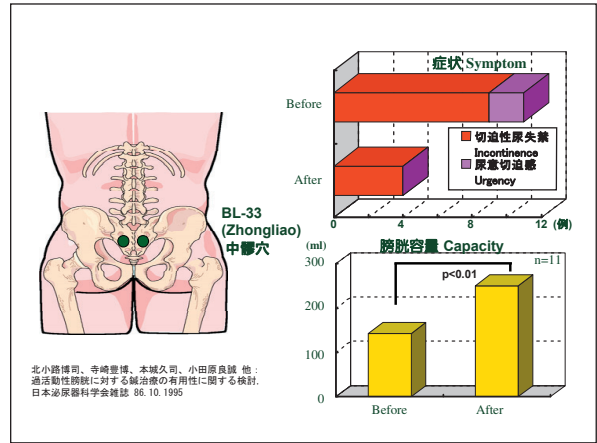


図 51 Acupuncture for Overactive bladder

ということが分かりました。一方、神経根鍼通電療法の効果も同じでしたが、この治療の持続効果が長く、3カ月間放置しておいても効果の持続が認められました。

図 50 は、白内障の術後の患者に対する鍼治療の効果を示したものです。施鍼部位は合谷です。そうしますと、裸眼視力、矯正視力ともに有意な向上が認められたということです。

図 60 は、過活動膀胱の中髎穴への鍼の効果を示したものです。症状の軽減と共に膀胱容量が増大することが分かりました。すなわち、症状改善の一つの因子に膀胱容量の増大が関与することが示唆されました。

以上、代表的な臨床研究だけを紹介しましたが、補完医療としての鍼・灸の有効性を示すことができたのではないかと考えています。今後、本学では、現在の補完医療をさらに発展させ、統合医療モデルの構築に向けて検討していきたいと考えております。

(矢野) 北小路先生、ありがとうございました。続きまして後藤先生、お願いいたします。

(後藤) 日本でも非常に統合医療の素晴らしい実践があちこちで行われているということがよく分かりました。実は2007年に米国でがんに対する統合医療のガイドラインが出されました(図 52-1, 52-2)。これは17項目あるのですが、この中で鍼灸が6項目、その中にマッサージの療法というものも出ています。ご承知のように1990年代にはアメリカのがん学会はCAMを使うことには否定的で、ましてや鍼灸などとてもないという見解を出していました。それが1997年のNIHの共同声明以降、すごいスピードでがん学会をはじめ、がん関連の学会や協会が幾つか集まり、がんの統合医療に関するガイドラインを作成したわけです。日本でも素晴らしい実践が行われていますけれども、アメリカはこういう形でどんどん統合医療に向けた取り組みが進んできている

1. すべてのがん患者に、補完代替医療の使用について尋ねるべきである。(1C)
2. すべてのがん患者に対し、しかるべき力のある専門家が、開かれた、根拠に基づいた、患者中心のしかたで、補完医療の利点と限界についてガイダンスを行うべきである。(1C)
3. 心身療法は、統合的なアプローチの一部として、不安、情緒的な動揺、慢性的疼痛を低減し、QOLを改善するために薦められる。(1B)
4. 不安や痛みを訴えるがん患者には、がんに関連した訓練を受けたマッサージ療法士によるマッサージ療法が、統合的な治療の一部として薦められる。(1C)
5. 深くあるいは強く圧力をかけることは、がんの部位、腫大化したリンパ節、術後の変化のような解剖学的なゆがみのある場所の近く、あるいは出血傾向のある患者においては、薦められない。(2C)
6. 生体エネルギー場を標榜した手技に基づく治療法は、安全ではあるが有効性の根拠は限られており、奨励できない。(1C)
7. 疼痛がうまくコントロールできていないとき、鍼灸は補完医療として薦められる。(1A)

図 52-1 がん統合医療ガイドライン (2007)

8. 放射線照射による口内乾燥症に対し、鍼灸は補完医療として薦められる。(1B)
 9. 化学療法や手術の麻酔による悪心や嘔吐がうまくコントロールできていないとき、あるいは頭頸部の術後の筋の痙攣や機能不全のような他の治療法による副作用が臨床的に著しいとき、鍼灸は補完医療として薦められる。(1B)
 10. 電気刺激のリストバンドは化学療法の日には薦められるが、遅延性の化学療法による悪心や嘔吐への対応には薦められない。(1B)
 11. がん患者が他の手段を用いても喫煙を止めないとき、禁煙を助けるために鍼灸を試みるのが薦められる。(2C)
 12. 呼吸困難、疲労感、化学療法による神経障害、あるいは開胸術後の疼痛などの症状を訴える患者には、鍼灸を試みるのが薦められる。(2C)
 13. 出血傾向のある患者には、鍼灸はしかるべき力のある施術者が注意深く行うことが薦められる。(1C)
- 1A: 強く薦める。質の高い根拠あり 1B: 強く薦める。質の中等度の根拠あり
1C: 強く薦める。質の低い根拠あり 2C: 弱く薦める。質の低い根拠あり

図 52-2 がん統合医療ガイドライン (2007)

ということのご紹介と、そのなかで鍼灸がいろいろと使われているという実践の具体例です。

(矢野) 後藤先生、ありがとうございます。

以上、各先生方から現在の実践内容やがん統合医療ガイドラインを紹介していただきました。いずれの先生方も予防あるいは現在治療法のない疾患に対する補完医療、あるいは統合医療を行われていますが、EBMをベースとして新しい展開を図ろうといった内容であったかと思えます。

セッション③ 統合医療を実践していく上での解決すべき諸問題点

(矢野) ただ今、先生方からいろいろ紹介していただいた具体的な取り組みを実現するためにはいろいろなご苦労があったと思います。本学の附属病院においても、約20年をかけて現在に至っています。そういった実践するうえでの課題などについてお話を承りまして、本学の今後の活動の示唆にさせていただけたらと思っています。今西先生の方から、よろしく願いいたします。

