

21世紀の高齢者医療に統合医療の導入を

折 茂 肇

21st century medical care for the elderly : an integrated approach

Hajime Orimo

抄 録

高齢者医療で重要なことは、単に臓器疾患を診断し治療することではなく、高齢患者のQOLを第一義的に考えた全人的、包括的医療を行うことである。そのためには高齢者の残存機能を引き出し、自立機能障害（disability）の予防を最終目的とした医療が中心となるべきである。

高齢者医療は本来地域医療であり、高齢者が長年住みなれた地域において満足できる医療が受けられるような体制を確立することが、高齢社会を迎えたわが国においては最も重要な課題である。そのためには地域全体で高齢者の医療及び介護を行うという発想を持つことが必要である。

全人的な高齢者医療を行うには、西洋医学のみでは限界があり、西洋医学と東洋医学（漢方や鍼灸等）のそれぞれが得意とするところを取入れ、お互いの欠点を補った統合医療システムを構築し導入することが必須である。わが国では漢方医学が定着しているので、統合医療システムを構築するには漢方医学が西洋医学との主要なパートナーとしての役割を担うことが期待される。

キーワード：高齢者医療

自立機能障害

医療と福祉の連携システム

相補・代替医療

漢方療法

EBM

1. 高齢者医療の理念と戦略

高齢者医療においては理念と戦略がまず必要である。医療費の問題はその次の問題である。高齢者は成人と非常に多くの点で異なっている。まずは複数の疾患を持つことが多い。精神機能の低下を伴いやすい。高齢者特有の病態、痴ほうや尿失禁・転倒などがある。日常生活上の機能障害を起こしやすい。免疫機能が低下して病気が治りにくい。社会的環境、家族や住居・経済がQOLに大きく影響する。このような特徴があるのではないかと思う。

さらに後期高齢者（75歳以上）では、Geriatric syndrome、これは私が1994年に日本に初めて導入した考えであるが、転倒や混迷、失禁、寝たきり、医原性疾患などが問題となる。Geriatric syndrome に対する対応は大変重要であるが、日本では今までほとんど注目されていなかった。

21世紀の高齢者医療はどうあるべきか。今までは寿命の延長のみを目的とした延命医療が中心だったが、これからは健康寿命と QOL を重視した医療が大事ではないかと思う。多病を有する高齢者の医療では、現代の臓器別縦割り医療では対応が難しく、全人的な包括的医療が必要である。これが大変大事だと思う。さらに医師の経験や主観を重視した医療から、証拠に基づいた Evidence based medicine (EBM) を導入することも重要である。最後に非常に大事なことであるが、治療のみを目的とした医療ではなく、予防医学を重視した医療を行うべきである。この分野が今まで大変軽視されていたと思う。

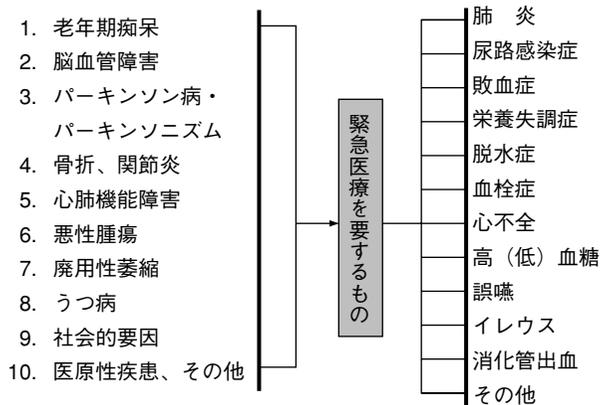
そのためにはどうしたらいいのか。まず第1に、臓器疾患の治療を第一義的に考えた医療よりは、自立機能障害・予防を最終目的とした医療を行うべきである。従って若年者と高齢者では医療の目的が違うことを認識する必要があると思う。それにはチーム医療が必須である。総合的機能評価、クリニカル・パスの導入が必要となる。それから、非常に大事なことは、地域の医療と福祉の連携システム、ネットワークを確立することである。最後に、本稿の主題である西洋医学に東洋医学を取り入れた、新しい統合医療システムの確立が必要ではないかと思う。

