



Title	超高齢社会における、持続可能な健康長寿社会を目指して
Author(s)	伊藤, 壽記
Citation	makoto. 2020, 192, p. 2-11
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/85505
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

超高齢社会における、 持続可能な健康長寿社会を目指して

公益財団法人 大阪府保健医療財団 大阪がん循環器病予防センター 所 長
一般社団法人 日本統合医療学会 理事長
伊 藤 壽 記

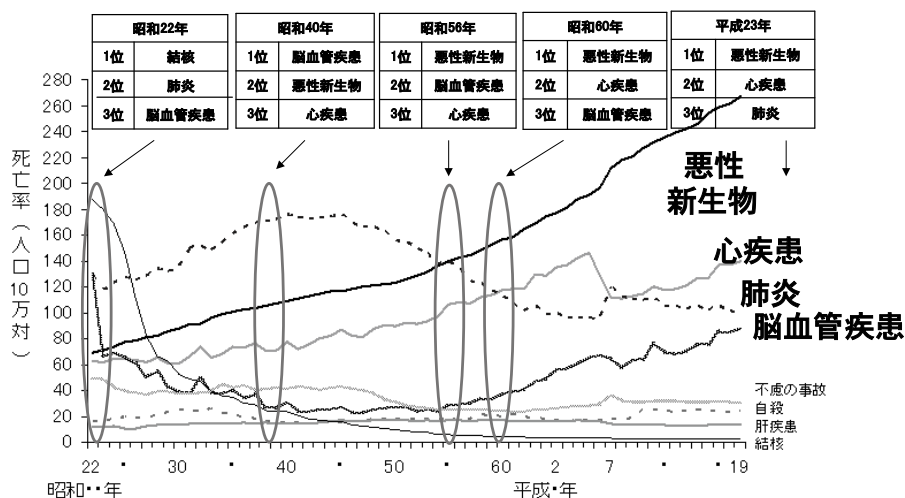
超高齢社会を迎えて

近年、医学・医療の目覚ましい進歩により、各種病態に対する診断技術や治療成績の向上が認められる。その結果、急性疾患はよく制御されるようになり、疾病構造は急性疾患から慢性疾患へとシフトしている。そうした疾病のほとんどはがんを始めとする、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満症などの生活習慣病である。死因別に見た疾病の推移をみると、戦後すぐは結核などの感染症が上位を占め、昭和40年には脳血管疾患（主に、脳出血）が1位となり、昭和56年からは悪性新生物、すなわちがんが1位となり以後右肩上がりで増加している（図1）。さらに、最近の注目する事象として、肺炎が3位となっており、高齢者人口の急速な増加を反映していると考えられる。こうした変化は、我々を取り巻く生活環境の整備と相まって、我が国はまさに超高齢社会（65歳以上の高齢者人口が全体の21%以上）に突入している（図2）。ち

なみに2019年9月15日の時点で、高齢者人口は3,588万人（28.4%）であり、内男女別では、男性が25.4%、女性が31.3%を占めている。また、6.8人に1人がいわゆる後期高齢者（75歳以上）と言われている。こうした背景には、平均寿命の延伸があり、2019年の統計では男性が81.25歳（世界3位）、女性（同第2位）が87.32歳であり、世界の最長寿国である（図3）。以上のような背景から、医療費は年々高騰を続けており（図4）、このままでは、わが国の誇りとする国民皆保険制度の破綻が危ぶまれる。

ここで、最近、健康寿命という概念が登場した。これは2010年の厚生労働科学研究費「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」の中で検討され、健康寿命とは「予防によって、病気に罹らずに健やかにすごせる期間」となっており、2016年の報告では男性で72.14歳、女性では74.79歳と各々平均寿命（2019年）との間で9.11年、

