

第2章 統合医療の考え方（統合医療問答）

第1問 「統合医療」とはどんな医療なの？本当に必要なものなのですか？

第1章では、さまざまな「代替医療」の各論を解説しました。代替医療の考え方に少しは慣れたでしょうか？

こうした「代替医療」の関心の高まりとともに、耳にする機会が増えたのが「統合医療」という言葉です。この章では、問題形式で、統合医療とその考え方をみていきましょう。

では、この統合医療という分野を考えることは、どれほどの意味があることなのでしょうか。一部のおかしな人や熱狂的な人だけの用語なのでしょうか。日常の臨床と関係のない概念的（形而上的？）な用語なのでしょうか。

ここでは、日常の臨床現場で生じるさまざまな問題が、意外にも統合医療というキーワードの理解と密接なつながりがあることを見ていながら、皆さんとともに問題を考えていきたいと思います。そうした中で、将来的には統合医療という言葉すら超越して「医療」それ自体が新たな段階へとステップアップしていくことができれば、とも考えています。

第1問は、統合医療という言葉の理解とその必要性についての問いです。統合医療とは一般に、現代医療のみならず代替医療も含め、患者さんの希望に基づいて最善の医療を提供しようとする第3の医学、と言えるでしょう。こうした定義は解説者により、若干の相違があるのが実情です。具体的には、通常の診療に漢方薬、もしくは何か特定の代替医療を取り入れているということで統合医療と称していることもありますし、「代替医療＝統合医療」と捉えていることも少なくありません。「統合」という言葉自体があいまいなため、様々な解釈が可能になってしまうわけです。しかし、厳密には正解はないわけですが、近年のこの分野における「統合医療」という用語の使われ方には明らかに大きな二つの概念があるように思います。簡略にまとめると以下のようにになると考えられます。

第一の概念：統合医療とは現代医療と相補代替医療の統合された医療体系である。

第二の概念：実際の診療においては、受診者中心で治療者は脇役、という視点に立つ患者中心主義であり、現代西洋医療・代替医療に関わらず、受診者が選択することができる。

通常、第一の概念のみでは定義としては不足といわれ、第二の概念が入ると患者中心であれば何でも良いようなニュアンスになり、焦点がぼやけた結果、議論が宙に浮いてしまうことが多くなります。定義など専門家以外はどうでもいいようなことではありますが、概念の混乱は、今後、あまりいい影響を及ぼさないでしょうから、ここで整理しておく必要があるのです。しっかりとした定義は、今後も何度か言及しますが、統合医療を振りか

ざす代替医療の悪い側面に対しての抑止力ともなってきます。また一方で、あらゆる現代医療批判や怨念の中、統合医療こそが最も完全・最高であるかのような思い込みを持ってしまうことへの危険性に対しても抑止力となります。あらゆる理想を盛り込んだ医療が「統合医療」なのではなく、あくまでもこの二つの概念を柱とするものだ、ということです。

そして「統合医療」を考えるとということは、従来の漠然とした「科学的」「非科学的」といった考えを超え、新しい観点から医療そのものを再構築しようとする試みでもあるのです。

それでは、現代における統合医療の必要性とは一体何なのでしょう。実感としてつかみやすいように、大学病院で勤務する看護師 A さんを中心に一つのケースとして提示しました。

ケース 1：大学病院で勤務する看護師の A さんは最近「統合医療」についての講演を聞き、新しい医療の可能性を感じ、翌日、同僚の B さんに話してみました。ところが B さんに「現代医療だけでも忙しいのに、なんでそんな医療の考えをとり入れる必要があるの？科学的な現代医療に、何でわざわざ非科学的な代替医療を取り入れるの？」といわれてしまいました。B さんの意見にはもっともな点もあり、A さんは混乱してしまいました。

さあ、どうでしょう。いわゆる「非科学的」なものを医療の中に取り入れる意義などあるのでしょうか。あなただったら、どのように B さんに説明しますか。それとも B さんに賛成ですか。こうした問いを一つ一つ考えていく中で、統合医療の必要性が本当にあるのか、を皆さんと一緒に考えていきます。自分なりに少しでも考えてから第 2 問へ進んでください。

第 1 問のまとめ

統合医療は二つの概念によって成り立つ

第一の概念：統合医療とは現代医療と相補代替医療の統合された医療体系である。

第二の概念：実際の診療においては、受診者中心で治療者は脇役、という視点に立つ患者中心主義であり、現代西洋医療・代替医療に関わらず、受診者が選択することができる。

第 2 問 何でわざわざ非科学的な医療を取り入れなくてはいけないの？

ケース 1：大学病院で勤務する看護師の A さんは最近「統合医療」についての講演を聞き、新しい医療の可能性を感じ、翌日、同僚の B さんに話してみました。ところが B さんに「現代医療だけでも忙しいのに、なんでそんな医療の考えをとり入れる必要があるの？科学的な現代医療に、何でわざわざ非科学的な代替医療を取り入れるの？」といわれてしまいました。B さんの意見にはもっともな点もあり、A さんは混乱してしまいました。

近年、統合医療をはじめ、ホリスティック医学、ナラティブベイストメディスン、など患者さん主体を前面に掲げる医療体系がクローズアップされる機会が多くなっています。また、それに伴っての講演や出版も多数行われています。Aさんのように、そうしたものに触れる看護師の方々も多くなってきており、ケースのような会話が病棟で行われることも多くなると考えます。このケースの中で問題になっていたのは統合医療ならびに代替医療の必要性に関してです。

そこで、ここでは「統合医療の必要性」について考えてみましょう。Bさんのような意見を持つ方は、しっかりとした現代医療があるのだから統合医療などいらない、という意見なのでしょう。しかしこうした方の意見は、暗黙のうちに統合医療＝代替医療という図式で理解しているのではないのでしょうか。いうまでもなく、第1問で解説したように、定義からして統合医療というときは現代医療を含めています。そこに代替医療をニーズに応じて併用していくわけですから、相反する結果が予想される時などを除いては、通常の治療をサポートすることはあっても、阻害することはないし、あってはならないのです。したがって要らないという理由にはなりません。

また、統合医療は代替医療を応援ばかりしているという意見もありますが、これも大きな誤解です。言うまでもなく、幅広い（広すぎる？）代替医療の中には明らかに危険性をもつものも少なくありません。こうした危険なケースに対し、医療従事者がある程度理解がない場合、良いものも悪いものも一緒に頭から否定するか、もしくは「代替医療はしりません」として全く関知しないか、どちらかの立場になると思います。「関知しない」という姿勢はある意味、医学を学問として考えた場合「科学的な態度」ではあるのですが、実際こうした「科学的な態度」を取ることで、患者さんはどうしたらよいのか、わからなくなってしまう。その結果、危険な代替療法に飛びついたり、実施していることを医療従事者に隠そうという態度をとる傾向が強くなります。「医療者の指示通りやめるべき」というのは正論ではありますが、ただ闇雲な否定は、表からは見えない「裏」へと事態を追いやっているだけです。現に多数のがん患者さん達は、医療者に内緒で多くの代替医療を併用していることは周知の事実です。