まず高齢者医療では、臓器疾患の治療を第一義的に考えるより、自立機能障害 (disability) の予防を最終目的とすべきであるということを認識する必要がある。

自立機能には三つの柱がある。一つは身体的自立 (ADL) で、移動や食事など、非常に基本的なことである。それから Instrumental ADL (IADL)、買い物、電話がかけられるかなど、日常生活に関連したものである。第二に精神的自立、認知機能や情緒である。第三は社会的自立、人とのつきあいができるかどうか、社会的活動ができるかなどである。自立機能には三つの機能が含まれているのである。高齢者の自立を障害する病態を表1に示す。若い人とはかなり異なっている。

次に、高齢者の医療ではチーム医療が必須である。それには総合的に患者さんの機能を評価する総合的機能評価を導入することが役に立つ。それからクリニカル・パスの導

表1 高齢者の自立を障害する病態及び疾患



入も場合によっては必要となる。患者本位の医療で、医師、リハビリテーション、MSW、ナース、栄養士、薬剤師などがチームを組んで行う医療体制・姿勢であるが、残念なことにはわが国では、まだまだうまく行われていないのが現状である。

老年医学的総合機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment、以下CGAと略

す)は、もともとイギリスから出てきた概念で、アメリカでもかなり使われており、高齢者のいろいろな機能を多角的に評価しようという方法である。どんなことをチェックするかというと、第一に日常生活機能 (ADL)、第二に精神機能である。認知機能は長谷川式スケール、ミニメンタルテスト、情緒については Geriatric Depression Scale などをを用いてチェックする。最後は、家族や住居や経済状況などについて調べる。要するに患者さんの状態をそれぞれの職種の視点から評価し、問題点を洗い出して、医学的な問題と同じレベルで解決しようとする手法である。これまでの医師を頂点とした医療体制から、コメディカルを含めたチーム医療への質的な変化ということで、これから高齢者医療には欠かせない手法である。しかしながら、総合機能評価は医療保険で認められていない。老年医学会では常日ごろ努力をしているが未だに実現していないのが現状で、非常に情けないことである。

わが国ではCGAについて、ガイドライン研究班がアセスメントセットを提案している。CGAは大変有用で、外国ではエビデンスが蓄積されつつある。図1にStuckのCGAを実施した人としない人について死亡率、ADL、認知機能等につき比較したデータを示す。CGAを実施した人ではしない人に比べて明らかに死亡率が減り、在宅での生存率が伸びている。ADLも明らかによくなり、認知機能もよくなっている。こ

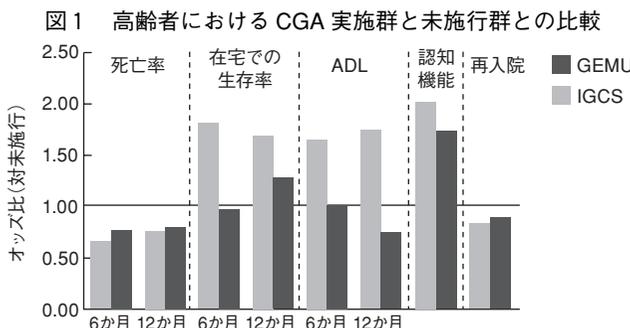


図1 高齢者におけるCGA実施群と未施行群との比較
 GEMU: 老年科評価診療施設においてCGAを実施
 IGCS: 老年科的コンサルテーションによりCGAを実施
 Stuck AE et al. Lancet 342: 1036, 1993

うエビデンスがある。わが国ではまだまだこれからの段階である。

CGAの効用については多くの報告がある。CGAを導入することにより診療レベルの向上、日常生活機能の向上、在宅のケアの増加、老人施設への入所の減少が認めら

れ、精神機能障害の早期発見、服薬数の減少、医療費の節減、患者さんならびに家族のQOLの向上に役立つことが、多くの報告から明らかにされている。現在、高度専門医療が重視されているが、高価な機器を使って行う医療のみが高度専門医療ではない。CGAのような新しい発想によって、患者さんのための医療を行うことも高度専門医療といえるのではないかと思う。高齢者ではCGAは高度専門医療である。CGAが保険に適用されて高齢者の医療の質がよくなればいいと考えているが、現状はなかなか厳しい状況である。クリニカル・パスは医師や看護師、その他の医療従事者がお互いに協力しながら作る患者さんの診療計画で、これはいろいろな施設で用いられている。