(今西) 先ほど紹介しましたような統合医療に取り組んでいるのですが、そこで直面した一番大きな問題は、まず混合診療をやってはいけないということです(図53)。漢方以外は混合診療の問題に必然的に直面しますので、それを行政の方からいろいろな指導を受けながら回避をしていくわけですが、各都道府県によってその指導の仕方が異なります。

一番簡単な方法は、すべて自由診療でやるということですが、実際は患者さんの負担が非常に大きくなるのでなかなか難しいです。そこで、仕方なしに保険診療を行う場所と自由診療を行う場所を別にす

- ・ 漢方以外は、混合診療の問題に直面する。
- ・ 場所分け(保険診療と自由診療を別の場所で行う)
- ・ 時間分け(保険診療と自由診療の時間帯を分ける)
- ・ 提携方式(鍼灸院、マッサージ院との提携など、往診を含む)
- ・ 全て自由診療で行う。

図 53 混合診療の問題

る。この場合は受付を別にするとかいろいろな問題が出てきますが、それでも一応このような形でできたところもあります。

また、場所がない場合は、ある時間帯は自由診療、ある時間帯は保険診療というように時間を変える、あるいは、Aさんは自由診療、その次に来られたBさんは保険診療ということでも良いという指導もいただいています。とにかく一人に対して同時に自由診療と保険診療を行うということさえ避ければ良いということのようです。

もう一つは、鍼灸マッサージ院などと提携しながらやっていく方式ですが、実際上なかなか難しい問題があります。ある県の指導では、往診という形で病室を使ってもよいという許可が得られています。実質的には混合診療になるのですが、それを回避するやり方にはいろいろな工夫があると思います。

混合診療をどう回避するかというのは非常に大きい問題でしたが、実際行ってみますと図54に示すことが問題になります。同じ場所で行う場合には医師と施術者との連携が比較的うまくいきます。提携

- 同じ場所で行なう場合は、医師と施術者の連携は比較的うまくいくが、提携方式の場合は、困難なことが多い。
- 医師同士の連携が、意外とうまくいかない。統合医療や補完・代替医療に関心のない医師に、どのようにすれば協力してもらえるかが大きな問題。

図 54 医師と医師、医師と施術者の連携

- 混合診療の問題に関連して、保険診療と自由診療のカルテを別に作成する必要がある。すなわち、患者情報の共有化が困難になる。

図 55 カルテの共有化

方式の場合は、先ほど言いましたように非常に困難になることが多い。また医師同士の連携が大きい病院になりますと意外とうまくいきません。「統合医療」とか「補完代替医療」という言葉を聞くだけでも嫌という医師もかなり多いものですから、そのような医師にどのように協力してもらおうかということが非常に大きい問題になってきます。この問題は先ほどから出ている Evidence-Based Medicine の立場からいろいろな証拠をそろえていくことで回避できていくのかもしれませんが。

最後は、さほど大きい問題ではないのですが、混合診療は行えないということで、自由診療と保険診療の二つのカルテを用意しなければならないために、患者情報をなかなか共有化することが困難であるということです(図 55)。同じ医療機関であれば、保険診療のカルテと自由診療のカルテを一緒しておくことで、何とかできるかも分かりませんが、提携方式の場合は難しいです。こういったことも、今後問題になってくるだろうと思います。

臨床試験で得られたエビデンスをどのようにして還元していくのか？

- 実践するスタッフの養成と確保
- 混合診療(保険診療+自由診療)の問題



受け皿としての統合医療センターの設立

図 56 統合医療を実践していく上で解決すべき諸問題

(矢野) 適切に問題点を指摘していただきありがとうございました。引き続きまして、伊藤先生の方からよろしく願いいたします。

(伊藤) 問題点を図 56 に示します。我々のスタンスは、臨床試験を通じてエビデンスを追求していくというところで、確実に得られたエビデンスを臨床の場に還元するという事です。まだ、その時点まで至っていないのですが、恐らくそういう時期が来た時には臨床で得られたエビデンスをどのようにして具体的に還元していくか、いわゆる附属病院の中でどう展開していくかということが、非常に難しい問題です。

今、今西先生がおっしゃいましたように混合診療という大きな壁が立ちほだかります。私もこの臨床試験を開始するに当たり大阪府に相談に行きました。臨床試験をする分には何も問題ないだろうとのことでしたが、今後自由診療などの形で展開するときには相談してくださいとストップをかけられました。そこで附属病院という枠の中でこれをやるのはかなり難しいと考えており、恐らく別の場所に統合医療センターのようなものを建てて、大学とコラボレートしながら、しかしある程度独自性を持たせた形でやっていかなければならないとも考えています。

それから統合医療を実践するスタッフをいかに養成していくかということ、これも大きな問題です。私も今西先生が得意とするアロマの領域を導入したいと考えていて、看護師、臨床心理士の資格を持った方が非常に興味を持っていますが、今の業務に就きながらアロマの資格を取っていくという問題もあり、いかにしてそういった方々をリクルートするかというのも、実際にそういうセンターができたとしても大きく立ちほだかる問題かなと理解しています。以上です。

