

Title	統合医療の現状と課題 : 補完代替医療(CAM)の科学的な検証可能性について
Author(s)	藤守, 創
Citation	医療・生命と倫理・社会. 2011, 10, p. 130-140
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/12202
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

統合医療の現状と課題

——補完代替医療（CAM）の科学的な検証可能性について——

藤守 創

（パリ第1大学パンテオン・ソルボンヌ哲学科博士課程、
神戸大学大学院医学研究科博士課程、病態病理学専攻）*

1. 統合医療のはじまりとその発展、研究における課題

1990年代初頭より統合医療（Integrative Medicine, Médecine Intégrative）と称される新しい医療の流れが顕著になってきた。統合医療とは、標準的な西洋医学とそれ以外の医療、一般に補完代替医療（Complementary and Alternative Medicine : CAM, Médecine Complémentaire et Alternative）と呼ばれているその効果が未だ科学的には確かには示されていないとされる種々の医療とが融合した医療を意味する。¹

ハーヴァード大学医学部教授デイヴィッド・アイゼンバーグは、1993年『ニュー・イングラウンド・ジャーナル・オブ・メディシン』誌に米国におけるCAMの利用状況に関するサーヴェイに基づく論文を発表した。² その論文において教授は、実に3分の1以上の米国民が何らかのCAM的治療を日常的に受け、彼らがそれらに費やす金額は標準的な医療へのそれよりもむしろ多いことを明らかにした。また、比較的社会的地位が高く、教育レベルも高い人ほどCAMを好むことも明らかにした。

この事実は医療業界人のみならず一般の人々にとっても大きな衝撃であった。それゆえ、アイゼンバーグのこの報告は今日では統合医療の分野における最初の大きな事件であったと言われている。この論文が発表されてより以降、米国における統合医療の流れは顕著に大きくなってゆくことになる。

この論文の発表と相前後して、米国では1992年にNIH(National Institute of Health)内にCAMを専門とする部局OAM(Office of Alternative Medicine)が作られる。発足当初に与えられた予算は200万ドルであったが、年々増額され2000年には1億ドルに達し、同年OAMはNCCAM(National Center of Complementary and Alternative Medicine)へとその名称を変え、発展的に改組され現在に至っている。³

また、こういった流れに即応して、ハーヴァードやスタンフォードあるいはコロンビアさらにはカリフォルニア大学やアリゾナ大学といった全米の有名大学の医学部（メディカル・スクール）に、付属するCAMの研究所が次々と設立されてゆき、これらの研究所では今日盛んにCAMの研究、教育が行われている。⁴

統合医療の米国における進展の傾向はその後も変わらず、この分野に投下される予算の額も順調に増え続けている。

このように統合医療の潮流がとりわけ米国において顕著に大きくなってきた背景には大きく二つの要因があると言われている。一つは、今までの西洋医学主流の医療では現在の生活習慣病を主体とした疾病には上手く対処出来ていないということ、また、もうひとつ

は、先進各国において国家財政を逼迫させるほどにまで肥大化してしまった巨大な医療費の問題の二つである。統合医療とはこの二つの難問の解決を期待されている新しい医療の潮流と言ってもよいだろう。⁵

この統合医療の潮流をさらに前へ進めてゆくためには次の二つの課題があると筆者は考えている。

1) CAM の医療効果の科学的評価法の確立

2) CAM と西洋医学、二つの異なる文化的背景を統合する理論的及び哲学的バックボーン

第一の課題に対しては、現状医療の分野で行われている過度に実証主義的な評価方法はCAM の評価にはなじまない、とまずは言えるだろう。というのも、一般に CAM 的な治療はそのほとんどがホリスティックな考えを持ち、それらはこのような評価法では評価出来ないものが多いからである。^{6 7}

一方、フランスでは、心理療法の評価法の長い研究の歴史がありまた統合医療の分野の研究者にとってはとても重要なクオリティ・オブ・ライフ (Quality of life, *Qualité de la Vie*) 等の研究を専門とする重要な研究者たちが活発に活動している。⁸