次に、高齢者医療において大事なことは、地域の医療と福祉の連携システム、すなわちネットワークを確立することである。これなくしては高齢者の医療・福祉はうまくいかない。介護保険が施行されてから、各医療機関の機能分化、医療の効率化が強調されるようになった。診療所等のプライマリーケア医は軽症の疾患、在宅医療、慢性疾患の管理を行うのが主な業務で、病院は特定機能病院、急性期病院、療養型病院と大きく分けられ、それぞれの機能分担が進むと思う。

各地域では、地域の中核病院が中心となって、診療所等のプライマリーケア医と連携

表2 地域中核病院の役割

診療面	非診療面
救急対応	研修・教育
医療ショートステイ	医師、看護師、保健婦、
共同診療	ホームヘルパー
診療援助	地域啓蒙活動
短期評価入院	技術実習
専門医療援助	超音波、内視鏡など
特殊検査機能 (CT、MRI など)	情報提供 文献サービス

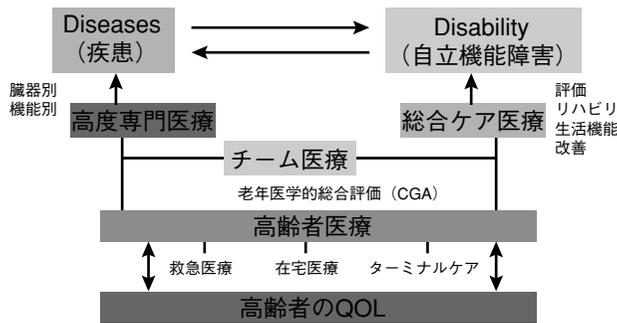
表3 在宅医療で実施可能な処置
—板橋区医師会会員— (n=174)

処置内容		
経管栄養	26	(14.9%)
中心静脈栄養	14	(8.0%)
人工肛門	9	(5.2%)
気管切開	12	(6.9%)
酸素療法	28	(16.1%)
人工呼吸器装着	9	(5.2%)
褥創処置	29	(16.6%)
末期医療	31	(17.8%)
癌性疼痛管理	16	(9.2%)
合計	174	(100.0%)

を取って、地域全体の高齢者が幸福になるような医療システムを作らなければならない。地域中核病院の役割を表2にまとめて示す。これは私が老人医療センターにいたときに提案し、やってきたことからである。一方診療所等のプライマリーケア医は在宅の患者さんを往診して対応することになるが、在宅での診療内容について、板橋区医師会会員にアンケート調査をしたことがある。表3にその成績を示す。これからは在宅医療が高齢者医療において非常に重要となる。在宅で開業医がこれだけ多くのことをやっているのが現状である。

図2は高齢者医療の概念についてまとめたものである。治る見込みのある臓器の疾患

図2 高齢者医療の概念



に対しては、従来の高度専門医療、近代西洋医療が中心でよいと思うが、治る見込みがない人に対しては、評価をきちんとして、リハビリテーションや生活機能の改善を目的とした総合ケア医療で対応すべきであると思う。高齢者医療には、大きく分けると救急医療、

在宅医療、ターミナルケアなどがあるが、最終的には高齢者のQOL、患者さんのためということを常に念頭に置いて、医療を行うべきである。

Neugarten は高齢者を暦年齢とは関係なく、社会生活が active な人は「young-old」、社会生活が inactive な人は「old-old」と呼ぼうという提案をしている。比較的元気な人、治る見込みのある人については、成人と同じレベルの医療でいいと思うが、いわゆる old-old、重度の認知症や寝たきりの人については、むしろ自立機能障害の改善を最終目標として、総合機能評価に基づいた医療を行うべきではないかと思う。医療費の無駄遣いがかかりあると思うので、治る見込みのない人にお金をつぎ込むことは無駄遣いにつながるわけで、その辺は総合的によく判断して、常に患者さんのために、最善と思われる医療を行う姿勢が大事ではないかと思う。