つまり、統合医療を取り入れるということは、代替医療を取り入れるということではなく、むしろ従来、隠蔽されることで、不十分となっていた患者さんとの信頼関係を取り戻すことにつながるのです。医療者の側が、代替医療を理由もなく否定しないということがわかれば、患者さんもいろいろと相談してくると思います。その上で、危険なものであれば指摘し、危険な副作用や相互作用を未然に防ぐことも可能になるわけです。こうしたことが、いわば統合医療の必要性なのです。決して非科学的な医療を取り入れる、ということではないのです。

それでは何故、医療関係者の中に、統合医療に対していかがわしい印象を持つ人たちがいるのでしょうか。一つは、第1問で解説したような定義の混乱の問題があります。「代替

医療＝統合医療」というような捉え方をしている業者や専門家の解説による誤解です。

もう一つが、統合医療の本来の概念と不可分な理由によるものです。統合医療の根幹をなす概念はいうまでもなく「現代医療と代替医療の統合された医療体系」です。つまり現代医療に、代替医療の持つイメージが加わって統合医療のイメージを形成することになるわけです。原則的には、現代医療と代替医療のどちらにも傾くべきではありませんが、いわゆる現代医療と比較すると、統合医療は、代替医療寄りになるわけです。これを色彩で説明してみましょう。つまり、「白色」＝「現代医療」、「黒色」＝「代替医療」（白黒に別に意味はない）とすると「統合医療」は「灰色」といえます。これは、「無色」の側からすれば「有色」とみなされます。しかしそれは、あくまでも「灰色」であって、すべての絵の具を混ぜた結果の「黒色」ではないわけです。「白色」（と思っている）の医療従事者が統合医療という概念を受け入れがたいのは、無意識のうちのこうした事情があるように思うのです。実は現代医療の中にも、当事者の知らないうちに、たくさんの代替医療的要素が混ざりこんでいるのですが、とりあえず「白色」（と認知している方が多いので）としておきましょう。

時折「無色」の側から「有色」全体へ批判がなされることがあります。健康食品の是非が問題になるときです。一部の良からぬ健康食品のために「代替医療」全体が非難される場合です。この辺の事情は、薬害があったとしても「現代医療」全般が批判されないことと対照的ではありません。また、代替医療オンリーのいわば「黒色」からすると「灰色」の立場は「白色」に近づく、日和見的態度にも写るわけです。つまり、統合医療は代替医療ではないということです。さしずめ、洞ヶ峠の筒井順慶といったところでしょうか。この辺の事情が、統合医療という概念の誤解を生みやすいところといえるでしょう。それでは、次のケースを考えてみてください。

ケース2：看護師のAさんは、患者さんとの良好な関係を築く上で、統合医療の必要性を理解することができましたが、同僚のBさんは依然として批判的です。「良い考えなのかも知れないけど、所詮、一部の開業医さんなどの診療スタイルに過ぎないんじゃないの？」とBさん。「そう言われてみると確かに、ひとつの診療科目に過ぎないような気もするし・・・」Aさんはまた考えてしまいました。

現状の統合医療をめぐる流れからすると、Bさんのような意見も当然のことと思います。では、本当にこの問題は、そのようなくくりだけですましていいものなのでしょうか、考えてみてください。

第2問のまとめ

統合医療の必要性とは、患者さんの代替医療に対しての要望に応えるばかりでなく、代替医療の危険な側面から患者さんを守ることでもある。決して非科学的な医療を積極的に

取り入れる、ということではない。

第3問 「統合医療」は単なる一診療科目の名称なの？

ケース2：看護師のAさんは、患者さんとの良好な関係を築く上で、統合医療の必要性を理解することができましたが、同僚のBさんは依然として批判的です。「良い考えなのかも知れないけど、所詮、一部の開業医さんなどの診療スタイルに過ぎないんじゃないの？」とBさん。「そう言われてみると確かに、ひとつの診療科目に過ぎないような気もするし・・・」Aさんはまた考えてしまいました。

「統合医療を考えること」は、診療スタイルとしての「統合医療」を考えることに過ぎないのか、という問いです。「統合医療」というのは、医療の一診療科目名に過ぎないのでしょうか、それとも医療の今後の理想形なのでしょうか。

現状としては、両者ともに間違いとは言えません。また、「統合医療」という言葉の認知度からしても一つの診療科目名として、理解されるのもしかたのないことです。また実際にそうした理解で解説されているものも散見されるのも事実です。しかし、本来の意味からすれば、これは「ホリスティック医療」や「全人的医療」といった言葉と同カテゴリーにあるものであり、目標とすべき理想形を表した言葉なのです。つまり今回のケースで話題になっているような、本来は瑣末な名称の問題ではなく、これからの医療のあり方を考えるキーワードなのです。

「医療」というものが本来、「ホリスティック」かつ「全人的」であるのが当たり前のように、正統・代替の区別なく「統合」であるのが当たり前と言えます。つまり、ある「正統」とされるカテゴリーの医療のみで医療が構成されること、それ自体に問題があるといわざるをえません。一見、「正統医学」はすべて科学的検証がすすんでいるように考えられますが、実際はその一部のみと言わざるをえません。また、医療とは本来、経験主義的なものであることから、伝統医療を除外することこそ不自然といえるでしょう。

「統合医療」の議論において問題となることは、医療それ自体が今世紀に（必然的に）ぶつかるべき一群の問題でもあるのです。そうした意味で「新たなる医療」を考える際、「統合医療」問題は避けては通れないのです。それゆえに、この「問答」は狭義の統合医療についての考察ではなく、広く「新たなる医療」の模索として考えていかなければならないのです。

そして、こうした議論の果てにこそ、医療における「看護」の新たな役割が現れてくるといっても過言ではありません。何でここで「看護」の話になるの？と思われる方もいるかもしれません。詳しいことは次回にしますが、科学技術の進展という強い推進力を背景とするいわば男性的な現代医療に対して、伝統医療や癒しをメインとする代替医療は女性

的ともいえるものです。この二つの象徴的な「統合」という意味合いも「統合医療」には含まれることをここでは指摘だけしておきます。

それでは、「統合医療」というキーワードがもたらす医療像は、どのような歴史的潮流から生まれてきているのか見てみましょう。

医学概論研究において著名な中川米造氏はその著書「学問の生命」の中で、医学の要求される課題による時代区分として、次の4つに分けています。

(1) 侍医の医学：特権階級をその生活の中で、体調の変化などを細やかに見ていくもので、各種の伝統医学は基本的にはこの見方をしています。

(2) 開業医の医学：(1)の対象である特権階級よりはその範囲は広がりますが、まだ不特定多数が対象とは言えないもので、(1)と(3)の中間に位置するものです。

(3) 病院の医学：宿泊所ではなく、重病者の収容施設的病院を中心とした医学の段階といえます。社会的費用により医療が行われ、客観的方法論により「医学」が急速に発展していく段階ともいえます。この過程のなかで、「病人」から「病気」へと対象がシフトしていくとも考えられ、「病気」という共通要素がよりクローズアップされていきます。