図1. 死因別死亡率の推移



厚生労働省：平成19年人口動態統計月報年計より

図2. 日本人口の年齢分布

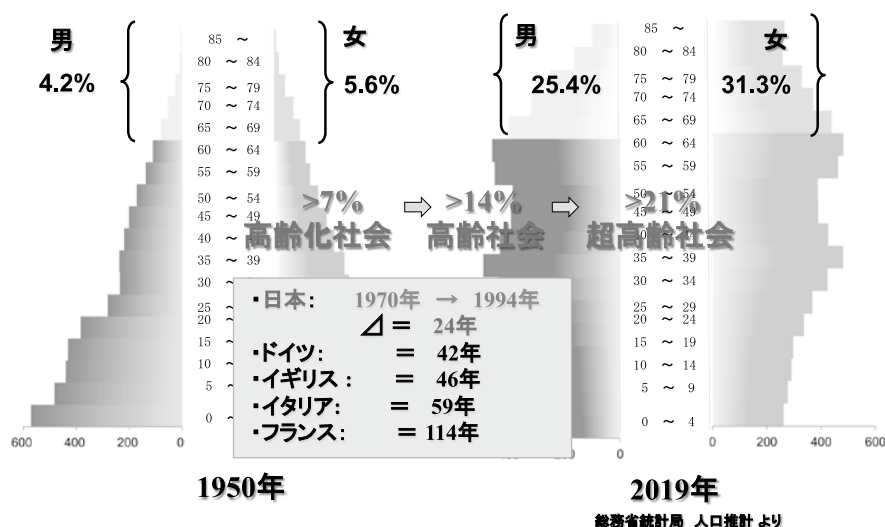
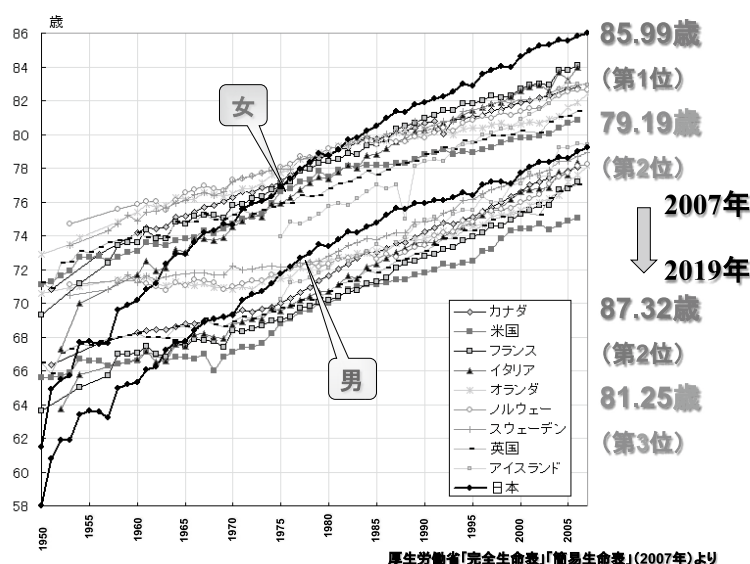


図3. 主要先進国の平均寿命推移



12.53年の差異がみられる。この差異は2010年以降やや改善しているが、依然として大きく、今後の医療によってさらなる短縮が期待されるところである。

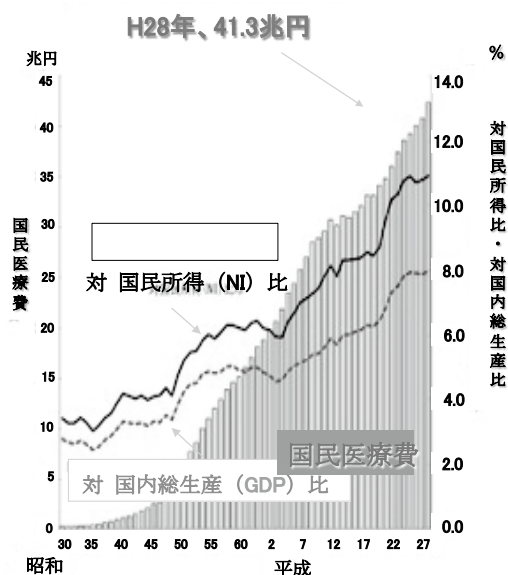
一方、患者の疾病に対する意識構造にも変化がみられる。ITなどによる情報の急速な普及により、予防医学や健康への関心度が増し、治療選択時の自己決定意識の向上がみられる。すなわち、患者の行動意識は“受動”から“能動”へと変化し、患者は価値判断の基準として生活の質（QOL; Quality of Life）を重視した医療を求めている。患者は我国の医

療における診断・治療技術の優位性は認めるものの、医療に対する満足度は決して高くないという現実がある¹⁾。近年、患者は個々人の生き様、即ち、QOLを第一義的に考え、その観点から医療の質の向上を求め、さらには費用対効果の高い医療を望んでいる。

補完代替医療から統合医療へ

こうした動きを背景にして、1990年頃から欧米では補完代替医療（CAM; Complementary & Alternative Medicine、通常“カム”と呼ばれる）という領域が出現した。CAMは「通

図4. 国民医療費の年次推移
対国民所得(NI)比および対国内総生産(GNP)比



常の医療の領域外の治療法でまだ科学的にその効果（科学的根拠：エビデンス）が証明されていないもの」と定義されており、1）手技療法と身体技法（*Manipulative & Body-based Practice*）：マッサージ、カイロプラクティック、リフレクソロジー、鍼灸など、2）心身医療（*Mind-Body Medicine*）：ヨーガ、瞑想、心理・精神療法、芸術療法、音楽療法など、3）独自の理論体系を持つ医療（*Whole Medical System*）：アーユルベダー、中国伝統医学、ホメオパシーなど、4）エネルギー