II. 統合医療とは

高齢者医療では西洋医学に東洋医学を取り入れた新しい統合医療システムの導入が必要である。これは21世紀に我々に課せられた大きな課題ではないかと思う。統合医療が必要とされる背景としては、近代西洋医学があまりにも臓器別に専門分化し、臓器の疾患の治療のみに焦点が絞られ、高齢者を全人的な立場から見る姿勢に欠けており、さらにまた予防医学を軽視してきたということが挙げられる。現状では統合医療に対する理解がまだまだ不十分で、中には大変誤解している人がかなりいるので、統合医療について、まず正しく理解することが必要である。

現時点では統合医療とは、西洋医学に含まれない医療領域である相補代替医療（アメリカ、ヨーロッパで出されてきた考え方で、漢方、あんま、マッサージ、鍼灸、カイロプラティック、ヨガ等が含まれる）を現代西洋医療と効果的に組み合わせた医療と定義されている。相補代替医療（Complementary and Alternative Medicine、CAM）という概念はもともとアメリカから出されたもので、NIHはNational Center for Complementary and Alternative Medicine を設立し、そこで表4に示すようなCAMの分類をしている。この中にはアーユルヴェーダ（インド医学）、中医学、ホメオパシーなどの代替医療システム、催眠療法や音楽療法などの精神身体相互介入による医療、食

表4 相補・代替医療 (CAM) の分類

米国: NIH (National Center of Complementary and Alternative Medicine)

1. 代替医療システム (Alternative medical system)
アーユルヴェーダ (インド医学)、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、音楽療法など
3. 生物学的療法 (Biologically based therapies)
食事療法、ビタミン・ミネラル、ハーブなど
4. 手技および身体を介する療法 (Manipulative and body-based methods)
マッサージ、カイロプラクティック、リフレクソロジーなど
5. エネルギー療法 (Energy therapies)
磁気治療、気功など

事療法やビタミン、ハーブなどの生物学的療法、マッサージやカイロプラクティックなどの手技および身体を介する医療、磁気療法、気功などのエネルギー療法が含まれている。このような分類をアメリカのNIHではしている。

実際にCAMがどのような病態について使われているかということであるが、神経系や筋肉系の疾患 (特に疼痛)、うつ病、麻薬中毒、動脈硬化症、がんなどに使われている。ハーブや鍼、ホメオパシーがCAMの

中でも非常に人気のある療法である。CAMの中で一番人気があるのはハーブで、泌尿器科、皮膚科、消化器科、婦人科、循環器科の疾患に対して使われている。最近特に注目されているのはイチヨウの葉、オトギリ草、ニンニク等である。イチヨウの葉は、脳内および末梢の循環不全、記憶障害に効果があるといわれ、アルツハイマー病に有効であるというプラセボを対照とした二重盲検試験の成績もある。次は鍼灸で非常に人気がある。痛みや麻薬中毒、脳卒中、うつ病、腰痛症などによく使われている。それからもう一つ人気があるのは、ホメオパシーである。これは体、精神、心と、この三つが一体となった人間丸ごとを対象にした全人的医療を行うものである。

なぜ、このような代替相補医療が再評価されるようになったかという背景であるが、私なりに整理してみると、第1に精神と身体の統一的調節を目指す全人的医療 (Holistic Medicine) が重視されるようになったこと、今までは臓器中心の医療のみで、精神と体の統一を目指すことが大事であるという発想が欠けていたということが、まず第1に挙げられる。次に自然に生きる人間のライフスタイルを重視しようとする姿勢、次にはがんやエイズなど、難病への西洋医学的なアプローチには限界があること、西洋医学では攻撃的な手法を使ってアプローチするが、自然治癒力を増強する手法が求められていること、高価な先端医療器具の使用による医療経済の破綻などが挙げられる。アメリカでCAMが注目されたのは、近代医療ではあまりにもお金がかかりすぎる、何とか疾患を予防しなければ、経済的負担に耐え切れないという事情が基本にあったと思う。これも非常に大きな理由ではないかと思う。