(4) 社会の医学：さらに進展すると、環境や福祉といった社会的な要因が強まり、社会と医学の関連へと展開していきます。

こうした医学の流れの中で、統合医療を位置づけると、(4)の中で誕生している概念といえます。統合医療の中に、自然環境と関連するセラピーも多いことからもお分かりでしょう。でも、それだけなのでしょうか。統合医療の基本概念は「患者中心主義」です。

ここには、自分を個々の生活の流れの中で捉えてもらいたい、という人間本来の気持ちが含まれている、と考えられるのではないのでしょうか。すると(1)の範疇に近くなってきます。つまり(1)の再来と位置づけられるのではないのでしょうか。(1)の「特権階級」という言葉こそ聞こえが悪いですが、自分を細やかに見てもらいたいという希望はまさに(1)における基本的な感情でもあります。

ここにあらたな形での(1)への回帰運動が生じるのも自然な流れといえ、統合医療希求の底流には、こうした背景もあると思われます。ただしこれは全くの回帰ではなく、らせん状に段階は上がっているモデルとして考えなくてははいけません。

こうした流れはまた、ゲノム解析の末、遺伝子多型を基にして、オーダーメイド医療が語られるようになった現代医療の流れとも一致するものです。

こうしたことから統合医療の流れは、まさに一診療科目名に止まるものではなく、医療の歴史的な流れの中で捉えるべき、潮流だといえるのです。

第3問のまとめ

統合医療は一診療科目名に止まるものではなく、現代医療全体に投げかける問題を含んで

いる。医療の長い歴史の中で捉えるべき概念といえる。

それでは次のケースを考えてみてください。

ケース3：さまざまな癒しに興味がある A さんですが、ふと職場である病院と癒しのセラピールームではどうして、こんなに雰囲気が違うのだろう、と思いました。確かにやるべき仕事は多く、「癒し」などといっているだけでは業務が進みません。でも、本来は癒しの場である病院なのに、どうして差が出てしまうのだろう。何か根本的な違いがあるのでしょうか？
A さんは考えてしまいました。

病院と民間の施設との違い、とだけで片付けず、その根本的違いの有無について考えてみてください。責任の問題や資格の問題など、様々な問題が絡んできますが、本当にそれだけの違いなのでしょうか？

第4問 医療における女性性と男性性とは？

ケース3：さまざまな癒しに興味がある A さんですが、ふと職場である病院と癒しのセラピールームではどうして、こんなに雰囲気が違うのだろう、と思いました。確かにやるべき仕事は多く、「癒し」などといっているだけでは業務が進みません。でも、本来は癒しの場である病院なのに、どうして差が出てしまうのだろう。何か根本的な違いがあるのでしょうか？
A さんは考えてしまいました。

これまでの統合医療とは何か、という問題提起とは少し違う角度からの問いですが、いかがでしょうか。最近では、いろいろな病院ができており、なかには豪華ホテルと見まがうばかりの病院もできていますが、このケースとしては、従来の典型的な病院を想定してみてください。また医療にはさまざまな側面がありますので、一概に断定的に言うことはできませんが、病院と、いわゆる「癒しの場」との違いについて、考察してみましよう。

地域の生活・生命を守る、公的役割ももつ病院と、商業ベースのセラピールームとを同格に論じること自体おかしい、という意見もあるかと思えます。また、しっかりとした公的役割をもつ施設と、いい加減な商業ベースの施設の違いという意見もあるでしょう。こうした意見はある面で正しいのですが、ここではそれ以外の、むしろ根本的な雰囲気の違いのようなものを考えていきたいと思えます。すべての現代医療的な病院や代替医療的な施設を同じように議論することは、本来無理なことですが、その典型例を想定して、その雰囲気の違いのようなものはどこにあるのか、についてです。

そもそも現代西洋医学は、近代科学の発展にともなって、その技術のみならず思想に至

るまで大きな影響を受けているのはいうまでもありません。こうしたことは医学・医療のあらゆる場面において、「経験的」という言葉よりは「科学的」という言葉のほうが高く評価される傾向にあることからもうかがわれます。日頃、明確に意識されることはないものの、無意識のうちに、デカルトやニュートンの提示する機械的で調和された宇宙像のもとで、絶対的に正しい真理から出発して、様々な問題の解決がなされる、という考えが暗黙の了解となっているといえるでしょう。具体的には、感染症と抗生物質の関係が代表的です。何らかの細菌によって引き起こされた感染症は、その原因となる細菌を特定することができれば、それに対して効果がある抗生物質を投与することで解決することができます。こうしたモデルのもと、原因を特定し、決定的な治療（ときに「魔弾の一撃」とも称されます）が施されるのです。このモデルはとりわけ細菌感染症において、実に劇的な効果をもたらしたことはいうまでもありません。そして、原因を特定（診断の重要性）し、それに抗する治療法（抗～～剤）を施すという基本構想のもと、現代西洋医学は日々、進歩を遂げているわけです。こうした力強く、理論的な考えは、ある意味で「男性的」と称されることもあります。

一方で、多くの代替医療は、こうした近代科学的な前提を持たないものとも言えます。いわば科学的な真理をつきつめなくても、目の前の症候など、いわば「現象」に注目することで疾病状態に対処しようとする。これは何もいい加減というわけではありません。複数の要因が絡み合っている状態では、通常、容易に原因を特定することは困難です。そこで大体の、推測しうる状態を仮定して、何らかの解決策を講じるわけです。ある意味、あいまいさを含んでしまいましたが、様々な要因を包括的に扱うことにもなります。こうしたあいまいさを持ちつつも、包括的かつ受容的な姿勢は、時に「女性的」とも称されます。

近年の医学の流れでは、EBMとNBMにも同様の関係を見出すことができます。統計学に支えられたデータを重視する「男性的」なEBMに対して、相手の「語り」を受容する「女性的」なNBM、という構図です。この両者の関係は非常に類似しています。つまり「男性的」な現代西洋医療やEBMの独走を、ある意味で制御するかのようになり、「女性的」な代替医療・NBMが登場してきているとみることもできるのです。