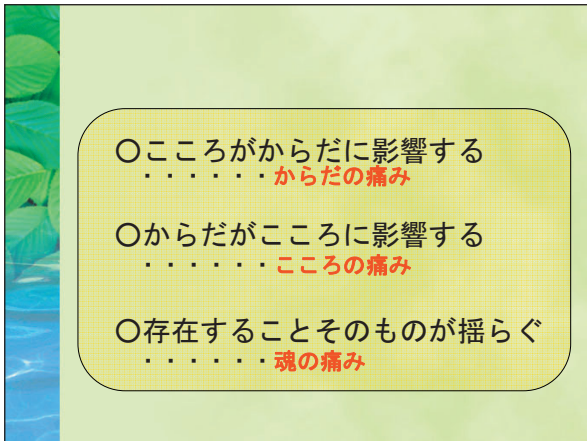


図 57 病気や障害がもたらす苦痛

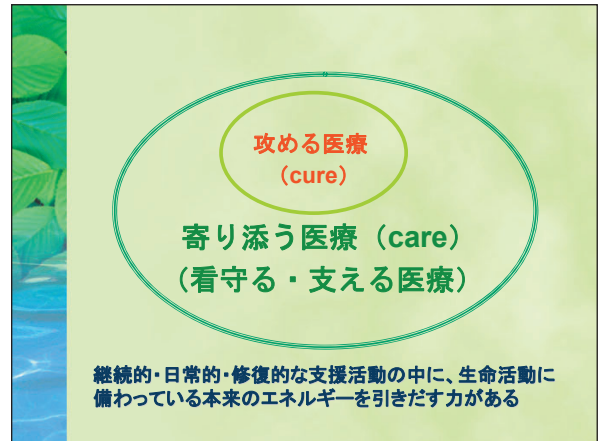


図 58 医療のあり方と看護療法への期待

(矢野) どうもありがとうございました。小坂橋先生、よろしく願いいたします。

(小坂橋) これまでに外来活動を行って来た中で感じたことや課題について看護に焦点をあててお話します。病気や障害がもたらす苦痛は、体の痛み、心の痛み、魂の痛みといわれています(図 57)。特にこのことはがんの患者さんの場合でいわれるのですけれども、がんの患者さんだけではなく、何かを病むということは、人間に共通してこの三つの側面から生じる苦痛について配慮する必要があるとしています。それをどのように受け止めるかというときに、私たちが今まで受けてきた教育だけでは、もしかしたら十分ではなくて、今ここで議論されているような統合医療という視点から、もう一つの医療体系を知ることが必要である。それに対する自分自身のキャパシティが広がってくるのではないかと考えております。

今までの医療というのは、どちらかという「攻める医療」であるともいわれています。それに対してケアというのは「寄り添う医療」と思います(図 58)。支えていくとか見守るといことは非常に時間がかかり、しかも複合的な要因があるので、どれがエビデンスかということがなかなか言いにくいところが看護療法の問題ですが、ただ全体としては統合医療、あるいはその基になっている補完代替療法の理念は看護療法の理念と非常に共通性があると思っています。看護に特化した形でエビデンスを出していく必要があると思います。

先ほどもホリスティックなケアの必要性についてお話ししました。そういったものをセルフケアとして生活に活用していくための指導には本当に時間がかかりますが、そこまでの指導体制というのをまだ私たちも十分に持っておりません。



図 59 ホリスティックなケアの必要性

それからホリスティックというときには、図 59 に示すように何かの技術だけで間に合うものではなくて、場や状況、自然、全体の中での本来の癒しというようなものを目指していくものだと思います。看護でも古くからナイチンゲールが、環境を支えるということが看護の重要な役割であって、それによって多くの効果を患者さんにもたらすことができると言っているのですけれども、まだナースがそこまで十分に働きかけができていたとは思われません。まだまだこれからと思っております。

スピリチュアリティを言うのは非常に簡単ですが、それを実際にどのように感じ取って、一人ひとりが体験できるようにしていくか、というところではもう一つの医学モデルの中にある様々なことから多くを学ばなければいけないと思っています(図 60)。その代表的なものが、中国医学あるいは東洋医学といわれるものの中にたくさんあるのではないかと思います。そういった意味では、こちらの大学での新しい連携の試みは非常に興味深く思っております。

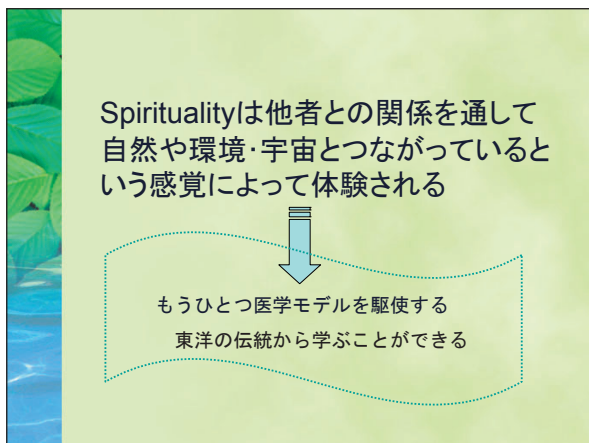


図 60 Spirituality とは

既に看護の中でも統合医療的な取り組みは始まっていますが、では今までやってきた看護とこれからやっていく看護のどこにどんな違いがあるのかということになりますと、ちょっと曖昧なところが沢山あるように思っています。そういったところでも、手技の開発を含めて、その違いを明らかにしていくための努力を積み重ねて行かなければならないと思います。

ここでも Holistic Evidence というような言い方で出してみたのですが、「ミックス法」といわれまして、一つは量的／統計学的手法による分析、もう一つは質的／ライフストーリーによる分析を行っています。この二つは、全く別の研究手法であるといわれていますが、一人の人に本当に効果があったかという意味ではミックス法をもっと有効に使う、その量と質の両方から総合的に効果を見ていく手法を積極的に試み、それを蓄積していく必要があると思っています。

最後に統合医療を進めていくときに、利用者の方にどのように説明するかということも大切です。今、私が強く感じているのは、まずは看護職、自分自身がどれだけその認識を高めて、そして自分のキャパシティをどこまで広げることができるかということが先決ではないかということです。そういった意味でも、単なる手技の開発だけでは済まない、非常に深く広いものを要求されていると思います。臨床ナースの関心は高まってきていますので、その学び直しのニーズに答えられるような体系的な研修システムを構築して行くことが急務の課題と思っています。

(矢野) 小坂橋先生、ありがとうございました。引き続き、後藤先生の方からよろしく願いいたします。

(後藤) ダブる部分がありますので、そこは省略します。

まず医師への教育の問題があります。診療においてリーダーである医師が、いわゆる統合医療といわれる医療について、どういう教育を受けるかということが非常に重要です。例えば鍼灸の立場で申し上げれば、今度のコアカリキュラムに和漢薬の説明ができるということが入って、各大学に講座ができたようですが、鍼灸について教育されているところも非常に増えてきていますが、たった1時間程度というようなことで、もう少しきちんと教育をしていただかなければいけないのではないかと思います。