表5に代替医療と近代西洋医療の特徴についてまとめて示す。代替医療では、保険や予防、ホリスティックな健康を目標としているが、近代西洋医療では臓器の疾患の治療をエンドポイントとしている。代替医療では自然治癒力を向上させる、特に免疫力を強

表5 代替医療と近代西洋医療の比較

	代替医療	近代西洋医療
目 標	保健・予防 ホリスティックな健康	臓器の疾患の治療
対 応	自然治癒力の向上 (免疫力)	病因の削除
方 法	ライフスタイルの改善 (栄養・運動・休養)	薬剤、手術などが中心
有効性	科学的に実証されたものが少ない	科学的に実証されたものが多い
安全性	科学的に実証されたものが少ない	科学的に実証されたものが多い
侵襲性	非侵襲的のものが多い	非侵襲のものが少ない
費 用	安価 (設備など)	高価 (設備など)
費用/効果	良い	悪い

めることが中心となっており、ライフスタイルの改善を大変重視している。それに対して、近代西洋医療では病因を除くことが中心で、薬剤・手術などを重視している。問題は有効性・安全性で、近代西洋医療では科学的に実証されたものが多いのに対し、代替医療では科学的に実証されたものは少ない。これは有効性、あるいは安全性についていえることで、こういうことが今問題となっている。侵襲性については、近代西洋医療では侵襲的なものが多いが、CAMでは非侵襲的なものが多い。費用対効果はCAMのほうが近代西洋医療に比し、優れている。

世界における統合医療の現状

次に世界における統合医療の動向について紹介する。アメリカでは1992年に米国国民の3分の1がCAMを使用しているという調査結果が出た。これは大変大きなショックを国に与えた。3分の1がCAMを使っているというのである。93年にはNIHがCAM調査室を作り、大統領委員会ができた。アメリカではこういうことに対する対応が大変早い。98年には米国国民の42%がCAMを使っているという調査成績が報告され、99年にはNIHに国立CAMセンターができ、13の大学にCAMの研究室などを開設している。表6はCAMのアメリカでの利用状況についてまとめたものである。ハーバード大学での調査によると、90年の時点で、33.3%の人が使っていた。これが「New England Journal of Medicine」に発表され、アメリカの医学界に大変大きなショックを与えたのである。西洋医学のメッカであるアメリカで、これだけの人がCAMを使っていたからである。97年には42.1%、実に8300万人が使っているとの報告が「JAMA」に発表されている。

2002年には、Centers for Disease Control と National Center for Health Statistics が、18歳以上の人の62%が実際に何らかのCAMを使っていると報告している。このCAMの内容はマッサージ、カイロ、催眠療法、中医、ハーブなどであった。病院については

表6 米国におけるCAMの利用状況に関する調査
(Harvard 大学)

1990年	33.8%	6,000万人
1993年	ENJM に発表されアメリカ医学界にショックを与えた	
1997年	42.1%	8,300万人 JAMA に発表された
2002年	Center for Disease Control (CDC) と National center for health statistic (NCHS) が18歳以上の31,044人を対象に行った調査: 62%がCAM を利用	
2003年	米国病院協会の調査 26.7%がCAM を提供している	
CAM の内容: マッサージ、カイロプラクティック、催眠療法、中医、ハーブ等		

2003年に米国の病院協会の調査があるが、26.7%の病院が何らかのCAMを提供している。これがアメリカにおける状況である。アメリカでは残念なことに、日本の漢方はほとんど知られていない。東洋医学というと中医である。中国は国が国策として中医の啓発に努めているが、日本は全くそういうことをしていないので、アメリカでは漢方はほとんど知られていないというのが現状である。

ヨーロッパにおいても、かなり力が入っており、英国にはスピリチュアル・ヒーリング・センターがあり王室が支援している。スコットランドにはホメオパシーの研究施設ができています。ドイツのハイデルベルグには欧州のホメオパシー・センターができており、国際シンポジウムなども行われている。アジアでは国際東洋医学会議が2001年に開かれ、その後、中医の統合シンポジウムやCAMのシンポジウムが開かれている。WHOもこの問題に大変関心を示し、2001年から2003年には国際CAM会議を開いている。これらが世界の動向である。