次いで二つ目の課題に対しては、フランスにはベルグソンやメルロー・ポンティあるいはジョルジュ・カンギレムといった一般に「生の哲学」と呼ばれているフランス独特の哲学の系譜があり、その系譜はまた、フランソワ・ダゴニエ、アンヌ・ファゴー＝ラルジュオールといった二つの異なる文化的背景の統合を企図する哲学にとっては大変に示唆的な医学哲学、エピステモロジーの系譜とも繋がってゆく。

こういった事情から私はフランスをその研究を進める主たる場として選んだ。

2. RCT と CAM

ここで、現在医療の評価の分野で広く用いられている手法である無作為比較対照試験 (Randomized Controlled Trial: RCT, *Essai Randomisé et Contrôlé*) が CAM の評価には不向きであること、また評価法の研究はいずれ哲学的な思索へと収斂してゆくことを示したいと思う。

(1) RCT における基本的なスタディ・デザイン

RCT とは主に薬学分野で発展してきた新薬開発のための評価法のことで、今日では最も科学的に厳密な手法であると認識され、薬学以外の他の多くの医学分野の臨床評価にも援用されているものである。RCT の基本的な概念は、ハリー・ゴールド、ウィリアム・J・グレイス、フランク・C・ファーガソンらによって、1954 年新薬の臨床試験の評価法に関するカンファレンスにおいて提唱された。⁹

このカンファレンスにおいて彼らは心理的なバイアスが人の生理状態に影響を与えること、そしてその結果新薬の臨床効果までもが心理的な要因によって左右されることを示した。そこで、新薬のより正当で科学的な評価のためには、これらの心理的なバイアスを取り除く必要があると訴え、さらにそれと共に、薬に含まれるもののうち真に薬効を持つ物質を特定することの必要性をも訴えた。それを実現する評価の方法論として、彼らは二重

盲検法（ダブル・ブラインド）とプラセボに特徴づけられるメソッドを公表した。この時示された考えが今日の RCT の元となったものである。

その後、このアイデアに基づき、50～60 年代を通じて多くの臨床試験が実施され、またそれに関する膨大な資料が公表された。その過程を通じて RCT の手法はさらに洗練されその完成度を高めてゆき、70 年代には、臨床効果を評価する方法論としては科学的に最も厳密なものとしてその地位は揺るぎないものとなり、遂にはその提唱者の名にちなみ臨床評価の「ゴールド・スタンダード」と呼ばれるほどにまでなり、今日に至っている。¹⁰

そのようにして練り上げられた RCT の現在一般に行われている手法の概要を説明する。

RCT は通常新薬開発の最終段階——フェイズ 3 と呼ばれる段階で、全期間は 15～6 年、総費用は 500 億円前後かかると言われている一つの新薬の開発において、期間も費用も最もかかるとされる最終段階——において行われるもので、通常数百～数千のオーダーの被験者に対して実施される。

被験者は一般に次の 3 つのカテゴリーに分類される。

- ①リアル・メディスン（実薬）を受ける組
- ②シャム・メディスン（sham medicine：プラセボ）を受ける組
- ③被験薬を受け取らず従来の療法のみ処方される組¹¹

この際、被験者は志願者の中からランダムに選ばれ、被験者も、薬を処方する側の医師も、どの被験者がどの組に属するのかわからない。（二重盲検法）

また、リアル・メディスンにはその薬理効果を調べたい当該物質が含まれるが、シャム・メディスンにはそれだけが含まれていない。つまり、シャム・メディスンは当該物質が欠けている以外はリアル・メディスンと何ひとつ異ならない全くの瓜二つの偽薬ということになる。これらの対照群から得られた結果を比較・統計処理して当該物質の薬理効果を評価することになる。

ランダム化と二重盲検によって主観性の排除と客観性の保持を担保し、プラセボによって真に薬効を持つ物質を同定するというのが RCT の基本的なデザインである。

上でみたように、RCT を支える主たる二つの思想は、主観の排除と特定の効果を持つ物質の確定である。しかしながら、CAM 的治療の評価においてはこれら二つの考えはあまり役に立たない。というのも、一般にこれらの治療においては完全に主観を排除することは出来ないしまた特定の効果を持つとする治療技術を抽出することも難しいからである。これらホリスティックな視点を持つ療法は一般に文脈依存型でそれを構成する各要素に分解することは不可能なことが多いのである。一般に、CAM 的治療においては、治療と診断は同じ一つのものであり、それらを明瞭に弁別することは難しいと思われる。¹²