療法（*Energy Medicine*）：気功、レイキ、電磁療法などのほか、最も多用されているものとして、5）生物学的療法（*Biologically Based Practices*）：ハーブ、サプリメント、特殊食品に代表されるものがある（図5）。そこで、CAMに共通する要因としては、以下のような項目を挙げることができる。

- ①予防こそが最善の医療であるという考え方で、疾病の予防がCAMにおける究極の目的であること。
- ②現行の医療も基本的には同じであるが、自然治癒力を引き出そうとすること。
- ③現行の医療が専門医による部分的医療であるに対して、全人的医療であること。
- ④副作用や医療事故が少なく、安全が第一の治療であること。
- ⑤利用者（患者）が積極的にかかわりを持つ（参加できる）医療であること。

先ず、CAMが注目されたのは、ハーバード大学が一般成人を対象として、1992年CAMの利用率を調査した所、実に33.8%、約6,000万人の方が何らかのCAMを使用していることが判明したことに端を発する²⁾。そして、CAM userとしては女性や比較的教育レベルの高い方が多く、またそのツールとして西洋ハーブ、カイロ、マッサージなどが多用されていた。5年後、ハーバードグループにより再調査が行われ、その利用者が42.1%、8300万人と

図5. 補完代替医療の定義と分類

…通常の医療の領域外の治療法でまだ科学的にその効果が証明されていないもの。

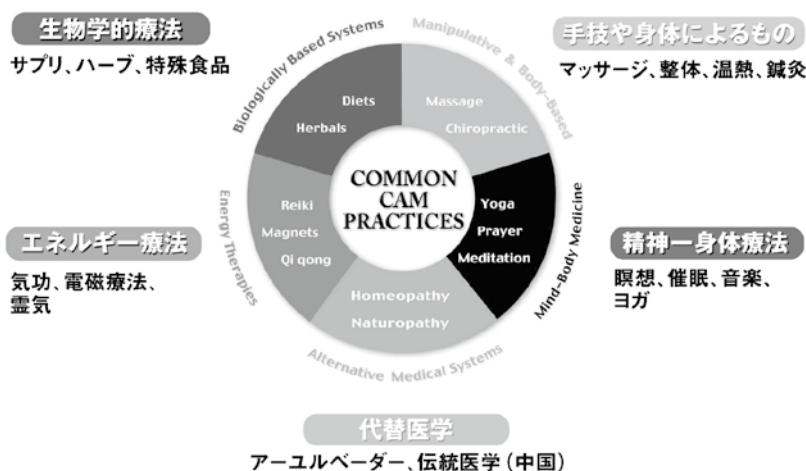


図6. NCCAM (National Center for CAM)

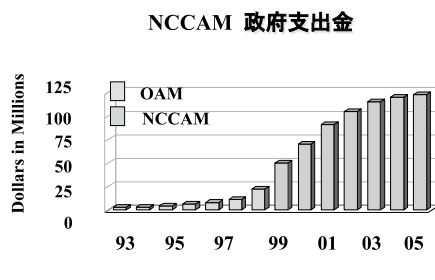
米国国立衛生研究所

・1992年、米国政府はHarvard大学のCAMに関する報告を受けて、NIH (米国国立衛生研究所) に代替医療事務局 (OAM: Office of Alternative Medicine) をつくり、調査を命じた。予算は年200万ドル。

・1998年、OAMがNCCAMに昇格。予算は年2000万ドル。2005年には1億2,110万ドル (NIHのCAM関連全予算の38%)。

将来の医療費削減のための先行投資

・最近の5ヶ年 (2001-2005) 戦略計画では、CAMと通常の医療とを包括した「統合医療」の推進を謳っている。



Yr

さらに増加していることが確認されたことより、米国政府はCAMに対して本腰を入れるようになる³⁾。

ハーバード大学の報告を受けて、米国政府は1992年、NIH (National Institute of Health ; 米国国立衛生研究所) の中に代替医療事務局 (OAM ; Office of Alternative Medicine) を設置して、更なる調査を命じた。当初の予算は年間200万ドルであった。その後、CAMの需要が確実に増えてきている点に鑑み、1998年、OAMはNCCAM (National Center of CAM) に昇格し、予算も年間2,000万ドルとなった。その後、予算は右肩上がりに増加し、2005年には1億2,110万ドルとなっている (図6)。この経費の3/4以上は臨床研究に投じられており、対象領域も生活習慣病全般に加え多岐に亘っている。こうした莫大な予算の計上は将来の医療費削減に対する先行投資と位置付けられている。

さらに、近年、CAMを現代西洋医療と有機的に融合させた、理想的な全人的医療体系としての統合医療 (Integrative or Integrated Medicine) という概念が提唱されている⁴⁾。