次に教育はどうなっているのでしょうか。統合医療を推進するためには、医学教育がいちばん大事である。教育はすべての根源であり、これについては国によって大きな格差がある。アメリカでは、医学校の60%でCAMの講義が行われている。ドイツでは自

表7 わが国におけるCAMの利用状況

1. 1992年	京都府医師会	540名		
	医師 (540名)	73%	漢方 約70%	鍼灸 約10%
			その他 約8%	
	一般市民 (472名)	61%		
	マッサージ>漢方>健康食品>鍼>カイロ			
2. 2002年	東京医科大学検診センター (蒲原聖可)	1,161名	65.6%	
3. 筑波大学 (山下仁)	一般人	1,000名		
		76.0%	サプリメント	43.1%
			健康器具	21.5%
			ハーブ、漢方薬 OTC	12.2%

わが国では統合医療の認識及び実践に関する全国的なデータがない。その理由はわが国での統合医療の定義が明確でないため。

然療法の講義が全国の大学で行われていて、国家試験に問題が出されている。イギリスやフランスではホメオパシーが導入されている。オーストラリアでは、鍼やカイロプラクティックが教育されている。日本では漢方のみがようやく医学教育のカリキュラムに導入されているが、CAM 一般については、全く教育システムがないのが現状である。この分野のパイオニアである渥美和彦名誉教授が、「日本は鎖国状態である」と強調されているが、CAM 一般についてはそうではないかと思う。

わが国における統合医療の現状

わが国ではどうかということであるが、表7に調査成績を示す。1992年に京都府の医師会が、540名の医師と一般市民について調査をしている。医師の73%がCAMを使っている。漢方が70%、鍼灸が10%、その他は8%で漢方が最も多い。一般市民の人は61%が使っている。特にマッサージがいちばん多く、漢方は2番めである。鍼も非常に多い。2002年には東京医科大学の検診センターでの調査があり、65.6%、かなりの人が使っている。筑波大学で行われた一般人1000名についての調査では、約76%の人がCAMを使っており、サプリメントが43%と最も多い。

このように幾つかの調査があるが、残念なことにわが国では統合医療の認識および実践に関する全国的なデータがないのが現状である。こういう調査は本来は国がやるべきだと思うが、日本の厚労省の対応は非常に遅い。その主な理由として、わが国での統合医療の定義が明確でないということが挙げられる。アメリカではきちんとされているが、まだ日本では定義すらはっきりしていないのが現状である。しかしながら一方では、一般の人がかなりの頻度でCAMを使っているという現実がある。

わが国では平成元年の時点で、約80%の医師が漢方薬を使っている。がん患者の約40%はアガリクスやプロポリスなど、エビデンスがないにもかかわらず使用している。高齢患者さんでは、食生活の改善やビタミンの補給、こういう意味でCAMを使っている人が多い。以上の報告を総合すると、わが国におけるCAMの利用者は、欧米に比較して決して少なくはない。特に漢方薬が非常に広く使われているという特徴がある。西洋薬に漢方を併用しているということは、とりもなおさず統合医療を行っているということになる。しかしながら漢方を利用している医師、患者さんとも、実際は統合医療を行っているにもかかわらず、その意識を持っている人が非常に少ない。無意識のうちにそれをやっているのが現状ではないかと思う。

日本におけるCAMの関連学会を表8に示すが、非常にたくさんある。最大の組織は、日本代替・相補・伝統医療連合会議(JACT)であ

表8 日本におけるCAM関連学会

1. 日本代替・相補・伝統医療連合会議 (JACT)	
1998年～	会員1,200名強 (医師60%)
2. 日本統合医療学会 (JIM)	
2000年～	会員約500名 (医師ほぼ100%)
3. 日本補完・代替医療学会 (JCAM)	
1998年～	会員約1,000名 (医師45%)
4. 日本未病システム学会	
1995年～	会員550名 (医師約200名)
5. 国際統合医学会	
1999年～	会員230名 (医師約100名)