また、評価方法というものは現場の都合によって決められるものではなくて、背景にある哲学やイデオロギーによって決せられるものである。それゆえ、評価方法の研究はいずれ哲学的な問いへと収束してゆくことにならざるをえない。

（2）RCT の背後にある二元論と還元主義

臨床試験の場から厳密に主観を排除し、特定の効能を持つ物質を同定することにより、より正しい評価に至ることが出来るとする思想の背後には二元論的な世界観と還元主義的なものの考え方が横たわっている。そこにおいては病気の本体はある特定の部位、すなわ

ち身体におけるある器官、ある特定の組織の器質的な壊変であるとされる。あるいは、ある物質の過剰／不足が病理的な本態であるとされる。つまり、病気は人体を離れ、それ自身観察されうる「モノ」として捉えられることになる。その「モノ」としての病を癒すものはやはりまた物理的な実体である「モノ」（この場合は薬）であり、病を癒すとはすなわちある組織の壊変を修復することでありまた不足している／過剰な物質を加える／取り除くことに他ならない。

しかしながら、一般的な CAM 的な治療はこのような二元論的、還元主義的な考え方からはフリーなものが多い。そこでは、病と患者を全体として捉え、心身一如のもとホリスティックな施術を行うというような考え方の方がより支配的である。CAM 的療法は一般に文脈依存型であり、術者と受け手、病と人との間のダイナミックな間主観的なやり取りが常に意識され、その間主観的なやり取りそのものをコントロールしようとするものさえあるのが CAM 的療法のひとつの大きな特徴であると言える。そういった療法を今見たような分析的で実証主義的な RCT といった評価法を用いて判断するのは、いささか難しいのではなかろうかとも思えるのだ。¹³

実際、これら CAM 的療法に RCT のようなものを無理矢理あてはめてその療法の持つ医療的効果を測ろうとすると、本来分割してはいけないものを強いて各構成要素に分割してしまい、それら療法において本質的に重要な有機的連関を外部に押しやって、その結果上手く効果を評価しえない、ということになってしまいがちである。¹⁴

CAM 的療法の臨床効果を RCT で定量するというのは、近代科学が成立してゆくその過程で科学が自身の埒外に放擲してしまったものをその枠組みの中で再度捉えなおして分析しようとする、そんな試みであるとも言えるだろう。

(3) CAM に応用された RCT の実際、鍼灸治療を例にして

それでは、鍼灸治療（アキュパンクチュア）を例にして、どのように RCT でその効果を評価するのかを見てみよう。例として腰痛（Low back pain, Lumbago）に悩む患者群に対する鍼灸治療の臨床効果を RCT で評価するというスタディをあげる。その場合のスタディ・デザインは概略以下のようなものになるだろう。

特定の疾患や症状——ここでは腰痛——に悩む被験者を集め、彼らを次のような対照群にランダムに分類する。^{15 16 17}

①ランダム化とシングル・ブラインド——主観の排除

- 1) リアル・アキュパンクチュアを受ける組
- 2) シャム・アキュパンクチュアを受ける組
- 3) 一般的な西洋医学的な治療のみを受ける組¹⁸

被験者たちは自分がどのグループに属しているかはもちろん知らされてはいない。が、一方施術者の側は自分がリアル・アキュパンクチュアを施すのかシャム・アキュパンクチュアを施すのかを知らない、というわけにはもちろんいかないので、この場合はダブル・ブラインドではなくシングル・ブラインドになる。シングル・ブラインドが主観を排除するためのデザインであることは新薬の治験における RCT となんら変わらない。