一般的に、統合医療とは近代西洋医学に欠如しつつあると言われた全人的要素を加味し、それにエビデンスに担保されたCAMを有機

的に融合させたものと考えられている。しかし、筆者らはいろいろな統合の組み合わせがあっても良いと考える。すなわち、“こころ”と“からだ”との統合であり、“西洋医学”と“東洋医学”との統合でもあり、また“先端医療”と“伝統医療”との統合でもある。さらには、もっと広く、“心身に対する医療”と“環境も考慮した医療”との統合でもありとえられる (図7)。

また、統合医療が目指すベクトルの方向は予防医療 (医学) に向いている。この領域は、一般社会におられる、メタボリック症候群などの生活習慣病予備群の方々やがん治療から克服して社会復帰されているがんサバイバーや、今後間違いなく増加するであろう認知機能の低下しつつある高齢者などが対象とな

図7. 統合医療のパターン

$$F(x) = \int \text{ (“こころ” + “からだ”) } dx$$

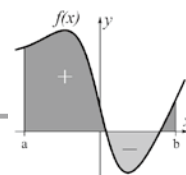
“心身一如”全人的医療

$$F(x) = \int \text{ (西洋医学 + 東洋医学) } dx$$

$$F(x) = \int \text{ (未来医療 + 伝統医療) } dx$$

$$F(x) = \int \text{ (心身に対する医療 + 環境を考慮した医療) } dx$$

↓
五感に関わる医療



る。これらの多くは現行の医療の領域外（保険でカバーされない）であり、ここに医療の手を差し伸べていかなければ、実質的な医療費の削減へと繋がらないと考える。

2014年末、**NCCAM**の名称が変更された。即ち、CAMの中でAlternativeがなくなり、その代わりIntegrativeとなり、MedicineからHealthとなり、**NCCIH** (National Center for Complementary & Integrative Health) となって新たなスタートを切った。こうした変化は医療の中で補完(Complementary)的な枠組みを拡げるとともに、現行の医療と統合(Integrative)させ、しかも医療・医学(Medicine)の領域から予防医療を含む、もっと広い領域(Health)に展開しようという意図がみえる。

近代西洋医学の落とし穴

こうした流れの一方で、今日の近代西洋医学はますます細分化され専門化されており、その結果、全体像がみえない、いわゆる“木を見て森を見ず”の状況が懸念される。また、慢性疾患を有する患者は複数の診療科に掛かっていることが多く、責任が分散し各診療科どうしの連携が悪くなっている点が指摘されている。特に、心の問題がおろそかにされているとも言われている。こうした状況が悪循環に入っていくと、最終的には医療不信へと陥ることになる。

疾病構造の変遷に話を戻すと、戦後すぐの状況下で死亡原因の上位を占めていた、肺炎や結核などの感染症や栄養障害は、各々の原因が除かれれば疾病が治るといった**単純系**であったのに対して、昨今の生活習慣病は、身体的要因のみならず、環境的、心理的、社会的、経済的要因などが複雑に絡まりあう**複雑系**である。従って、ひとつの要因だけを除いても、疾病は改善することなく、現行の医療体系では自ずと限界がある。また、こうした慢性疾患に対して行われる現行医療はその多くが対症療法であり、根治療法ではない。かつて、患者は降圧剤や血糖降下剤の投与を受け、血圧が下がり、血糖が下がって病気が治ったものと安心(錯覚)していたが、服用を止めると症状が再燃することから一生服薬を続けな

ければならないことに気付くことになる。すなわち、生活習慣病は基本的には治らない訳で、食事、運動、睡眠について好ましくないライフスタイル(生活習慣)を根本的に改善しない限り、薬剤を減らしたり止めることはできない。患者にとって、こうした気付きは毎日の生活を送っている中では、多少意識していたとしてもほとんどは放置してしまうことになる。

東日本大震災がもたらしたもの

ここで、統合医療にとって、一つの大きな転機となったのは、2011年3月11日に起こった東日本大震災であった。これは1995年の阪神淡路大震災と全く様相を異にしていた。外傷者はほとんどなく、あったとしても津波で命を失った。被害が広域に亘っていて、かつ医療過疎の高齢者社会を直撃したものであり、慢性疾患を有する多くの高齢者が取り残された。さらに、我々がかつてこれまで経験したことのない、津波や目に見えない原発事故が究極のストレス状態をもたらした。慢性疾患を有する多くの高齢者は薬がしばらく届かず、体調が悪化した。しかし、しばらくして薬剤が届いても一向に症状の改善はみられず、さらに不安をあおる結果となった。このように交感神経系に過度な緊張が起こると全く薬剤が効かないことが示され、またライフラインが断たれると現行の医療が機能しないことも判明し、近代西洋医学万能説が覆ったとも言われた。そうした中で、鍼灸、漢方、アロマセラピー、ヨーガや心のケアの各チームが現地入りし、直接、肌と肌を触れ合うことにより、交感神経の緊張が徐々にほぐれていき、しばらくして薬剤の効果が認められるようになったことより、統合医療的なアプローチの重要性がクローズアップした。ここからだはまさに一体(心身一如)なのだということが再認識された訳である。