表9 日本の大学におけるCAM

1. 東京女子医科大学	
1998年12月～	オルタナティブ・メディスン（代替医療）研究会
2002年4月～	附属成人医学センターにて自然療法外来
2003年6月～	附属自然医療研究所（仮称）にてCAMの実践・研究
2. 聖マリアンナ医科大学 予防医学教室	
2000年1月～	代替医療研究会
2000年4月～	代替医療の講義・実習
3. 東京慈恵会医科大学 健康医学センター	
2000年5月～	代替医療の講義
4. 関西医科大学 心療内科学講座	
2001年4月～	統合医療プロジェクト（臨床、研究、講義など）
5. 金沢大学医学部 補完・代替医療学講座（寄付講座）	
2002年3月～	主に機能性食品の評価

る。約1200名、医師が約60%で、1998年に発足した。日本の大学においてCAMがどう扱われているのかにつき整理してみると、東京女子医科大学ではかなり進んでおり、1998年12月からCAMの研究会を立ち上げている。また附属の成人医学センターで自然療法外来をやっている。聖マリアンナ医科大学でも予防医学教室で代替医療の研究会、講義などを2000年から始めている。慈恵医大でも2000年から講義が少しずつ始まっている。関西医科大学でも心療内科の講座で統合医療プロジェクトが始まっているとのことである。金沢医科大学でも相補代替医療学が寄附講座として2002年から開設されている。ここでは主に機能性食品（サプリメント）の評価を行うということである。以上が日本の現状である（表9）。

わが国における統合医療の現状、世界の趨勢について解説をしたが、わが国に統合医療を導入するには多くの問題点がある。まず、統合医療の定義がなされていないということ、定義がはっきりしていないから調査のしようがない。次に実証されたCAMが非常に少ないということ、教育機関がほとんどない、テキストもない、研究費がほとんどないというのが現状である。

それから、不適切と思われるCAMおよび施行者が横行しており、これが大きな問題である。悪貨が良貨を駆逐しCAMは信用できないという認識が先行して、CAMが普及しない。それから、不適切と思われるCAM情報の氾濫、西洋医とCAM施行者との交流の場がほとんどないこと等、これらがわが国における統合医療の問題点ではないかと思う。

現在は統合医療の現場は無駄地帯と言っても過言ではない。西洋薬と漢方薬を使う施設、西洋医療とアロマセラピーやサプリメントと併用する施設、西洋医療を否定する施

設、医師の関与しない施設などがある。統合医療を行う際には、西洋医療の長所と限界を知ることが必須である。特にわが国では西洋医療と漢方の長所と限界を知ることが大事だと思う。

統合医療を実現するために必要なことは、まず第1に医療とは患者さんのためにあるという、医療の原点に返った発想の転換である。西洋医学でなければだめだとか、漢方でなければだめとか、そういうことではなく、医療は患者さんのためにあるわけであるから、患者さんのための医療という原点に返った発想の転換が必要ではないかと思う。

次に、初めから統合医療はインチキだと決めつけしないで、それに対する理解を深めるための医学教育を行って、医師の意識改革を行うことが大事ではないかと思う。

最後に、大変大事なことだと思うが、統合医療の必要性について国民のコンセンサスを得る必要がある。国民は約40%の人がCAMを無意識のうちに利用しているので、国民のコンセンサスを得ることが大変大事である。それから、政府の強力なリーダーシップのもとに、現状の医療制度を変える医療改革を行うことである。これがいちばん大きな問題である。

わが国における統合医療実現のための戦略

わが国において統合医療を実現するための戦略として、私は次のように考えている。漢方というのは、欧米では相補代替医療の中に位置づけられているが、わが国では漢方は現代西洋医療との統合医療を実現するための対等のパートナーとして位置づけるべきである。実現するための戦略としては、統合医療の理念の確立と啓発をまずきちんとし、次にEBMを確立すること、すなわち伝統医療を評価するための科学研究方法の確立が必要である。伝統医療ではエビデンスが欠乏しているのが大きな問題である。このために西洋医療を行っている医師にはなかなか理解してもらえない。現時点では統合医療の科学的根拠を構築する段階にあり、EBMによる統合医療の実践は容易ではない。現代の西洋医療では大規模なランダム化試験、いわゆるRCTがゴールドスタンダードとされている。しかし、代替医療、また統合医療の研究では、RCTが必ずしも適切とは限らないと思う。