②シャム・デザイン——効果のある治療技術の同定

次いで対照群の設定であるが、腰痛に対する治療穴を事前にピックアップしておき、グ

グループ 1 にはその経穴へ通常の鍼の刺入を伴う施術を行う。これをリアル・アキュパンクチュアとする。

シヤム・アキュパンクチュア・デザインとしては次のようなものが考えられ、実際に採用される。

例 1) 事前に決定された特定穴（グループ 1 が刺入治療を受けるのと同じ経穴）に、鍼を刺入せずに軽く鍼先だけで触れるに止める。

例 2) 事前に決定された特定穴には施術せず、全く関係のない、すなわち腰痛に対しては良くも悪くもならないとされるニュートラルな経穴へ鍼の刺入施術を行う。

例 1 は鍼の刺入そのものに治療効果があるかどうかを同定するためのシヤム対象であり、例 2 は選択された経穴への施術そのものに治療効果があるかどうかを同定するためのシヤム対象である。これが、新薬の臨床試験における RCT のシヤム・デザインの鍼灸治療への応用である。どの物質に真の薬効があるのかを同定する、という RCT の基本的な精神を鍼灸治療にあてはめるとこのようになる。このようなデザインを考えだす背景には、鍼灸治療が容易に各構成要素に分解、還元出来るはずだという発想があるということは論を俟たないであろう。ここでは鍼灸施術において本質的に重要な文脈依存性や活発な間主観的やり取りは見過ごされ、まるで物理的実体を抽出するかのように治療行為を切り刻んでいる。

③得られたデータを比較・統計処理する。

さて、実際にこのようなデザインで行われた臨床試験でどのような結果が得られるかというところ、多くの場合、「有意差がないとは言えないがあるとも言えない」あるいは「リアル・アキュパンクチュアで治療効果は得られるがシヤム・アキュパンクチュアでもそれに近い効果が確認されてしまう」といったものになりがちで、それらスタディの結論としては、「鍼灸がプラセボであると断定は出来ないが否定も出来ない」が「何千年にも渡って人々に支持されてきたのだからおそらくそれなりのものではあるだろう」といったはなはだ曖昧なものにならざるをえない。あるいは、研究者によっては、この結果からすぐに「鍼灸はプラセボである」と結論づける者も後を絶たない。¹⁹

この結果は、鍼灸師の目から見れば、筆者自身も鍼灸師であるが、さもありませんというものである。このようなでスタディ・デザインで有意差が出るとは考え難い、というのが筆者を含めて多くの鍼灸師の偽らざる心境であろう。

というのも、事前に施術する経穴を特定してしまう、というところにまずそもそも無理がある。なぜなら、ひとくちに腰痛とってみてもその原因は様々で、筋の硬直から来る場合もあれば、脊椎の歪みが神経を圧迫して起る場合もある。また、機能の弱った内臓の反射痛という場合もありうる。あるいはそれらいくつかの要因の複合的な結果ということもあるだろう。それぞれのケースにより鍼灸師は最適な経穴をその都度選び施術するのが一般的である。さらに、選ぶべき経穴は、同じ患者でも日によって、あるいは施術中にも変化するのが普通である。

伝統的な鍼灸治療においては、術者は患者の気の流れを感得し、ある気が不足していれば（このような状態は「気が虚する」という）それを補い（「補する」という）、過剰であれば（このような状態は「気が実する」という）それを排除する（「瀉する」という）。つ

まり、患者の「気の虚实」に応じてそれを「補し」たり「瀉し」たりして気の流れを整えることによって健康を維持したり失われた健康を回復したりするのが鍼灸治療の基本的な概念であり、それを鍼を用いて実現するのが鍼灸治療の基本的なテクニックである。人体には常に「気の流れ」が存在し、それが滞ったり、不足したり、あるいは過剰になったときに人は病に陥る、と考えるのが東洋医学の基本である。そういった「気の流れ」は、施術中にも、補瀉される側の患者のものも補瀉する側の施術者自身のものも、どんどん変わりうるし、それに合わせて臨機応変に最適穴を選ぶことが出来るのが良い鍼灸師の条件であると言えるのだ。同一人物においてさえもそうなのだから、まして別の人物であればなおさらである。それゆえ、事前に経穴を固定してしまうと施術の実際からそのようダイナミックな文脈依存性が失われてしまうということにもなりかねないのだ。

また、「鍼を実際には刺入せずに体表にのみ軽く触れるに止める」というが、これは我々日本の鍼灸師にとっては「匙鍼」と呼ばれるひとつの立派な治療のテクニックである。だから匙鍼を施せばリアル・アキュパンクチュアに近い効果が得られるのは当たり前で、これではシャム・デザインにはなりえない。