その後、この大震災の経験は個々人の価値観や人生観に変容をもたらし、自分の健康は自分で管理しようという**セルフケア**の意識が芽生えた。また、エネルギーを使わなくても対応できる**エコロジー**の必要性も叫ばれた。

さらに、諸々のストレス下におかれた慢性疾患を有する、特に高齢者に対しては、**心身医療**の重要性が浮上した。

政府もこうした状況を受けて、統合医療に対して本腰を入れることになり、2012年3月から1年にわたって、厚生労働省の呼びかけで、「**統合医療**」のあり方に関する検討会が計5回開催された⁵⁾。国主導で一般公開の下、統合医療を真っ向から取り上げ、統合医療とは何か、またその位置付けについて議論したという意味で意義のあるものとなった。ここでは統合医療を、「近代西洋医学を前提として、これにCAMや伝統医学等を組み合わせる更にQOLを向上させる医療であり、医師主導で行うものであって、場合により多職種が協働して行うもの」と位置付けている。しかし、この検討会では、最後に、そもそも医療とは誰のためのものであり、今後の医療はどうあるべきかといった本質論に至ったことは興味深い。そして、これを受けて、現在、統合医療に関する正しい情報をデータベース化して国民に正しく発信していくプロジェクトが始まっている。この情報は現在も継続して行われており、国立研究開発法人 国立長寿研究センターのホームページの「統合医療」情報発信サイトに掲載されている。

また、公的な研究助成は2015年から、各省庁からの縦割りで行われていた研究費が一括して、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED；Japan Agency for Medical Research and Development）が管轄することとなった。AMEDの下で統合医療というカテゴリーが設けられ、統合医療に関する研究費が一気に10倍に跳ね上がった。そして、この新しい枠組みの中で、統合医療に関する臨床研究を推し進め、その結果をエビデンスレベルに基づいて医療の現場に還元していくことが求められている。

さらに、2016年2月、厚生労働省医政局に統合医療に関する窓口となる統合医療企画調整室が開設されたことは注目に値する。

2025年問題

作家の堺屋太一氏が1976年に出版した“団

塊の世代”（1947（S.22）～1949（S.24）年頃に生まれた第一次ベビーブーム世代、約680万人）は、同世代の人々がリタイア後の高齢化に係る様々な問題を予測した近未来小説であり、当時100万部を売り上げるベストセラーとなった。この小説はその中で将来来るであろう、年金や医療などの社会保障制度危機を取り上げており、高齢者の介護・医療に対する先駆的な存在となった。

近年、本邦では、急速に増加する高齢者の一般病院への長期入院が問題視されており、一方では介護を必要とする高齢者の長期療養する場としての体制が十分ではないといった背景から、2000年に介護保険法が実施された。

2003年、高齢者介護研究会（厚労省老健局長の私的研究会）は、いわゆる団塊の世代が2015年には全員65歳以上になり、介護を受ける頻度が増加するとの観点から、求められる高齢者介護について報告書（『2015年の高齢者介護』）を提出した。この中で、医療、介護、生活支援等を連携させた“**地域包括ケアシステム**”の概念が政策方針として提言された。ここで、地域包括ケアとは、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることが出来るように、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されことを意味する。

2014年6月には、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備などに関する法律、すなわち医療介護総合確保推進法が公布された。医療法関係は同年10月以降に、また介護保険法関係は2015年4月以降に順次施行となった。

その後の介護保険制度改正により、「地域包括支援センター」が制度化され、介護療養病床の廃止に対応するための「地域ケア整備指針」の策定が義務付けられた。こうした政策により、地域包括ケアシステム構築への政策方針が具体化していった。

さて、その後の平均寿命の延伸とともに、この団塊の世代の人々が、2025年にはすべて75歳以上（後期高齢者）となり、医療や介護に係る社会保障費がさらに増大し、それらに対する政策のさらなる転換が迫られることに

なり、2025年問題と言われる所以である。

キューバのプライマリーケアから学ぶもの

さて、日本統合医療学会では以前から、キューバの医療システムに注目してきた。キューバでは、1984年、導入されたファミリードクター（家庭医）制度のもと、医療はフリーアクセスであったが、1991年にこれまで支援を受けていたソビエト連邦が崩壊すると、これまでにない経済衰退と深刻な物資不足により国家存亡の危機に陥った。キューバ政府は医療関係者を世界に派遣し、今後の医療体制をどうするか情報収集を行った。その結果、急性期中心の医療から予防医療と健康増進へと軸足を向けることになった。そこで、プライマリーケアや日常の予防医療に重点を置き、さらにはエコ医療としての伝統自然医療（TRM）に注目し、持続可能な医療システムの構築を目指した。