今まで鍼灸師の集団がとすると医師に教育をすると自分たちの職が奪われるというような反応もありましたが、もうそういうことを言っている時代ではないだろうと思います。

また、鍼灸師の問題ですが、西洋医学教育をきちんとしろということが平成2年のカリキュラムの改正でうたわれました。この教育を徹底させていくことが必要かと思っています。

私は看護師と理学療法士の教育も学校でやっていますが、鍼灸師の教育と一番違う点は、人の死と向き合うという場面です。そのため実習から帰ってくると看護師や理学療法士の学生は、顔つきが変わりますけれども、鍼灸師はほとんど人の死に遭遇しません。明治国際医療大学には附属病院がありますので、こういう機会があると思いますが、大方の大学や専門学校はこういう機会になかなか恵まれていません。これは重要な問題だと思っています。

それから全人的に向き合うということが統合医療では必要なので、その人間的資質が鍼灸師にあるかと。それからチームワークの尊重ということや、やはり教育の中でしっかりとさせないとだめだろうと。それと鍼灸師の処遇ですが、現在、病院の中できちんと職種が定まっていません。こういう問題があるということです。

(矢野) 後藤先生、ありがとうございました。

今、4名の先生方から、統合医療を実践していく上でいろいろな諸問題をえぐり出していただけたかと思っています。また、実際に統合医療を行うときに、その担当者の養成といった問題もあるということです。

統合医療は良いものであると言われていても、そのところが具体的に実行されない限りは、絵に描いた餅になってしまいます。特に鍼灸の立場から言えば、混合診療の問題、また後藤先生が指摘されたいわゆる医療人としてさらに質を高めていくための

1) 有効性 EFFECTIVENESS

1) - ① 比較的根拠の高いもの

(1) 鎮痛作用 Pain Control
鎮痛物質 鎮痛のメカニズム

(2) 末梢循環動態・微小循環の改善作用
Improvement of peripheral hemodynamics and microcirculation

- ・ 局所作用 Local effect
- ・ 遠隔作用 Remote effect
- ・ 深部循環の改善 Improvement of deep circulation

(3) 筋肉の緊張緩和作用 Alleviation of muscular tension

(4) 自律神経系機能の調整作用 Effect on autonomic nervous system

(5) 免疫能力の賦活作用 Activation of immunological function

1) - ② 有効と思われるもの
科学的根拠はまだ明らかにされていないものも有るが、麻酔科、整形外科、内科、産婦人科、泌尿器科、耳鼻咽喉科など臨床各科で様々な疾患や症状に用いられている。なお、神経痛 リウマチ 腰痛症 五十肩 頸腕症候群 頸椎捻挫後遺症は医療保険が適用される

図 61-1 治療医学分野

2) 有用性 USEFULNESS

(1) 愁訴の改善により、QOLの向上への補完作用
主な対象 高齢者・慢性病・難治性疾患・不治の病
在宅医療・緩和ケアへの活用

(2) 薬物副作用軽減作用
薬物の量軽減作用

(3) 外傷の短期治療への補完作用

(4) リハビリテーション医療での動機づけに応用

(5) 依存症(薬物、アルコール等)離脱への補完作用

(6) ストレスによる過剰反応防止
ストレスからの解放 情緒安定等への補完作用

(7) 筋力の維持や向上への補完作用

(8) 催眠への補完作用

(9) 摂食抑制への補完作用

(10) 生活アメニティ向上への補完作用:美容効果など

(11) 闘病意欲の向上への補完作用などである

図 61-2 治療医学分野

環境づくりというようなことも、非常に重要ではなからうかと思われま

す。今後、統合医療が盛んになればなるほど、いろいろな諸問題が出てきます。今西先生のお話にありましたように、混合診療に対する地域における対応に温度差が色々あるということも事実です。

こういったいろいろな諸問題を一つずつ越えていくというところで、まずやらなければいけないことは教育ともう一つはエビデンス作り、そういうことが非常に重要ではないかと思

セッション④ 統合医療における鍼灸・柔道整復・カイロプラクティックの役割

(矢野) 今まで統合医療の実践、またどう問題点があるのか、統合医療そのものについてもいろいろなお話を伺ってきました。このセッションでは、統合医療における鍼灸・柔道整復・カイロプラクティックの役割について取り上げますが、まず鍼灸から進めていきたいと思

います。世界の統合医療などに関する情報を見ても、必ずと言っていいくらい鍼灸が組み込まれています。そこで統合医療における鍼灸の役割ということについて改めて後藤先生からお話を伺い、続きまして米田先生と中川先生から、柔道整復とカイロプラクティックが、どのような役割を担うことができるのか、この点についてお話を伺いたいと思

います。つ

分野で分けて話をしたいと思います。最初の治療医学分野ですが、大きく有効性、比較的根拠が高いというものがここにあり

ます(図 61-1, 61-2)。有効と思われるということで、科学的根拠はまだ明らかにされていないものも相当数ありますが、診療各科でさまざまな疾患や症状に用いられているということで、治療医学の分野で統合医療の中での役割があるのではないかと思

います。「有用性」という言葉を私は使いたいと思

います。それは科学的な根拠があるかどうかということよりも、例えば愁訴が改善される、という報告がいろいろございます。QOLの向上に対して補完的な働きをするだろうということで、例えば高齢者、慢性病の方、難治性の疾患、不治の病、あるいは在宅医療とか緩和ケアに、こういう方法を用いると意味がある。それから、薬物の副作用の軽減とか、外傷が早く治るとか、リハビリテーション医療での動機付けになるとか、これはアメリカで非常にやっていますが依存症の離脱とか、ストレスによる過剰反応とか、子供の情緒安定に、あるいは筋力の維持・向上などに用いられる。今回の北京オリンピックでもだいたい鍼をやっている選手がおりま

「治未病 : 未だ病成らざるを治す
The concept of "Mi-Byo".
Not yet ill.
Look like be healthy but imbalanced state of "Qi".