つまり冒頭のケースに話を戻しますと、現代西洋医学を主に扱う病院では、仕組みからして男性性の象徴ともなりうるし、逆に癒しを扱う代替医療関連の施設では女性性が前面にでる傾向があるわけです。そして、そうした認識の下に、男性性ならびに女性性を統合しようというものが統合医療のもう一つの意味なのです。つまり従来の科学主義のみを重視したマッチョな医学体系のみではなく、女性性をあらゆる面で取り入れようとする動きを統合医療は持ちます。それゆえ、フェミニズムやエコロジーとも協同する点が多いのです。これが第3問の解説において、男性性と女性性の統合の意味もある、として指摘した点です。つまりそうした「統合」の先に理想の医療像を見ているのです。

第4問のまとめ

統合医療の統合には、男性性（EBM・現代西洋医学）と女性性（NBM・代替医療）の「統合」という意味もある。

今度のケースは外来でよく見る場面です。皆さんも一緒に考えてみてください。

ケース4：Cさんは、地域医療に携わる内科診療所に勤務する看護師です。仕事の忙しさから、最近疲れやすく、風邪を引くことも多くなりました。気分も落ち込みやすくなったような気がします。そんなある日、外来の介助をしながら、いつもの院長の「ストレスをためたり、風邪を引いたりしないようにね」という言葉が耳に入りました。院長先生が患者さんにさりげなくかけた一言です。とくに深い意味はなさそうです。でも、Cさんはふと考えてしまいました。どうしたらストレスを溜めず、風邪を引かないようにできるのだろうか？

まさにさりげない一言なのですが、皆さんもCさんと同じように考えたことはありませんか？

第5問 病気の予防ってどうしたらいいの？

ケース4：Cさんは、地域医療に携わる内科診療所に勤務する看護師です。仕事の忙しさから、最近疲れやすく、風邪を引くことも多くなりました。気分も落ち込みやすくなったような気がします。そんなある日、外来の介助をしながら、いつもの院長の「ストレスをためたり、風邪を引いたりしないようにね」という言葉が耳に入りました。院長先生が患者さんにさりげなくかけた一言です。とくに深い意味はなさそうです。でも、Cさんはふと考えてしまいました。どうしたらストレスを溜めず、風邪を引かないようにできるのだろうか？

今回は、我々がよく耳にする「ストレスをためない」「風邪を引かない」といった病気の予防策について考えてみましょう。私もそうですが、ケースの院長先生もきっとそれほど深い意味はなく、ただ「身体に気をつけてね」というようなことを伝えたかっただけと思われれます。しかし、ここを今回は少し掘り下げていきましょう。つまり病気を如何に予防するか、ということについてです。

予防という言葉は、文字通り「予（あらかじめ）め防ぐ」という意味です。つまり病気を発生させない、ということです。しかし、この「させない」というところがミソです。我々は「～をする」ということは実行可能です。しかし、「～をしない・させない」ということは実行期間を限定すれば可能ですが、期限を決めない限り非常に困難になります。禁煙が難しい理由がこれです。またこうした場合、その効果判定も難しくなります。つまり、ある疾患に対して、薬Aを投与する場合、二重盲検法などの研究デザインを組めば、その薬

Aの有効性を判定することは容易です。一方で、全くの健康な人が何らかの介入Bをして、病気にならないという有効性を評価するのは難しくなります。つまり、ある事態に対応するより、未然に防ぐということは容易ではないのです。

そこで、従来の「予防」とは異なった観点から注目を浴びているのが「未病」という概念です。元来、中国伝統医学に由来する概念で、なんとなく調子が悪いといった病気以前の症状として、最近よく耳にする機会が増えました。聞いたことがある、という方も多いのではないのでしょうか。そして、予防との違いは何なのでしょう。

予防と未病は、ある意味で非常に似た言葉です。しかし、予防が「ある状態を起こさない」のに対して、未病は「ある状態」なのです。わかりやすく説明すると、予防が「～をしない・させない」のに対して、未病は対応すべき状態を明確に意識している概念といえます。「大差ないじゃない？」と思う方も多いでしょうが、そんなことはありません。一番の大きな違いは、対応策がとりやすい、ということです。

ここで簡単なたとえ話をしてみましょう。「最近、体調が良くないから、健康維持に気をつけなくちゃ」というAさん。これに対して「最近、疲れやすく、気分も落ち込みやすい未病の状態だから、具体的に何か対策を立てなくちゃ」というBさん。両者の違いは、具体的な症状を未病として意識しているか否かが大きな違いとなっています。「勉強しなくちゃ」というのと「テキストを50ページまで読まなくちゃ」という違いにも似ています。どちらが実際の行動を起こしやすいか、皆さんも経験的にお分かりですよ。やはり、何事にもあてはまるのですが、具体的な目標があるほうが行動を起こしやすくなるのです。

現代西洋医学の特徴として、疾患を厳密に定義するという特徴があります。診断基準の存在がそれです。診断というものは本来、薬にしろ手術にしろ、身体に対して何らかの大きな介入をすることが前提ですから、いい加減な基準では困ります。また、施行した介入が、有効であったのか否かを判定するためにも、基準がしっかりとしたものでないと、評価の意味がありません。ひいては医療の進歩につながりません。こうした意味でも厳格な診断基準は不可欠なものであることはいうまでもありません。

しかし、それとは異なった観点から見た場合はどうでしょうか。ある厳密な基準がある場合、当然そこに当てはまらない人たちもでてきます。疾患が存在した上で、治療が開始されるわけですから、疾患として診断されなければ、原則としては、なんら治療されるわけではありません。また、「健康」という状態は厳密には定義されえないことから、自覚としての不調がある場合、どこにも分類されず、場合によって、自律神経失調症や不定愁訴として対応されることとなります。「半健康」などという中途半端な言葉も出現する始末です。これらは厳格な現代西洋医学の必然ともいえる影の部分です。

これに対して、伝統医学の立場は、この中途半端な状態に対しても対応する術を持っています。これは伝統医学が、その歴史の中で、いわゆる各地の伝承的な民間療法が、支配者階級に仕える侍医らによって体系化されていったという事情があります。時の権力者の健康状態を管理する侍医にとって、わずかな症状しかない「未病」の状態は、大きな疾患

を未然に防ぐ大切な病期だったのです。こうした事情により、伝統医学においては「未病」に対応する様々な方策を持つに至ったとも考えられます。

ここでケースにもどって考えると、疾患として認識されないような不調を、漢方など伝統医学的アプローチにより対応することで、疾患の発生を未然に防ぐことができるかもしれないわけです。具体的には、Cさんには補剤というカテゴリーの漢方薬が効きそうです。

明らかな疾患がある場合は、現代西洋医学はその威力を遺憾なく発揮しますが、それ未満の状態では、伝統医学をはじめとした代替医療が有効な多くの方策を持っています。健康、未病、病気というあらゆる段階での医療が求められる現代。現代西洋医学と代替医療との統合された形がここにも必要とされているのです。