その結果、キューバは平均寿命が78歳と先進国なみで、乳児死亡率は4.6とアメリカの6.6を下回っている。社会主義のキューバとは医療制度が異なるため、一概に比較はできないが、一人当たりの医療費は日本の1/3、アメリカの約1/8である（図8）。

さて、キューバの医療は整然としたピラミッド型のヘルスケアシステムである（図9）。

その根底にはコンサルトリオというコミュニティの診療所があり、スタッフはドクター1名とナースが1名だけであり、この2名で600-800人（120-180家族）の住人の健康管理のみならず公衆衛生的な啓発を行い地域に根差した予防医療を担っている。コンサルトリオで対応が難しい場合には、診断機器やちょっとした手術室も備えたポリクリニカ（地区総合診療所）に送られる。ここには15人ほどのドクターが常置していて、医療の中心的な役割を担っている。ほとんどの疾病はこのポリクリニカで対応されるが、住民の健康管理、医学生の実習、家庭医の卒後教育、などの対応病院として機能している。さらに、キューバでよく遭遇するハリケーンなどの自然災害時には、すぐに対応できるように

ポリクリニカ単位で常に訓練されている。なお、キューバでは、スペイン植民地時代から、薬草、ホメオパシー、温熱療法、鍼灸、気功やタラソテラピーといったTRMを積極的に取り入れており、これらを国策として取り組んでいる。WHOによれば、こうしたTRMやCAMにおける臨床、教育、研究のすべてに国家予算を投じ、近代西洋医学とともに統合医療を展開しているのはキューバだけであると説明している。さらにポリクリニカで手におえない場合には、上位の市町村や州の病院あるいは大学病院などの高次機能病院（医科大学は24校）に送られる。キューバでは医療費はすべて無料であるが、日本のようにちょっとした疾病では総合病院には行けない仕組みになっている。また、キューバは亜熱帯に区分され、特有の感染症多発地域であることもあって、バイオの技術が大変進んでいて、多くのワクチンや医薬品を製造しており、南米、アフリカへ向けてラテンアメリカ最大の医薬品輸出国である。

以上のように、キューバはプライマリーケアの先進国であることに加えて、災害国でもあり災害医療に力を入れている。キューバはハリケーンの銀座通りといわれるように、毎年、相当の被害を被っているが、人的被害は最小限にとどまる。これは常に、定期的な災害訓練を行い有事に備えていることと、住民一人一人の災害に対する意識が高く、さらに各コミュニティに家庭医がいて迅速に対応することがその理由として挙げられる。こうした経験を生かして、キューバは海外での有事の際にはチームとして派遣する災害医療をビジネスとして展開している。

以上のように、キューバと日本は高齢社会であることと災害国であるという、共通の課題を保有している点から、2017年7月に生体エネルギー自然療法学会（BIONAT）と日本統合医療学会との間で学術交流のための調印式を行い、続いて東京と京都で第1回の日玖統合医療シンポジウムを開催した。2018年は3年に一度のBIONATの学術大会がハバナで9月に開催され、日本の学会員が参加して日本の統合医療の状況を紹介した。

図8. キューバの医療事情



- ・人口は1,130万人、国土は本州の約半分
- ・乳児死亡率:4.7(アメリカ;6.6、日本;2.6)
- ・平均寿命:78歳と先進国並み
- ・医療費:無料
- ・医師数(1,000人当たり):6.4
(アメリカ;2.43、日本;2.17)



国 名	平等性		効率性		医療費(ドル/人)	
	医療水準	総合評価	医療水準	総合評価		
日 本	1	1	9	10	13	(3268)
米 国	24	15	72	37 *	1	(8937)
英 国	14	9	24	18	26	*
キューバ	33	40	40	40 *	118	(1283)