予防医療・健康維持医療
二次障害の予防、寝たきり予防、痴呆の予防へ
の補完作用

図 62 予防医学分野

医療システムのありかたへの貢献
CONTRIBUTION TO THE THE STATE OF MEDICAL CARE SYSTEM

(1) セルフケアという視点 Self – Care
(2) 参加型医療という視点 Participating medical care
(3) 全人的医療という視点 Wholistic medicine
心身一如 Interaction theory of mind and body
全身信号系(経絡経穴系) Whole Systemic Signal system
(Meridians)
(4) 優しい医療という視点 Friendly medical care
スキンシップ Human contact

図 64 社会医学分野

医療経済への貢献
CONTRIBUTION TO MEDICAL CARE ECONOMY

(1) 費用効果 Cost Effectiveness
より安全 Safer
より効果的 More effective
そして経済的 More cost effective
(2) 薬剤費軽減 Reduction in cost of drugs
(3) 予検、ふるい分け Screening
結果としての過剰検査防止 Prevention of over-test
(4) 予防による経済効果 Economic benefit by prevention

図 63 社会医学分野



図 65 コーレス骨折の徒手整復

はまだまだ少ないのですが、欧米では非常に研究が盛んです。このことは、統合医療における役割として、重要な意味があると思っております(図 63)

もう一つは社会医療システムの在り方で、統合医療が目指しているセルフケアとか参加型の医療、全人的な医療、それから優しい医療というような視点を鍼灸医療は内在しているということで、こういう分野での貢献が期待できます(図 64)。

4 番目、5 番目は略させていただきます。申し訳ありませんが、全日本鍼灸学会のホームページの「会長挨拶」というところに、その五つの分野の貢献について詳しく書かせていただいていますので、お読みいただければと思います。

(矢野) 後藤先生、ありがとうございました。今、後藤先生の方から、統合医療における鍼灸の役割を簡潔にまとめていただきました。その役割の一部は、先程紹介していただいた統合医療の実践の中に示されていたかと思えます。引き続き、米田先生、よろしく願いいたします。

(米田) 柔道整復というのは、業務上、四肢の外傷を扱うことが多いので、実際には整形外科に非常に近いと思っております。

図 65 はコーレス骨折に対して徒手整復をしているところです。こういった柔道整復師は実際には地域に非常に密着しており、プライマリーケアの一翼を担っていると私は考えています。また、柔道というスポーツの経験がございますので、スポーツ医学に造詣が深い者が多く、各種競技でのトレーナー活動など、現場へ出て実際に活動している人間もたくさんいます。柔道整復師は、病院や医院でできないことを接骨院で、いわゆる徒手的な手技と、それから外傷後の固定など、直接患者さんの肌に触れる治療をしているということで、一般的な病院に対して非常に不満を持っておられる患者さんには満足度が高いと思っております。

図 66 は、私どものクリニックです。医師のところへ柔道整復師が患者さんを連れてきて、自分の患者さんについて診療を仰いでいるところです。柔道整復師だけでは完結できる医療ばかりではありません



図 66 医接連携

ん。それを支えているのは、こういった病院などと接骨院の間のいわゆる“医接連携”ということです。こういった環境の中で、いろいろな病院や整形外科と連携し、柔道整復師のよいところを患者さんに提供すればと考えます。柔道整復を本日のテーマである統合医療の一つとするならば、西洋医学にできないことを補完する役割を求めたいと思います。

さて、整形外科の病院や診療所ではたくさんの柔道整復師が勤務をしておりますが、実際には理学療法の一部を担当しているにすぎません。これは診療報酬上の手当てがあまりないということがその理由にございます。柔道整復の長所を国民にもっともっと理解していただいて、本当の意味でいわゆる医療の担い手と、これは旧厚生省が言った言葉ですけども、それになっていかなければいけないと思います。以上です。

(矢野) 米田先生、ありがとうございます。引き続きまして、中川先生、よろしく願いいたします。

(中川) 私はアメリカで24年間、教育家として、そして臨床家としてカイロプラクティックに携わってきました。アメリカでは、カイロプラクティックは、高卒後7年の教育が義務付けられています。カイロプラクティックは、現在、アメリカ医療の一端を担って、代替医療のトップになっています。

実を言うと、アメリカにおけるカイロプラクティックの道のりは、そんなに平坦なものではなく、西洋医学との戦いの連続でした。カイロプラクティックは常に排斥をされる状況にあり、その時点では、統合医療の一員としては全く認められず、逆に消滅をさせるべきものでした。そんな逆境の中で、カイロプラクティックが現在の位置を得ることができたのは、カイロプラクティックが強い信念を持っ

て自己の確立を行ない、そのことによってアメリカ国民の支持を得ることができたからです。

背骨を治せば何でも治るというような考えで起こったカイロプラクティックだったのですが、30年ほど前に、進んでいく方向を筋骨格系障害のスペシャリストに変更していきました。整形外科の盲点になっている手術の適応ではない腰痛、頸部痛、四肢の障害、軟組織障害に焦点を当てて、集中的に研究をして、教育を行いました。それによって、現在ではアメリカ国民の中では腰痛・頸部痛であればまずカイロに行くという考え方が、普及し始めています。カイロプラクティックは、筋骨格系疾患の専門家として認められているわけです。

現在、アメリカのカイロプラクターのほとんどは、筋骨格系疾患の専門医として治療に当たっています。その他の疾患に関しては専門医に回すというシステムを取ることによって、患者に最も適した治療を行うシステムである統合医療の一翼を担っています。

(矢野) 中川先生、ありがとうございます。今、後藤先生、米田先生、中川先生から、鍼灸、柔道整復、そしてカイロプラクティックといった伝統的な医療の統合医療における役割についてお話をさせていただきました。米田先生、また中川先生のお話にありましたように、筋骨格系のスペシャリスト、そしてまた整形とは違った役割があるというご指摘でした。

ここまでの話を振り返ってみますと、まず統合医療を必要とする背景、統合医療の実践、またエビデンス作りといった実際のところを紹介していただき、そのことを踏まえて統合医療を進め、発展させていく上において解決しなければならない諸問題、こういったことについてお話をさせていただきました。また、鍼灸、柔道整復、カイロ、それぞれの統合医療における役割ということについてもお話をうかがってきました。