以上述べたことより、鍼灸の臨床効果を、RCTを用いて評価する場合には次のような点に留意すべきであろう。

- ・対象となる被験者の症状をもっと細かく絞り込む

- ・その上で、全く治療効果の得られないシャム・アキュパンクチュアをリデザインする

そうはいつても、仮にこのような点に留意してスタディ・デザインを組んだとしても、やはり RTC で鍼灸の臨床効果を過不足なく評価することは難しいだろう。何故なら、施術の現場から、被験者と施術者の間の活発な間主観的なやり取りや、また人と病との間の重要な有機的連関を捨象してしまい、鍼灸治療において本質的に重要な様々な文脈依存性をも失わせてしまうだろうからだ。

それよりはむしろ、こういった有機的連関を保存したままで評価出来るような手法、例えば、ある施術を受けた被験者の集団を異なる条件下の集団と比較するような手法やフランスの統計学者ダニエル・シュワルツによって提唱されたようなプラグマティックなもの、あるいは病理学の分野で発達しているオプセルヴァトリス（観察主義的）な手法、といった評価法を援用する方がよりこれら CAM 的施術の評価には相応しいと言えるだろう。オプセルヴァトリスな評価法でも十分に科学的な検証に耐えうる結果は得られるのだ。^{20 21}

3. 科学的評価に耐えうる CAM とは

我が国では一般に東洋医学と呼称されることの多い伝統的な中国医学（Chinese traditional medicine, Médecine traditionnelle chinoise、以下本稿では東洋医学と呼ぶ）もまた陰陽五行説という二元論と還元主義——西欧近代科学のそれらとはいささか趣を異にする——に立脚しているが、それら東洋医学における二元論と還元主義においては、始め分けられていたものが最後には統合されてしまう。そしてその統合こそが東洋医学を裏打ちしている哲学（以下本稿においては東洋哲学と呼ぶ）に特有の分り難さの主因となっている曖昧さを引き込むことになるのだが、その統合こそが全体と部分とのあいだに紐帯を築き、言語化された世界とその向こうにある世界とを結びつけ、ひいては東洋医学にお

いて人と病を分けることなく両者をひとつの全体として扱うことを可能ならしめている。つまり、このことは、東洋医学とは近代西洋科学では扱うことの出来ない全体や価値といった問題を扱うことの出来る科学であるということの意味する。それゆえ、現在の我々にとって最も大きな脅威となっている生活習慣病に対しては東洋医学の方が、この意味において、近代西洋医学よりも有効であると言える。なぜなら、これらの疾病に対処するためには全体や価値といったものを扱わずに済ますことは出来ないからである。

ここに至り、1で掲げた議論は次のように発展させることが出来るだろう。

- 1) CAMの効果を正しく評価出来る評価法の確立
- 2) 生命の価値や全体性を扱うことの出来る科学の確立

1)の課題に対しては、日本の伝統的医療（Japanese traditional medicin, Médecine traditionnelle japonaise）の方が東洋医学よりも適している。そのことを示すため、ここでその代表例として「整体療法」を紹介したい。

日本には、国際的には殆ど知られていないが国内的には非常に良く知られた伝統的な治療法がある。それは東洋的な伝統療法ではあるが「気」の影響をあまり受けていないものである。²²

私見では、日本の伝統的医療法の多くは以下の三点をその特徴としている。第一に、按摩や指圧等に見られるようにマニュアルなテクニックを重要視すること。第二に、柔道に代表的に見られるように武道の一部として発達、発展してきたものが多いこと。第三に、東洋医学に較べて「気」の影響が少ないこと、この三点である。

それら日本の伝統的医療の中に一般に「整体」と呼ばれている療法がある。整とは整えること、調整することであり、体は身体を意味する。すなわち整体とは身体の歪みや不具合をマニュアルなテクニックによって調整する療法のことである。

「気」の存在は熟達した鍼灸師のような東洋医学に精通した者が感覚的に把握出来るものであって、一般の人が容易に目で見たり直接触れたりすることは出来ないものである。また、仮に熟達した施術者であっても、その感受性には個人差があるので再現性には乏しい。

一方、日本の伝統的医療としての「整体」は気の影響も少なく、また体の歪みという直接感知できるものをその療法の対象としている。それゆえ、人は容易にその治療による変異や効果を科学的に測ることが出来るだろう。この点において、整体は科学的研究の対象としては東洋医学よりもはるかにすぐれたものとも言えるだろう。