1/8

出典:WHO, The world health report-health system: Improving performance, 2000より作成

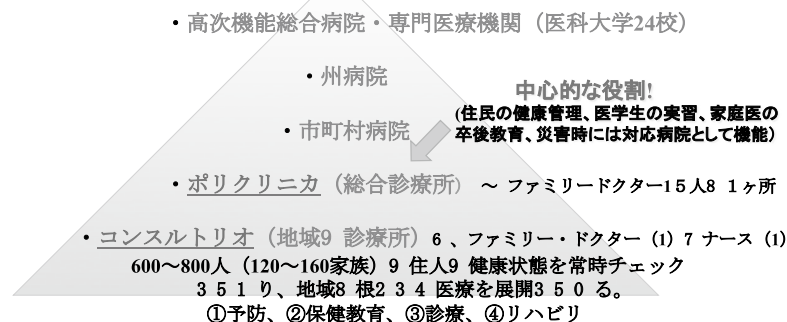
* 少ない医療費で* 同等の医療水準



図9. キューバの医療事情

ピラミッド型9 治療（ヘルス）システム

1984年以降、家庭医「ファミリー・ドクター」制度が導入された。
医療はフリーアクセス



今後、我が国が2025年問題にむけて、理想的な地域包括ケアシステムを展開していくにあたり、キューバのプライマリケアシステムが大いに参考になると思われる。

これからの医療が変わろうとしている！ これからの医療はいかにあるべきか？

現行の医療体系の中において、生活習慣病における病態は各種要因が相互に関連する複雑系であり、近代西洋医学だけでは自ずと限界があることは既に述べた。われわれはこれまで、現行の西洋医療（保険医療）では対応できない、あるいは一部が可能であっても、効果が期待できない病態に対して、複数のCAMを組み合わせた統合医療的アプローチ

を駆使した臨床試験を大阪大学医学部付属病院にて進めてきた。一例を挙げると、2005年4月に起こったJR福知山線脱線事故での被災者を対象とした臨床試験であり、9年前から始め、2015年で一応終了した。その間、三次研究までを実施した。試験を始めた2011年当時、被災者の方々は、症状はすでに固定していたが、多くの方は心的外傷後ストレス障害（PTSD）を合併しており、かつ身体的症状も含め、さまざまな後遺障害を有していた。第一次研究では、CAMのツールとして、精神科医や臨床心理士によるカウンセリング、鍼灸師により鍼治療、セラピストによるアロマセラピーを導入し、これらが安全に実施できるかどうかを検討したところ、臨床実施期間であ

る2ヶ月半の間（週1回を10回）、全員が有害事象なく参加する事が可能であった⁶⁾。第二次研究ではさらに、PTSDに対する介入と位置づけ、鍼灸、アロマに加えてヨガ療法を新たに導入した。ヨガにおける瞑想の効果がみられた。また、心身の痛みに対しては鍼灸の通電により効果がみられたこと、またアロマではPTSDを有する被災者では自律神経機能がトータルに低下しており、副交感神経系のみならず交感神経系を賦活する必要があることを見出した⁷⁾。第三次研究ではその効果を客観的に検証すべく、脳波検査を前後で実施し、脳内電流密度源（CDS）の分布を三次元画像に表示する、新たなソフト（LORETA）による解析を行った。その結果、瞑想により安静閉眼時脳波において、左下頭頂葉（IPL）のガンマ帯域のCSDの有意な上昇がみとめられ、ものごとを客観視する能力が培われるのではないかと考えられた⁸⁾。臨床試験終了後もフォローしているが、介入が終了するとまたもとの状態に戻っていくことがみられ、日々のセルフケア実施の重要性が示唆された。こうした経験を踏まえ、われわれはその後、難治性の慢性疼痛を有する線維筋痛症に対する、統合医療的アプローチによる臨床試験を開始した。

以上のように、現行の医療では保険の縛りもあり、対応できない病態、すなわち、前述したような、PTSD、メタボ、ロコモ、さらには認知機能低下など多く存在する。

ところで、昨年末から、想定外の新たな感染症、新型コロナウイルス（Covid-19）が出現した。中国武漢市に端を発し、あっという間に世界に拡散しパンデミックを引き起こした。我が国も例にもれず、4月16日に緊急事態宣言がなされ、その後解除されたが、現在、第2波によると思われる感染者の急速な増加が認められている。本ウイルスは我々人類がこれまでに曝されたことのない新たな感染病原体であり、我々の生体は防御免疫を有していない。感染ルートは主に飛沫ならびにエアロゾルの吸入によるもので、標的臓器は肺であり、重症例では間質性肺炎による呼吸不全が命取りになる。しかしながら、一方で80%

と多くは軽症から不顕性までであるが、感染力が強い特徴がある。多くの報告から、高齢者や喫煙者、糖尿病などの基礎疾患を有する方が犠牲になっているとされる。ワクチンならびに特異的な治療法のない現状では、感染予防と自己の基礎免疫能を引き上げることが肝要である。特に、後者は感染を受けても水際のところで、自然免疫による防御能を発揮させようとするものである。ここでは、我々の生体が保有する自然治癒力を引き出すとされる、種々の統合医療的なアプローチによる効果が期待されるところである。