セッション⑤ 本学への提言

(矢野) そこで最後のセッションとして、先生方から本学への提言をお願いしたいと思います。本学の場合、附属病院があり、鍼灸、柔道整復および看護の先生と学生がいます。統合医療の構成を考えたときに、本学には人的及びインフラ資源は十分にあると思っています。これから統合医療の確立をめざして進んでいかなければなりません、先生方から本学への期待や提言として、忌憚のないご意見を伺い

介入の内容

- 鍼灸と漢方を中心とした東洋医学と西洋医学の統合
- マッサージ、アロマセラピー、各種リラクゼーション法
- サプリメント、食事療法
- 運動療法
- 森林セラピー、スパセラピーなど
- その他

図 67 明治国際医療大学での統合医療の例 介入の内容

目的

- 各種疾患の治療
- 緩和医療
- 治未病、予防
(生活習慣病、ストレス、疲労、認知症など)
- 健康増進・維持

図 68 明治国際医療大学での統合医療の例 目的

- 医師に対する鍼灸教育、講座、資格付与
- 統合医療や補完・代替医療に関する情報提供：一般向け、医療従事者向け
- 1 講習会、講演会、セミナーなどの開催
- 2 データベースの作成と公開

図 69 明治国際医療大学の統合医療における役割・使命

たいと思いますのでよろしくお願いいたします。まず今西先生、よろしくお願いいたします。

(今西) 明治国際医療大学への提言として、勝手に考えたことを述べさせていただきます。

具体的にどんなことが出来るか、ということです

が、矢野先生がおっしゃったとおり、既に鍼灸という立派な核になるものがありますので、鍼灸と漢方を中心とした東洋医学と西洋医学を統合することです。東洋医学はこの鍼灸と漢方が両輪になっていると思います。しかし、漢方の方は明治国際医療大学の附属病院ではあまりやっておられない気がします。やはり東洋医学というからには、もう少し漢方というものを中心に据えて、鍼灸と漢方を合わせた東洋医学と西洋医学の統合医療というものを目指しても良いのではないかと思います。あと、考えられることとしては、明治国際医療大学の特性を生かした運動療法、柔整などや、あるいは図 67 に示したさまざまなものを取り入れていくこと。近くには山も温泉もありますので、その地の利を生かした森林セラピーやスパセラピーなどを組み合わせたらどうかと思います。

どのような目的でやるかについては、これは既にやっておられることですが、疾患の治療とか緩和医療のほかに「治未病」ということです(図 68)。予防に関しましても、私どもと矢野先生のグループで、ストレスとか疲労、あるいは認知症に対しての予防試験を現在やっていますので、このようなものがうまくいけば、統合医療として成りたつと思います。

その役割・使命ですが(図 69)、医師に対する鍼灸教育は、先ほど後藤先生が言われたように非常に大事です。京都漢方医学研究会を立ち上げているのですが、そこで医師に対する鍼灸の講習を矢野先生にやっていただいたところ、定員オーバーの盛況で、来られた医師の方は非常に満足されていました。たった一日の講習会だったのですが、医師の間にも鍼灸に関心を持ち、勉強したいという方は非常に沢山おられます。明治国際医療大学では、ぜひこの方面にも積極的に取り組んでいただければありがたいと思います。

それと、統合医療や補完代替医療に関する情報の提供の中心になっていただければ大変ありがたいというお願いです。講習会を開催したり、講演会・セミナーの開催などのほかに、データベースもぜひ構築していただきたい。サプリメントに関してはそれなりのデータベースが日本にもあるのですが、鍼灸に関してはほとんど発信されていないと思いますので、ぜひお願いしたいと思います。提言というよりもこちらからのお願いということでお話しいたしました。

(矢野) ありがとうございます。先生から特に鍼灸のデータベースの作成と公開ということですが、現在これについて一部進めておりまして、川喜田先

生からすこしコメントを頂ければと思います。

(川喜田) 大学ということではありませんが、全日本鍼灸学会の方に一応データベース委員会があり、既に国の方からお金を頂いて作られたデータベースを動かしています。そこには、かなり古い時代の日本の鍼灸関連の文献の書誌情報が公開されています、またそれらをもれなく集めてPDF化しています。そのほか、海外の最新の鍼灸の臨床試験の研究論文も網羅的に集めて、RCTやメタ・アナリシスの論文が日本語で読めるように、構造化抄録を作り、そこに評価者のコメントを入れた形で皆さんに提供しようと、現在努力しているところです。また、本学としては、日本の伝統医学としての鍼灸の文献を海外へ発信することを学会とも協力しながらすすめていく予定です。

(矢野) ありがとうございます。学会のホームページにアクセスしていただいて、そこで申し込みますと自動的にパスワードが配信され、それで今紹介していただいたように明治時代からの非常に古い文献も検索できます。ただ、検索が多少厄介なので、それを改善しながら、より使いやすく充実した内容にしていくための検討が現在進められています。

引き続きまして伊藤先生、よろしく願いいたします。

(伊藤) 私の方から言わせていただきたいことは図70に示す通りです。まずこの統合医療という新しい概念、まだまだ浸透していない領域だと思うのですが、これをやはり学生にしっかりとしたカリキュラムを組んで教育していただきたいと思います。また、卒後教育というような機会があるかと思いますが、卒後の先生方に対して、鍼灸という領域だけではなく、これはもっと広がりのある領域であるということの認識を持っていただければと思います。

それから、一般の市民に対して、同様にいろいろな情報を発信していただければと思います。市民公開講座などを展開していただければと思います。

また、明治国際医療大学は鍼灸だけではなくてほかの領域もあるということをお先ほどご紹介いただきました。そういった統合医療に必要な人材の育成ということもやっていただいて、われわれの施設にもそういった方々を送っていただければ、非常にありがたいなと思っております。