例えば、特に脊椎の歪みに着目しその矯正を主たる治療のテクニックとしている類の整体療法を科学的考察の対象とするならば、患者の脊椎の歪みをMRIやCTで記録しておき、治療のビフォー、アフターでその差分を測れば容易にその変化を測定することが出来るだろう。さらに、脊椎の歪みと特定疾患との間に強い相関関係を見いだすことが出来れば、さらなる一般化も可能と思われる。それが出来れば近代科学の枠組みの内部における整体理論の構築も可能となるだろう。

まずは近代科学の枠組みの内部でその正当性を示し、次いでその枠組みの中だけでは捉えきれない部分が整体治療にはあり、そしてそれこそが整体治療において本質的に重要な要素でありかつ東洋医学のひとつの（日本的な）発露であることを示すことが出来れば、

2) の課題にも議論を発展させてゆくことが出来る。前半部分は医学的な課題であり後半部分は哲学的な課題である。統合医療の研究にはこの双方の研究が是非とも必要である。²³

また、2) の課題に対しては、ジョルジュ・カンギレムの思想が大変に示唆的であるだろう。カンギレムは常に有機体を一つの全体として扱おうとする思考の確立を模索していた。彼によれば、有機体とはすなわち調節機能を備えたそれ自身の／で価値を創造しうる存在である。²⁴有機体の調節機能を扱う際には分析的ではないホリスティックな視点が要求される。カンギレム的な視点から東洋医療や日本の伝統的医療を捉えなおすことは、多様な文化的背景を持った種々の医療、医学を統合する哲学を構築する上で大いに役立つこととなるだろう。

4. 結語

無機的な世界においては、ネガティブ・フィードバック機構は存在しない。ただポジティブなフィードバックがあるだけだ。無機的な現象においては、ひとたびある現象が引き起こされると、それは物理的、化学的な法則に従い新たな平衡に達するまで止まらずに進む。そこは決定論に支配されている世界だ。初期条件さえ詳らかになれば誰でも容易に到達点を予測出来る。しかしながら、生体は決定論には支配されてはいない。生体はそれ自身の内部環境の調節機構を持つ。調節機構とは則ちそれ自身の有機的／生命的価値を生み出すものであり、そしてその機能の不具合こそが生活習慣病と呼ばれているものの実体にはかならない。

今日の医療が直面している問題群はその多くが価値（ヴァルール）や質（カリテ）に関わるものだ。それゆえ、それらの問題の解決には何故調節機構がその機能を失うのか、より本質的にはそもそもなぜ生体にはそのような機能が付与されているのかを説明しなければならない。しかしながら、現在の科学的医療も近代科学も価値の問題に対しては無力だ。それは近代科学がその確立の歴史的過程のどこかで自らの埒外に放擲してしまったものだからだ。

ホリスティックな医療との協同により現代の科学的とされる医療が統合医療の確立を企図するという事は、近代西洋科学の枠組みを超越しようとする事に他ならない。この視点を欠いたまま統合医療の研究を押し進めてもおそらく真の統合医療の確立には至らないであろう。というのも、科学研究というものは、科学そのものを成り立たせる枠組みへの不断の反省を抜きにしては本来成り立たないものであるはずだからだ。

〈参考文献〉

Alberts, Bruce et al.

Molecular biology of the cell, Garland Publishing Inc.: 5th revised edition, 2007

Bergson, Henri

Cours de morale, de métaphysique et d'histoire de la philosophie moderne de 1892-1893 au lycée Henri-IV, Sous la direction de Sylvain Matton, Arche Milan, 2008

Braunstein, Jean-François

Canguilhem Histoire des sciences politique du vivant, PUF, 2007

L'histoire des sciences, Vrin, 2008

Canguilhem, Georges

Le normal et le pathologique, PUF, 1966 [ジョルジュ・カンギレム『正常と病理』滝沢武久訳、法政大学出版局、1987]

La connaissance de la vie, Vrin, 2000 [ジョルジュ・カンギレム『生命の認識』杉山吉弘訳、法政大学出版局、2002]