さて、20世紀は単純系の疾患に対する、Cureを目指した「病院完結型」の医療であった。しかし、21世紀に入って疾病構造が複雑系に変化し、Careを目指した「地域完結型」医療へとパラダイムシフトしている（図10）。そこで、新たな医療体系の構築が必要である。統合医療は現行の医療とCAMを融合させた、これからの医療の方向性を示す一つの医療体系と考えられている。統合医療の実施にあたり、医師主導ではあるが、多種職の医療プロフェッショナルと協同し、全人的かつ集学的なチーム医療体制で疾病に対応しようとする医療モデルと地域のコミュニティーが主体となってQOLの向上を目的とした社会モデルとの両面で検討し、その上で相互に連携した新たなコンソーシアムの創生が必要となる（図11）。

最後に、我々は欧米の統合医療的な医療の枠組みやアプローチをそのまま踏襲するのではなく、臨床研究を通じてエビデンスを構築し、我が国の風土に合った日本型の統合医療を開発していくことが求められている。

参考文献

- 1) 廣井良典 統合医療の重要性－新たな医学・医療のパラダイムに向けて 週刊社会保障2696；50-55、2012.
- 2) Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, et al. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, cost, and pattern use. N Engl J Med 328: 246-252, 1993.
- 3) Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, et

図10. 医療モデルの変化と推移

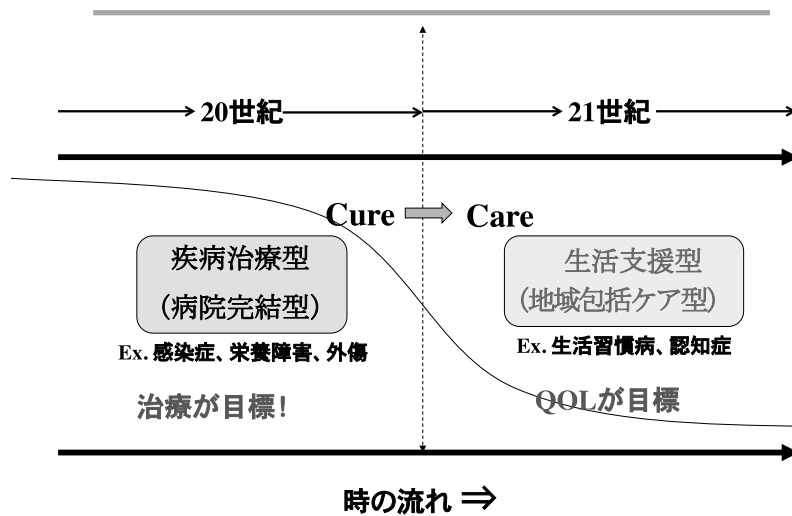
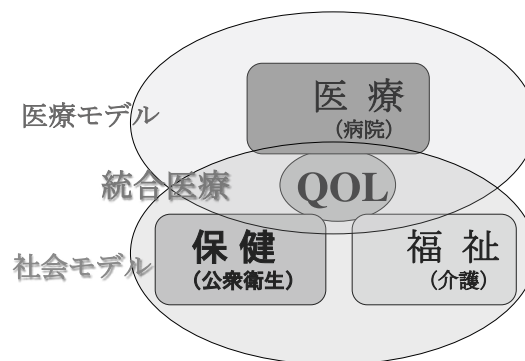


図11. 今世紀の新たな健康システム

QOLという目標の下に統合された包括ケアシステム



al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. JAMA 280: 1569-1575, 1998.

- 4) 伊藤壽記 日本統合医療学会テキスト 新版「基礎と臨床」統合医療とがん 洋文社」Part 2実践篇、統合医療とがん 洋文社、p24-41, 2012
- 5) 厚生労働省ホームページ（「統合医療」のあり方に関する検討会－これまでの議論の整理について）
- 6) 林 紀行、前田和久、八木絵香、平井 啓、谷向 仁、伊藤和憲、川口裕子、渡辺眞美、福田文彦、石崎直人、上島悦子、阪上未紀、松本めぐみ、足立由香、谷口敏淳、宇留島隼人、坂本淑子、岩田昌美、伊藤壽記 大

規模災害の後遺障害に対する統合医療的アプローチ 日本統合医療学会誌 6(1):65-69, 2013.

- 7) 阪上未紀、林 紀行、松本めぐみ、足立由香、前田和久、伊藤壽記 大規模災害の後遺障害に対する統合医療的アプローチアロマセラピーからの評価 日本アロマセラピー学会誌 13(1):12-16, 2014.
- 8) 林 紀行、大浦真一、今井田貴裕、柴田由紀子、石井友恵、阪上未紀、坂本淑子、岩田昌美、福井義一、畑 真弘、石井良平、岩瀬真生、木村慧心、伊藤壽記 大規模災害の後遺障害に対する統合医療的アプローチ 日本統合医療学会誌 in press, 2015.