最後に、鍼灸の大学、大学院であって附属病院も併設されているわけですから、やはり統合医療セン

- ・統合医療を教育のカリキュラムに組み込む。
- ・一般市民への統合医療の啓発
- ・統合医療のための人材の育成
- ・統合医療センター化構想

図70 明治国際医療大学への提言

ターというものを構想に入れていただきたいと思っています。一番こうしたセンターを作りやすい立場にあるのではないかなと思いますので、是非ともそうした方向で考えていただければと思います。以上です。

(矢野) 先生、どうもありがとうございました。本学にとって非常に貴重な提言を頂けたかと思えます。引き続きまして、小坂橋先生、よろしく願いいたします。

(小坂橋) 私は、ここの大学に看護学部ができると聞いたときに、すごくうらやましいなとまず思ったことが一番大きな印象でした。なぜかという、私自身も経絡ですとか、そういう東洋医学というものについて、本当に勉強したいなと思ながら、少しかじった程度で、しっかりと漢方や鍼灸について情報を得たいなと思っていました。このパネルでは鍼灸セラピー、柔道セラピーという言葉も初めて聞きまして、「セラピー」という形のを中国医学あるいは東洋医学という観点から体系づけてやっている学部があって、そこで看護の学生たちも共に学べる場ができたということ自体に、自分が学生になりたいと思うくらいの興味を持っておりました。

私どもの大学の中でも、チーム医療とかチームワーク実習とか、あとは全人的医療論とか、非常にユニークな科目を開学当時から置いています。そこで一番重要なことは学生がどう学ぶか、ではないと思っています。なぜかという、学生がどう学ぶかの前に、教員がどのように知り合うか、そこがなかったら学生に「チームってすごく楽しいものなんだよ」ということが言えないのです。それが10年たってかなりの教員同士が学生の授業を通してお互いに知り合う機会になったということが一番大き

なことではなかったかなと思っていますし、これは実習を引き受けてくれているそれぞれの施設の方々も、最初はちょっと身を引くような感じで引き受けてくださっていたのですけれども、結局学生の教育を通して病院自体がもっと職種間で連携していくことを実際に考えていかないと、学生の実習施設として引き受けられないということを認識していただけるようになって、大学の場合だけではなく、それぞれの施設の場の中でも、まだまだ十分ではありませんが、できてきたような気がします。

そういった意味で看護の学生も東洋医学概論ですとか、そういった東洋医学を学ぶ機会があるというのは、学生たちにとってはものすごく良い刺激になります。学生が西洋医学の良いところ、東洋医学のすごく優れたところを学べるということは、そういう学生たちを支援する中で教員同士がまず連携できる基盤づくりを当然していける可能性があるということで、そのことを一番期待しています。

そういった意味では、もう既に日本統合医療学会等でも幾つかのモデル事業が始まっているとは思いますが、明治国際医療大学の方でも統合医療の実践モデルをぜひ実現するべく教育実践体制を目指してやっていただけたらということと、その中から本当に日本独自の統合文化を創成して発信していける拠点になっていくのではないかと思います。

看護学部の中でどうかという点については、何かを始めるからには責任を持って対処できる、対処しながらさらに改善していける能力を持たないといけません。そして、どのような問題が起ころうと、それを責任持って解決していく能力、そして最後まで患者さんと共にお互いの健康を高めていくということで努力していける専門職というものを目指して、連携をする姿勢、研究する姿勢を持てるようにやっていくことが必要と思っています。

(矢野) 小板橋先生、ありがとうございます。引き続きまして、後藤先生、よろしく願いいたします。

(後藤) 提言というか、お願いですが沢山あります。時間がありませんので要点だけ述べますと、一つは、日本独自の統合医療の発信基地であってほしいと思います。それはちょっと先生もおっしゃいましたが、鍼灸と柔整と看護ということで進めてほしい。鍼灸は統合医療の中にいっぱいあり、欧米でもありますが、柔整は全くありません。もちろん日本だけです。看護はものすごく少ないです。

インテグレイティブ (integrative) というのは、インテグラル (integral)、積分というところから来ている言葉だと思います。つまり、ものをばらばらにしてもう1回組み立て直して新しいものを作ることです。ですから、先ほど3学部の学部長の先生方が、それぞれの専門と統合医療との関係をお話しになりましたが、私はそれぞれの専門の方が専門のところを、ご自分の専門を一遍ばらばらにして新しく組み立てていくということ、この鍼灸と柔整と看護でぜひやっていただいて、日本独自の統合医療の発信基地であってほしいということを思います。

私も30年間、鍼灸師と看護師と理学療法士の教育をやってきました。同じ校舎にいますが、統合は難しいです。先生がおっしゃったように教員が変わらないとこれは本当に変わらないというようなことはよく分かっているのですがお願いしたい。

鍼灸学会の立場からは、ぜひ「明治国際医療大学」と名前が変わっても、やはり鍼灸の日本で最初の短大であり、大学であったということで、トップランナーを走り続けていただきたいということを思います。私も学校をやっておりますが、トップランナーは明治さんだと思っておりますので、そのためにいろいろお願いがあります。

日本統合医療学会で統合医療認定の鍼灸師という仕組みが始まりました。けれども、先ほど申し上げたように、人の生き死の場面の実習というようなものをほとんどの人が経験しておりません。ですから、こういう統合医療をやる認定の鍼灸師にふさわしいような、いわゆる卒後教育の場が欲しい、提供していただけないか。それから、先ほどらい出ている医師をはじめ医療職に鍼灸の教育をちゃんとしていただくということ。

ですから、先ほどの理事長さんのお話にありました通信制の大学院というのは素晴らしい構想だと思います。諸外国に窓を開くと同時に、国内の他の職種の人たちに対する教育も是非そこでやっていただければと思っております。

国際医療大学ですので、日本の安全・安心を外へ発信していくことがありましたが、ぜひ基地づくりを、例えばアメリカやヨーロッパ、そして途上国にも基地を作っていただきたい。基地を作るといのは人材の派遣ということもあると思います。今、ある国が国の政策として発展途上国にご自分の国の鍼灸を広めようとしています。このことは、別に良いとか悪いとかそういう話ではないのですが、日本もそういうことをやらなければいけないと思います。ですから、そのための基地であってほしいと