まとめ：未病対策は、具体的な病気予防策にもなりうる。伝統医療をはじめとした代替医療は、未病への具体策を豊富に有するので、予防医学において統合医療の重要性はますます高まるであろう。

それでは、次のケースです。未病を知ったCさんに新たな疑問です。皆さんも一緒に考えてみてください。

ケース5：Cさんは病気の予防における「未病」の概念の重要性を理解できました。しかしここで、また考えてしまいました。Cさんのお父さんは、最近、会社の診療所で「メタボリックシンドローム」の診断を受けましたが「とくに体調は悪くないのに、どうして病気なんだ？」と不満そうです。またお姉さんは、慢性的に疲れやすく、いくつかの医院を受診していますが、検査結果はすべて正常といわれ「こんなに調子が悪いのに、なんで病気じゃないの？」とこちらも不満そうです。どちらが「未病」なんだろう、Cさんは疑問に思いました。

第6問 現代の「未病」はどう考えたらいいの？

ケース5：Cさんは病気の予防における「未病」の概念の重要性を理解できました。しかしここで、また考えてしまいました。Cさんのお父さんは、最近、会社の診療所で「メタボリックシンドローム」の診断を受けましたが「とくに体調は悪くないのに、どうして病気なんだ？」と不満そうです。またお姉さんは、慢性的に疲れやすく、いくつかの医院を受診していますが、検査結果はすべて正常といわれ「こんなに調子が悪いのに、なんで病気じゃないの？」とこちらも不満そうです。どちらが「未病」なんだろう、Cさんは疑問に思いました。

引き続き、今回も「未病」についての話題です。疾患を対象にする通常の現代医学に対

し、人の一生のあらゆる段階に關与する統合医療に特徴的なテーマでもあるからです。そもそも、未病は中国伝統医学に端を発する概念であり、これを現代医療に取り入れるメリットは第5問において説明したとおりです。

しかし、これを様々な検査診断機器や治療技術が発達した現代医療の概念の中で考えていくとき、従来どおりの考え方では若干の問題が生じてきます。客観的データである、検査データの存在です。従来の症状・症候の異常だけでなく、検査データの異常という枠組みが出現するからです。ここで少し脱線すると、厳密には伝統医療においても脈診や舌診など検査に相当するものがあり、自覚症状と乖離することもあります。ここでは広く身体所見の異常は、症状・症候の異常ということにしておきます。

それでは、検査データと未病の話に戻りましょう。例として、ケースのCさんのお父さんを取り上げてみましょう。お父さんは、会社の診療所でメタボリックシンドロームの診断を受けていますが、おそらく、何か症状があって受診した結果というより、社内検診が何かで引っかかってしまい、診療所受診を余儀なくされたようです。つまり、自分としては、自覚症状はないわけです。

ここで、ご存知の方も多いかとは思いますが、あらためて、メタボリックシンドロームの診断基準を振り返ってみましょう。ウエスト周囲径が、男性85cm以上、女性90cm以上に加えて、以下の2項目以上が当てはまるものをいいます。

- (1) 中性脂肪 150mg/dl、HDL コレステロール < 40 mg/dl、のいずれかまたは両方
- (2) 収縮期血圧 130mmHg、拡張期血圧 85mmHg、のいずれかまたは両方
- (3) 空腹時血糖 110 mg/dl

項目をみてもわかるように、すべてが検査データで決定されており、腹囲を除けば自覚的にわかる項目は含まれていないので、「どうして病気なんだ？」とお父さんのように疑問を持つ人がいるのももっともな話ではあります。これに対しては、自覚症状が出る前に、検査データの異常の段階で早めに対処すれば、その後の生活習慣病への進展を予防できるというように説明されており、まさに病気を未然に対応しようとする未病的意味合いとして捉えられているわけです。こうした「自覚症状なし、検査異常あり」の未病こそ、従来の(古典的な)未病概念に追加されるべき、現代的な未病概念といえます。これまでも人間ドックの普及で、こうした未病は増加していましたが、2008年より特定健康診査が義務付けられたことにより、今後さらなる増加が予想されます。こうした結果も、正しく「未病」という概念が理解できていなければ、いわゆる「病気」と混同する中で不必要な不安に陥ることになりかねません。誤解ないように強調しておきますが、未病だから安心などといっているわけではありません。未病であるということは、病気を未然に防ぐという思想が含まれるのだということを強調したいだけです。

ではもう一つの未病はどうでしょうか。「自覚症状あり、検査異常なし」というパターンの未病です。こちらもまた、現代医療における大きな問題を提示しているといえます。自覚症状があるのに、医療機関を受診しても何ら診断がつかない。場合によっては「気持

ちよう」にされてしまう、そんな場合です。診断がつかないというのは、明確な診断基準をもつ現代西洋医学からすれば、はっきりとした基準に入らないというだけのことであって、悪いことではありません。しかし、それを告げられる患者さん側からすると、何か自分の症状をまともに取り合ってもらえていないかのように感じてしまうのでしょうか。そうした末に、何らかの納得いく説明を求めて、ドクターショッピングに陥ってしまうのです。こうした中には、背景として「うつ」などの精神的な症状を持つものや、さらには大きな疾患が見逃されている場合もあります。しかし、多くのいわゆる不定愁訴は、そのどちらにも当てはまらないものも少なくありません。こうした症状を未病として扱うことは非常に有効なアプローチと考えます。そして未病へのアプローチとしてはやはり、伝統医療やサプリメントなどの代替医療が適切なことが多く見受けられます。しっかりと診断名に基づいてキレのある薬剤を処方する現代西洋医学に対して、代替医療は症状・症候に基づいて対応しようとしています。例外を除けば、診断名などは必要ありません。

ただし、ここで少し注意が必要です。症状・症候からのみ対応するわけですから、その状態が万一、重篤な疾患であった場合は、速やかに方針転換することも重要です。民間の代替医療を手放しに評価できないのはここにあります。改善した人は問題ないでしょうが、どうみても増悪している人が、民間の代替医療にしがみついている状態はきわめて危険です。医療者の側はこうした取り返しのつかない状態で遭遇することが多いために、代替医療への不信につながることが多いようです。加えて、こうした状況を整理できる専門家が現状ではほとんどいません。こうした交通整理役こそ、統合医療の重要な役割なのです。

よく医師の間で言われる言葉に「後医は名医」という言葉があります。後で診療するほうが、正しい診断にたどり着きやすい、という意味です。これは一面で、病気というものが時間経過の中でその姿を明確にする、という性質を現しています。つまり自覚症状があり、検査異常なしの未病をみることは常にこうした状態のリスクを含むことを自覚する必要があります。ちなみに自覚症状がなく、検査異常などの客観的データがある場合は、多くの医師が気をつけるため、一般的にこうした見逃しは少ないようです。「病気ではないのだから」ということで現状としてあまり重要視されてはいない未病や不定愁訴ですが、これらの解決には、まさに現代医療だけでなく、具体策も有する代替医療を包括する統合医療の視点が重要になってくることでしょう。また未病には2種類存在し、そのどちらも、現代の医療問題を考える上で非常に重要な視点を提供している、といえます。