Ecrit sur la médecine, Seuil, 1970

Debru, Claude

Georges Canguilhem, science et non-science, Rue d'Ulm, 2004

Lecourt, Dominique

Georges Canguilhem, PUF, 2008

『図説 東洋医学 基礎編』学習研究者、1979

『東洋医学概論』医道の日本社、2002

『経絡経穴概論』医道の日本社、2002

〈注〉

* 筆者は神戸大学大学院医学研究科病態病理学教室の博士課程に在籍しているが、同時に大阪にて家族と共に整体の治療所も営んでいる。2009-2010 フランス大学年度、国費留学生（コレージュ・ドクトラル・フランコ＝ジャポネ、日仏共同博士課程）に選ばれ、パリ第1大学パンテオン・ソルボンヌ哲学科に派遣された。パリ大学においては、コレージュ・ド・フランス哲学科生物学及び医学の哲学講座教授アンヌ・ファゴール＝ラルジュオール、パリ第1大学ソルボンヌ哲学科教授ジャン＝フランソワ・ブロンシュタインの指導のもと、近年大きな盛り上がりを見せつつある統合医療とその潮流をさらに進めてゆく上での課題、とりわけ最も重要な研究課題の一つとも言える補完代替医療（CAM）における科学的評価の研究を行った。また、日仏共同博士過程における取り決めにより、ホーム大学（神戸大学）の博士課程に在籍する間はホスト大学（パリ第1大学）での指導も継続する。

¹ NCCAMによるCAMの定義は次のようなものである。NCCAMのホームページ参照。：
<http://nccam.nih.gov/>

CAM is a group of diverse medical and health care systems, practices, and products that are not generally considered to be a part of conventional medicine. While scientific evidence exists regarding some CAM therapies, for most there are key questions that are yet to be answered through well-designed scientific studies—questions such as whether these therapies are safe and whether they work for the purpose for which they are used.

また、NCCAMはCAMの各種療法を次のように分類している。

①Natural products、例)ハーブ類やビタミン、鉱物等の各種サプリメント、②Mind-body medicine、例)メディテーション、ヨガ、鍼灸等、③Manipulative and body-based practices、例)カイロプラクティックやオステオパシー等の米国起原の手技療法や按摩、指圧、マッサージを含む筋や腱、関節等を調整する手技療法全般。日本の整体療法もこのカテゴリーに含まれるだろう。④Other CAM practices、例)アレクサンダー・テクニクやピラティスのような各種運動療法。各地方、民族、部族に伝わる民間療法。気功や靈気のようなエネルギー療法と呼ばれるもの。東洋医学やアーユル・ヴェーダのような西洋医学とは異なる体系を持つ医学、等。

² David M. Eisenberg, Ronald C. Kessler, Cindy Foster, Frances E. Norlock, David R. Calkins, and Thomas L. Delbanco: Unconventional Medicine in the United States – Prevalence, Costs, and Patterns of Use. *New England Journal of Medicine*, 1993,