いうこと。

現在の日本の医療状況の中で、ドクターが非常に不足している分野がたくさんありまして、その中で助産師さんにもう少し活躍をしていただいたらどうかなどという見直しが議論されている時代です。鍼灸師が一部、「いや、あの人たちにこういうところは任せてもいいんじゃないかな」というようなことが言われるようなエビデンスであり、教育の高さであり、そういうことをトップランナーとしての国際医療大学に期待をしております。これは提言ではなく希望です。よろしくお願いします。

(矢野) 後藤先生、力強い励ましありがとうございました。引き続き、米田先生、よろしくお願いいたします。

(米田) 時間がございませんので簡単に申し上げます。明治国際医療大学に私が期待したいのは、今、統合医療を実践なさる方々が、本当の意味で医療の担い手になるような、本当の基礎をつくっていただきたいと思えます。

ただ、残念ながら、柔道整復に関しましては、その言葉が医師・看護師などの医学教育に登場することは全くありません。そのために医師・看護師の中には、柔道整復師の存在すら全然知らないという方も多くおられます。厚労省は最近までずっと鍼灸と同様に柔道整復を医療の蚊帳の外に置いてきました。

図71は私どものクリニックで看護師と柔道整復師が一緒に治療をしているところですが、実は私どもが一番苦労しましたのが、看護師さんに柔道整復師の存在を知らせるということでした。これは何十年もやってきましたけれども、やっと基礎ができてきました。看護師さんのレベルもどんどん上がってきて、最近は大卒の方も多数みえます。そんな中で柔道整復師とは一体何なのか、初めてこの病院やクリニックへ来て知ったという方がほとんどです。

明治東洋医学院は、実際に柔道整復を大学にされました。柔道整復の地位向上に相当貢献されてきたと思えます。今後、この大学では、医師、看護師、理学療法士、鍼灸師などの方々と本当に共同で総合的に患者さんの治療を行っていただきまして、統合医療の臨床モデルを附属病院で実践されて、成果を出していただきたいと思えます。それによりまして、ほかの医療を行う方々に、医療の中でいろいろな統合医療者の地位といえますか、力が理解されまして、結果的には国民に認知されるのではないかと思います。以上です。



図71 他医療職種への認知，臨床モデルを目指して

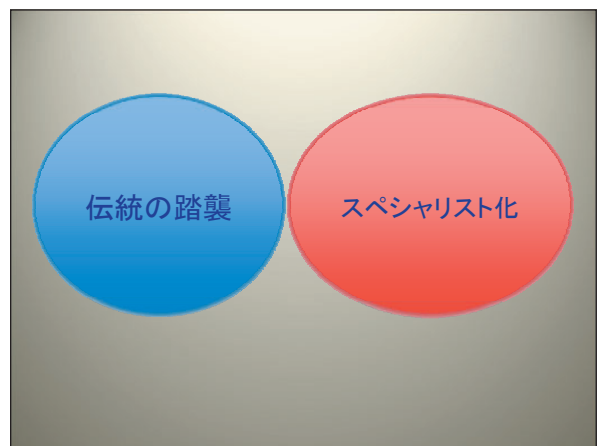


図72 柔道整復への提言

(矢野) 米田先生、ありがとうございました。最後に中川先生、よろしくお願いいたします。

(中川) 私は今、本学の柔道整復学科で教えさせていただいていますので、柔道整復学科についてのお話をしたいと思います。現在の柔道整復は、何に焦点を当ててよいのかちょっと迷っている状態ではないかと思えます。その迷っている状態で、統合医療に参画をすれば、ちょっと大変なことになってしまうのではないかと思います。これから随分増えてきている理学療法士の人たちに、その地位を奪われなとも限りません。

日本の柔道整復とかつてのカイロプラクティックを比較すると、非常によく似ています。保険が使える。治療が制限されている。先行きが不安定。その理由から、アメリカのカイロプラクティックが歩んできた道は、これからの柔道整復の歩んでいく道になるのではないかと考えます。カイロプラクティックは、危機的状況の中で、自ら筋骨格系障害の専門医になるという道を選んでいきました。柔道整復師

も、特殊性をもったスペシャリスト化が必要と思います (図 72)。

その一つとして、筋骨格系障害のスペシャリストということが挙げられます。筋骨格系の障害の分野に特化して、徒手療法だけではなく、生体力学、物理療法、栄養学、スポーツ医学、予防医学などを、まず整形外科と同じ視点から学んでいく。加えて、それらを整形外科とは違う観点から学んで、その検査法や治療法などを確立していくべきだと思います。医者が分からない筋骨格系の問題は、柔道整復師へ行くのだと国民から思われるような、特殊性を持つべきだと思います。それはやはり短期間で確立できるものではありません。カイロプラクティックは20年以上かかりました。しかし、そのおかげで現在のカイロプラクティックがあるのだと思います。

本学における柔道整復も、筋骨格系障害のスペシャリストとしてその方向を定めて、それに向かって研究を重ねて、自分自身の足場を固めてから統合医療に参画すれば、統合医療の一員として、そして柔道整復の4年制大学として、他の学校の模範にもなり、その責務を果たすことができるのではないかと思います。

(矢野) どうもありがとうございました。各先生方から、非常に貴重な提言や要望を沢山頂きありがとうございました。本学の進むべき方向や課題などが見えてきたように思います。司会の不手際で十分なディスカッションが出来なかったことは申し訳ありませんでした。

最後になりますが、川喜田先生から簡潔にまとめていただいて、このパネルディスカッションを終えたいと思います。

(川喜田) 本日非常に貴重なご意見をたくさん頂きましたので、われわれ本学のスタッフすべてがしっかりとそれを受け止めて、統合医療の実現に向けて努力を重ねていきたいと思います。本日は本当にありがとうございました。(拍手)。

(矢野) フロアの先生方、どうもありがとうございました。これでこのセッションを終わりたいと思います。パネラーの先生方、本当にありがとうございました。