では、ケースに戻ってみましょう。Cさんは、お父さんには未病の概念を説明し、自覚をもって日常生活の改善に取り組んでもらい、お姉さんに対しては、未病を理解して丁寧に見てくれる医療機関を探して、受診するようアドバイスをしたようです。

まとめ：現代における未病は2種類ある。

- (1) 検査異常があるが、自覚症状のない未病(例：メタボリックシンドロームなど)
- (2) 自覚症状はあるが、検査異常のない未病(例：不定愁訴など)

それでは次のケースはいかがでしょうか。

ケース6：未病に強い関心を持つようになった C さんは、勤務している診療所での患者さんの指導にも未病の考え方を積極的に取り入れるようになりました。ある日、看護学校の同級生で、現在は大学病院に勤務している A さんと、ある勉強会でばったり会いました。そこで C さんは未病について A さんに話をしました。すると A さん「このあいだ病院の救急外来で、サッカーをしている最中に突然倒れた方が運ばれてきたんだけど、来院時には心停止だったの。家族の方の話では、健康診断では異常を指摘されたことはなかったし、ご本人も健康そのもので、病院には行ったことはなかったそうよ。こうしたケースは未病なのかな？」、「検査も症状も異常なしかあ…」聞かれた C さんは困ってしまいました。

スポーツ施設などの公共の施設で、AED が設置されるようになり、こうしたケースに対処されることも多くなってきましたが、このようなことが生じないことが何よりです。皆さんも一緒に考えてみてください。

第7問 検査で正常なら、本当に病気はないの？

ケース6：未病に強い関心を持つようになった C さんは、勤務している診療所での患者さんの指導にも未病の考え方を積極的に取り入れるようになりました。ある日、看護学校の同級生で、現在は大学病院に勤務している A さんと、ある勉強会でばったり会いました。そこで C さんは未病について A さんに話をしました。すると A さん「このあいだ病院の救急外来で、サッカーをしている最中に突然倒れた方が運ばれてきたんだけど、来院時には心停止だったの。家族の方の話では、健康診断では異常を指摘されたことはなかったし、ご本人も健康そのもので、病院には行ったことはなかったそうよ。こうしたケースは未病なのかな？」、「検査も症状も異常なしかあ…」聞かれた C さんは困ってしまいました。

検査が正常で症状もなければ、本当に問題ないのでしょうか。また、検査や症状に異常があれば、すべて医療に頼るべきなのでしょうか。今回は、未病の枠を超えて、統合医療におけるセルフケアの重要性と、自らの身体の感覚を研ぎ澄ますということについて考えてみたいと思います。

まずは検査の正常、異常について考えてみたいと思います。つまり、検査での正常は本当に正常で、異常は本当に異常なのか、という問題です。また、たくさんの項目を検査することで、正常と異常をより正確に判別できるようになるのか、ということも問題になります。疾病のいわばグレーゾーンを扱う未病だけに、臨床検査の問題は避けては通れないのです。

それでは、基準値と呼ばれている検査の正常範囲は、どのように決められるのでしょうか。通常、基準値は、いわゆる健常者を対象にして検査を行い、そのデータが統計学的に正規分布に従うものとして、(平均値) ± 2 (標準偏差) として決定されます。この範囲は健常者の95%をカバーしており、いわゆる正常範囲と考えられます。ところが100%ではないだけに、理論的には健常者であっても、その5%はこの範囲に入らないことになるわけです。5%という数字はわずかな数値に感じられるかもしれませんが、人間ドックや日常診療においてスクリーニング的にたくさんの項目を検査する場合には、大きな問題にもなりうるのです。つまり同時にたくさんの検査を行った場合、健常者であっても、検査上で異常と判定される確率が増えるのです。それではここで、具体例として健常者に対して12項目の検査を行ったとしましょう。それぞれの検査項目が独立に変動するとして、いわゆる健常者が正常範囲内に入る確率は、12回連続で95%の範囲に入らなくてはならないので、 $(0.95)^{12} \times 100 = 54\%$ となります。これは裏を返せば、 $100 - 54 = 46\%$ の健常者に異常が検出されるということです。つまり、理論上、異常があったとしても必ずしも本当に異常があるとは限らないわけです(もちろん実際に異常があることもあるわけで、総合的な判定は欠かせませんが...)。こうした感覚はたくさんの項目が検査される現在、忘れていたいものです。

それでは、正常とされれば必ず正常なのでしょうか。我々は通常、正常か、異常か、という対立する概念で考えがちです。しかし、実際は、正常とされるデータの分布にも、異常とされるデータの分布にも一定の範囲が存在します。そして通常、それらは一部「重なり」を持ちます。臨床の便宜上、どこかで正常と異常を分けなければいけないので、ある値を境界線として設定します。これをカットオフ値と言います。すると当然、異常と判定される正常の群と、正常と判定される異常の群ができてしまいます。これがそれぞれ、偽陽性と偽陰性と呼ばれます。つまり基準値内だったとしても必ずしも正常とはいえず、偽陰性ということもありうるのです。

ここまで、検査の理論的なことを解説してきましたが、何が正常で何が異常か、かえって混乱された方も多いのではないのでしょうか。詳しい臨床検査に関する解説は成書に譲るとして、ここで強調したいのは、客観的データだからといって、そればかりを中心に考えず、様々な観点からバランスよく考えるということです。つまり、検査データに現れなくても、自覚症状やある種の他覚症状があれば、何らかの疾病や不調が存在していてもおかしくないのです。

また診断と治療とは表裏一体の関係です。ある治療体系を行うには、そこへ導入する独自の診断体系が不可欠です。一時期ある種の健康食品の販売に、ドロドロ血液を測ると称する検査が乱用されたことを思い出してみても明らかです。これは現代西洋医学でも同様ですが、伝統医学などに比べ、あまりに普遍化し巨大化したため、唯一の「科学的真理」のように考えられているにすぎません。相対化して考えれば、中国医学には中国医学の、アーユルヴェーダにはアーユルヴェーダの、独自の生体観に基づく、独自の診断方法があ