現在EBMには二つの柱がある。その一つは量的な科学手法による研究、Randomized Clinical Study (RCT)、他は統計処理に馴染まないナラティブな質的研究の二つに大きく分けることができる。Narrative Based Medicineというのは、量的研究を補完する意味で注目されている新しい質的研究方法である。ともすると、Narrative Based MedicineはEBMの対極であり、EBMとは異なった評価方法と誤解されやすいが、実際は対極する方法論ではない。患者さん本位の医療を実践するうえで、この二つの研究方法は車の両輪となる総合的な評価法であると私は考えている。

医療はすべてが統計処理が可能な分野ではない。医療には人間の心理や感情などを取り扱う分野があるというのが、このNarrative Based Medicineの主張である。研究の対象となるのは、患者さんの語った言葉や物語、面接して聞き出した本音や書いた手紙・日記などで、これらを分析して、どの治療法が有効であるかにつき判断する方法で

ある。私は、NBMは統合医療のエビデンス構築に有用であろうと考えているが、まだまだ未開拓の分野で、これからの検討課題ではないかと思う。Narrative Based Medicineという新しい方法をこれから伝統医療の評価法として導入すべきではないかと考えている。

III. 結 語

高齢者医療の質を高めるためには、医療従事者が統合医療の概念についての理解を深めて、漢方医学が西洋医学の主要なパートナーであるとの認識のもとに、患者さんのための統合医療を行う体制を確立することが、必須である。

[この論文は第57回日本東洋医学学会(2006年6月24日)での特別講演の要旨をまとめたものである。]

参考文献

- 1) 折茂肇：21世紀の老人医療のあり方とその将来展望 Geriatric Medicine 37 (3) : 333-337, 1999
- 2) 折茂肇：21世紀の高齢者医療 Modern Physician 19 (6) : 667-670, 1999
- 3) Eisenberg DM, et al. Trends in alternative medicine use in the United State 1990-1997 : results of a follow up national survey. JAMA 280 : 1569-1575, 1998
- 4) アンドル・ワイル：統合医療の発展 国際「統合医療」元年 (渥美和彦総監修) 日本医療企画 東京 pp.16-23, 2004
- 5) 渥美和彦：統合医療の理念 統合医療 基礎と臨床 (日本統合医療学会編集) pp. 2-10, 2006
- 6) 山本竜隆：統合医療とCAM (相補・代替医療) 総合医療 基礎と臨床 (日本統合医療学会編集) pp.16-19, 2006
- 7) 山下仁・津嘉山洋：統合医療の統計 統合医療 基礎と臨床 (日本統合医療学会編集) pp.20-26, 2006

Abstract

Philosophy and strategy are important components in the medical care for the elderly in the 21st century. The primary aim of medical care for the elderly is the prevention of disabilities and the improvement of quality of life. Medical care giving priority to the quality of life, not to the simple prolongation of life should be considered. Modern Western medicine has made great contributions to the prolongation of life. However, the limitations and disadvantages of modern Western medicine in the medical care for the elderly have also been pointed out. To address these limitations, it is necessary to introduce oriental medicine in to the medical care of the elderly. Oriental medicine is based on the different philosophy from modern Western medicine, and a combination of these different medical systems will be very helpful in increasing the quality of medical care for the elderly. Medical care for the elderly is deeply affected by culture, economy and policy of each country.

The ultimate goal of the medical care for the elderly is prevention of disabilities, rather than the treatment of visceral diseases. To achieve this it is essential to realize a comprehensive holistic medical approach rather than the organ specific Western medicine. An integrated medical system should be developed by incorporating oriental medicine into Western medicine.

This paper will introduce is the concept of integrated medical care in the United States and Europe. Availability, research and education of integrated medicine in Japan are also described. Finally, an emphasis is placed on essential role of *Kampo* or traditional Chinese medicine as a partner of Western medicine in the establishment of an integrated medical care system in Japan.

Key Words : medical care of the elderly

disability

network system for the medical care and social welfare of the elderly

complementary and alternative medicine (CAM)

Kampo medicine

Evidence based medicine (EBM)