328:246-252

- ³ NCCAM のホームページ参照。 <http://nccam.nih.gov/>
- ⁴ Harvard Medical School Osher Institute, Columbia Medical School Rosenthal Center, Stanford Hospital & Clinics, UCSF Osher Center の各ホームページ参照。
<http://www.osher.hms.harvard.edu/>, <http://www.rosenthal.hs.columbia.edu/>,
http://healthlibrary.stanford.edu/resources/treatment/treatment_cam.html,
<http://www.osher.ucsf.edu/about/integrativemed.html>
- ⁵ Lewith GT, Bensousan A: Complementary and alternative medicine – with a difference: Understanding change in the 21st century will help us in the CAM debate. *Medical Journal of Australia* 2004, 180:585-586
- ⁶ Black N : Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *British Medical Journal* 1996, 312:1215-1218
- ⁷ Keptchuck TJ: The double-blind randomized controlled trial: Gold standard or golden calf ? *Journal of Clinical Epidemiology* 2001, 54:541-549
- ⁸ Anne Fagot-Largeault: Enquête sur la notion de qualité de la vie. *Médecine et philosophie*, Paris, PUF, 2010, 197-226
- ⁹ Therapy Conferances on: How to evaluate a new drug. *American Journal of Medicine* 1954, 17:722-727
- ¹⁰ Ted J Kaptchuk: Powerful placebo: the dark side of the randomised controlled trial. *Lancet* 1998, 351:1722-1725
- ¹¹ 倫理的な理由からグループ 3 は一般的には設けられない。
- ¹² Charlotte Paterson, Paul Dieppe: Characteristic and incidental (placebo) effects in complex intervention such as acupuncture. *British Medical Journal* 2005, 330 :1202-1205
- ¹³ Skovlund E, Fyllingen G, Landre H, Nesheim BI: Comparison of postpartum pain treatments using a sequential trial design 1: paracetamol versus placebo. *European Journal of Clinical Pharmacology* 1991, 40:343-347
- ¹⁴ Su Mason, Philip Tovey, Andrew F Long: Evaluating complementary medicine : methodological challenge of randomized controlled trials. *British Medical Journal* 2002, 325:832-834
- ¹⁵ Hans-Christoph Diener, Kai Kronfeld, Gabriele Boewing, Margritta Lugenhausen, Christoph Maier, Albrecht Molsberger, Martin Tegenthoff, Hans-Joachim Trampisch, Michael Zenz, Rolf Meinert: Efficacy of acupuncture for the prophylaxis of migraine: a multicentre randomised controlled clinical trial. *Lancet neurol* 2006, 5:310-316
- ¹⁶ Cherkin DC, Eisenberg D, Sherman KJ, Barlow W, Keptchuck TJ, Street J, Deyo RA: Randomized trial comparing traditional Chinese medical acupuncture, therapeutic massage, and self-care education for chronic low back pain. *Archive of Internal Medicine* 2001, 161:1081-1088
- ¹⁷ Kalauokalani D, Cherkin DC, Sherman KJ, Koepsell TD, Deyo RA: Lessons from a trial of acupuncture and massage for low back pain. *Spine* 2001, 26:1418-1424
- ¹⁸ グループ 3 は設けられない場合が多い。
- ¹⁹ Jeanette Ezzo, Brian Berman, Victoria A. Hadhazy, Alejandro R. Jadad, Lixing Lao, Betsy B. Singh: Is acupuncture effective for the treatment of chronic pain? A systematic review. *Pain* 2000, 86:217-225
- ²⁰ Corina Güthlin, Oliver Lange1, Harald Walach: Measuring the effects of acupuncture and homoeopathy in general practice: An uncontrolled prospective documentation approach. *BMC Public Health* 2004, 4:6
- ²¹ Benson K, Hartz AJ: A comparison of observational studies and randomized controlled trials. *New England Journal of Medicine* 2000, 342:1878-1886
- ²² 東洋哲学においては、「気」は宇宙を統べる根本原理とされる。「気」は全宇宙に遍く存在する実体であり常に流転して世界を成り立たせている原理である。太初、根源的一者として始まった世界に陰陽の二気が生まれ、陽の気が天に、陰の気が地になったとされる。そこから五つの元素（木火土金水）が生じ万物が生まれたとする。これを「陰陽五行説」

という。「気」は物理的な実体ではなくある種のエネルギーのようなものであり、「気」の物理的表現形式が五元素であるとする。つまり、東洋哲学においては、エネルギーと物質は互いに等価なものであるということになる。世界は陰陽の二つに分けられるのでこれは一種の二元論であるが、その弁別は完全なものではなく互いに相補的、補完的かつ可換的なものである。五元素も互いに相補的、補完的なもので、ひとつの元素が永遠にその元素であり続けるということではなく、互いに補完、対立しつつ、万物は流転しながら世界を構成する。このように「陰陽五行説」は二元論であり、還元主義的であるが、始めに導入された区別はいずれ解消される。東洋医学も理論的には東洋哲学と矛盾しない。東洋医学の理論は東洋哲学の中に包摂されるからである。そこでは、宇宙の根本原理たる「気」によって人の身体もまた成り立たされているとする。「気」は人体を経巡り人を人たらしめる一方で、かつ人と世界とを結びつけるメディアでもある。「気」は人体の中を一定の秩序を保ちつつ流れており、この流れが阻害されると病気になると考えられている。

²³ 筆者は日本の鍼灸師であり大学の医学研究科で病理学を学ぶ者であると同時にまた整体の療法士（プラティシアン）でもある。それゆえ、この治療のことについては熟知している。可能であればパリ大学医学部のスタッフの協力を仰ぎ筆者自身でこの課題に取り組みたいと考えている。

²⁴ 参考文献参照のこと。