るわけです。そして、それぞれの診断体系では、相互に他の体系では疾病とされていない状態であっても治療することが可能になるわけです。そもそもの未病とはまさに、現代医療的な疾病に発展する前の状態を捉えた、中国医学の概念であり、漢方や鍼灸の良い対象になるわけです。だからこそ一定の中国医学的診断体系も必要とされます。近年、漢方を科学する、というようなフレーズをよくききますが、完全に解明するという観点であれば、困難なことでしょう。それは全く別の体系のものを、無理に別の体系で説明しようとするからです。しかし、これは無駄といているのではありません。二つの体系の出会いから、思ってもみないような成果が上がるかもしれません。こちらにも期待したいところです。ただし、一つの体系からの評価で、ある体系すべてを評価することはできません。つまり、漢方に現代西洋医学的な科学の解釈がされたとしても、漢方を説明しつくしたことにはならないのです。こうした異なる医療体系を尊重する姿勢が未病の対策には不可欠といえるでしょう。たとえ現代西洋医学的な観点で「異常なし」だったとしても、伝統医療など別の医療体系では、十分、治療対象かもしれないからです。

それではここで、これまでの正常と異常に関して、検査ならびに自覚症状からまとめてみましょう。

- ・ 検査

(異常) 疾病があり、医療もしくは生活指導を要する。一方で疾病がない、偽陽性や統計学的な落とし穴にも気をつける。

(正常) 一般には正常と考えて問題ない。しかし場合によっては、偽陰性もあり絶対に正常とは限らない、という観点も持つ。

- ・ 症状

(異常) いわゆる不定愁訴として扱われることが多い。典型的な未病とも言える。伝統医学やセルフケアで対応することも可能。

(正常) 完全な正常? 問題なし?

ここでは、臨床検査での正常と異常を中心として、症状の異常について伝統医学の役割などを考えてみました。しかし、最後のまとめで気づかれたように、検査と症状の両方も正常ということもありうるわけです。厳密には、より詳しい精密検査や伝統医学的な観点により異常が発見されるかもしれませんが、すべての人に同じ機会があるとは限りません。ケース6はまさにこうした場合です。検査と症状ともに、正常なら本当に問題ないのでしょうか、あらためて第8問として考えてみます。

まとめ：検査における異常と正常

(異常) 疾病がある場合、医療もしくは生活指導を要する。一方で疾病がない場合には、偽陽性や統計学的な落とし穴にも気をつける。

(正常) 一般には正常と考えて問題ない。しかし場合によっては、偽陰性もあり絶対に正常とは限らない、という観点も持つ。

第8問 検査と症状で正常なら、本当に病気はないの？

第7問では、検査を中心に正常と異常を考えてみました。ここでは引き続き、症状に関して考えてみたいと思います。症状がある人は未病として対応可能ですが、問題はケースでも示されているような症状がない人、つまり自称「健康」の人たちに対してです。

まずは、検査での異常はないけど、症状がある、という人たちに対して考えてみます。検査で異常がない、というのは、それに先立つ診察においても、現代医学的には目立った所見はないということで、医師側からみれば、これだという診断の決め手にかけるような場合です。うつなど精神疾患との関連も言われ、特に本人の自覚がなくても、抗うつ薬で、症状の改善・消失が認められた時、結果としてうつの関与を考える、というものです。こうした状態にお困りの方は意外に多いものの、どの科を受診してよいか、分からずに混乱しているというのが現状でしょう。これは、医療従事者として同じことです。未病をはじめとした伝統医学的な考え方を知らなければ、自らの不調に対して、大きな疾患は除外できたとしても、実際に不調にどのように対応したらよいか、分からないことも多いのではないのでしょうか。私の経験でも、そのような不調に困っている医師や看護師はずいぶんと多いように思います。まず診断ありき、という現代西洋医学に対して、未病などの体調不良状態への対策として、伝統医学的方法は有効に作用する可能性が大きいのです。しかし、一方で、そうした不調が実は大きな疾患の前兆であった、という場合もありえます。そうした時は、必要に応じて速やかに現代西洋医学的アプローチをも導入するというのが、本来の統合医療ということになります。また伝統医学が大切だからといって、何もすべての医療従事者がそうしたものに詳しくなる必要はありません。ただ、未病などの不調のときには、伝統医療などを統合する統合医療という考え方があるのだ、ということを知っておくと良いのではないのでしょうか。

それでは、次は症状として自覚がない場合です。何もすべての人を病気として扱おうというわけではないので、自覚的にも、他覚的にも、健康であるのならば問題ありません。問題は、自覚症状はなく、臨床検査など現代西洋医学的な他覚症状は目立たないものの、精神・心理的な面や、伝統医学など代替医療的な他覚症状が認められる場合です。こうした場合は、その人自身に、そうした不調を察知することができるのならば、何も専門家によるアドバイスも必要ありませんが、往々にして、大きな体調不良に陥ってしまう方の多くは、こうした不調（ときに大きな不調であっても）を体感することができないと考えられます。こうした状況は「失体感症」とも呼ばれています。様々な心身症は、こうした失体感症がベースにあるとも考えられています。小さな不調という黄色信号に気づくことができれば、その後の、大きな事故（疾病）を回避できるというわけです。

症状を感じるできない、ということは、なにも鈍感だからというわけではありません。疾病そのものにより、感じるができなくなっていることもあります。例えば、

糖尿病の患者さんにおける無痛性の心筋梗塞です。本来なら、激しい胸痛により発症するはずの心筋梗塞ですが、その胸痛を感じないのです。痛みというのは苦痛ですから、本来ないほうが良い、とも考えられますが、何か体内で大きな障害が生じたときの警報の役割もあります。そのため、警報が鳴らなければ、身体全体に致命的な障害を及ぼしかねません。疲労感や疼痛は、こうした警報の役割だとも考えられているのです。

それでは、こうした警報をいち早く察知するには、どのようにすればいいのでしょうか。まずは、糖尿病など警報を察知できなくさせている疾患を取り除くということです。そして、そうした疾患がない、多くの人に対しては、身体の感受性をあげる、ということが重要になります。このあたりは、情報とノイズの問題となり、感度を上げると拾うノイズも増加するというジレンマ（あまりに敏感になりすぎて、こまごまとした不調ばかり訴えるという状態）にもなりうるのですが、生体には一定の合目的性があり、純粹に情報の問題と同格には議論できないように思われます。つまり過敏にノイズにだまされることなく、細かな不調を察知することができる能力を磨くことができると考えられます。そうしたことを可能にする技術の例が、ヨーガや気功などの伝統医学的身体技法といえるでしょう。

いささか都合よく聞こえるかもしれませんが、ヨーガや気功などの伝統医学的身体技法には、ただの体操にはない、身体の内側への視点があります。体を動かしながら、「首の辺りがなんとなく詰まったような感じがするな」とか「右肩のほうが左肩より動かしにくいな」といったことを感じることもあるでしょう。こうしたことから、少しずつ体への感受性が高まっていくのかもしれませんが、具体的な技法の紹介はここでは避けませんが、いわゆる「気」「プラーナ」というエネルギーのスムーズな流れを前提にしたこうした技法により、体の感受性を高めるなかで、小さな不調のうちに対応することも可能になってくるのではないのでしょうか。

ここであらためてケース6に戻ってみたいと思います。多忙な日々の中で、関心が外側（仕事やレジャー等）ばかりに向いていると、当人には、特に病識がないまま、さまざまな疾患が進行することは少なくありません。この突然、心停止に至った方もそうしたうちの一人だったのでしょう。全くの突然ということもあるでしょうが、自分の身体への感受性を高めていれば、何か感じることもできたかもしれません。現代社会は刺激的かつ多忙です。外側にばかり関心が向いても仕方ないかもしれません。しかし、人間本来の内側への視点も忘れてはいけない、ということをこのケースは示しているのかもしれませんが。

まとめ：

体調不良には、自覚症状はなく、臨床検査など現代西洋医学的な他覚症状は目立たないものの、精神・心理的な面や、伝統医学など代替医療的な他覚症状が認められる場合もある。こうした場合は、伝統医学的な視点からのアドバイスに耳を傾けるか、自身の身体感受性を高める技法を身につけることも重要である。

今度のケースは未病から離れて、もっとも臨床の場面で統合医療が議論されること多い「がん」「ターミナルケア」における問題です。Aさんとともに考えてみてください。

ケース7：大学病院に勤務するAさんの受け持ちには、たくさんの「がん」の患者さんがいます。そして、その方たちの枕元にはいくつかの健康食品がおかれていたり、時にその効果について、聞かれることもあります。統合医療の観点から、一概に否定するわけでもないのですが、あまりの多種多様さに、どう対処していいのが迷うこともしばしばです。ターミナルケアも含めたがん治療の場面で、統合医療は代替医療をどう位置づけていくの
だろう？ Aさんは切実な臨床の問題とあわせて、具体的に統合医療について考えはじめました。

第9問 がん医療の場面での統合医療的姿勢のポイントは？

ケース7：大学病院に勤務するAさんの受け持ちには、たくさんの「がん」の患者さんがいます。そして、その方たちの枕元にはいくつかの健康食品がおかれていたり、時にその効果について、聞かれることもあります。統合医療の観点から、一概に否定するわけでもないのですが、あまりの多種多様さに、どう対処していいのが迷うこともしばしばです。ターミナルケアも含めたがん治療の場面で、統合医療は代替医療をどう位置づけていくの
だろう？ Aさんは切実な臨床の問題とあわせて、具体的に統合医療について考えはじめました。

一般に統合医療を語るとき、常にメインテーマとなる「がん」について考えてみましょう。

現実の医療現場では「統合医療」＝「がん」のイメージが強いのではないかと思います。しかし、こうした捉え方だけでは、統合医療という新しい医療の全体像を見失う可能性があります。現代医療でどうすることもできないから、だめでもともと、代替医療でも試してみるか、とか、逆に、現代医療なんて全部だめで代替医療こそ本当の医学だ、といった態度では、真に統合医療的態度とは言えません。そして、統合医療的かどうかといった瑣末な問題を超えて、そもそも本来発動できるはずの自然治癒力を引き出すことができなくなってしまいます。これまで（現在もそうなのかもしれませんが）は代替医療を取り入れるという、どうしても破れかぶれな側面が見え隠れしていましたが、そうした態度では、がんへの効果的対応とは言えません。そうではなく、現代医療的な面も否定せずに、効果的に組み合わせたいこうとする姿勢こそが、新しい医学の姿と言えるのではないのでしょうか。また一方で全く代替医療を取り入れない、という姿勢も同時に尊重されるべきであることは言うまでもありません。そうした観点から、今回はがん治療における統合医療のあ

り方、つまり「代替医療」をどのように見ていくか、を考えてみたいと思います。

まず、がん医療の現場で「代替医療」と聞いて、医療従事者はどのような印象を一般に持つのでしょうか。ポジティブな体験を持つごく一部の人達を除くと、ネガティブな印象、ないしは嫌悪感を持たないまでも「どうせ効かないだろうけど、患者様の希望だからご自由に」というような消極的な印象を持つ方も多いのではないのでしょうか。

それは、大方の健康食品は通常の薬剤と同様な検証（もしくは極めてレベルの低い検証であっても）をされてはいないという事実から、慎重な立場をとらざるを得ず、実際にはネガティブな対応をとることが多いのも仕方ありません。しかし、現実的な問題としては、どれほど代替医療の非科学性を説明したとしても、それを選択する患者数は減少しないでしょうし、現にいくつかの調査では、がん患者の半分から7～8割もがいわゆる健康食品を併用している、という報告もあります。その他、漢方などの伝統医学やリラクゼーション、マッサージなども含めると、その数はかなりの割合となるでしょう。そこでがん医療において、こうした多岐にわたる代替医療に共通する要因は何なのか、をここでもう一度考えてみたいと思います。

代替医療は幅広く、一見まとまりのない療法の集まりに見えますが、そこには明らかに「自然治癒力」へ働きかけようという姿勢が認められます（一部そうではないものもありますが...）。病気の原因である病因を問うのではなく、生体の側に働きかけ疾患を克服しようとする姿勢です。がん患者における健康食品の場合、それだけに頼ろうとする受身の姿勢もないわけではありませんが、広く代替医療の持つ特徴として、自然治癒力を高めよう、セルフケア意識を高めよう、といったものが含まれるのも事実です。科学的検証の観点だけでなく、こうした観点も忘れてはならないと思います。まとめると、代替医療に対してはネガティブな印象を持つ医療者も少なくありませんが、がん患者さんにとって自然治癒力への望みにもなっている、ということです。

一方これに伴う問題が生じているのも事実です。悪徳商法など詐欺の問題は言うまでもありませんが、加えて、患者さん自身が、代替医療の利用を自己申告していないことも問題となっています。1997年のEisenbergの報告によれば、かかりつけの医師に代替医療の利用を打ち明けたケースはわずかに全体の38.5%であり、医師と患者の代替医療をめぐる関係の不十分さが明らかとなりました。この数字は、これまでの医療従事者側の否定・無理解も一因と言えそうです。こうした関係の改善のためにも、代替医療への一定の理解を示す統合医療的姿勢が重要となってきているのです。

それでは実際に、がん患者さんにおける、代替医療のあり方をどのように考えていけばいいのでしょうか。否定・無理解などの態度により、打ち明けるケースがより低下するのは明らかです。そのためには、近年のNBM重視の視点から、なぜその健康食品が必要なのか「傾聴」することが大切なのではないのでしょうか。そこには様々ながん患者さん特有の

思いが隠されていることが多いのではないのでしょうか。

また、実は本人は希望していないという場合も少なくありません。こうしたことから、本人と家族との関連も浮き彫りになるでしょう。そう考えると、がん患者さんにおける代替医療の意義を論じることは、それをめぐる患者さん全体を論じることに他ならないのです。そして、その上で個々における意義を把握した上で、是非が論じられるべきなのではないのでしょうか。

そして次の段階として、現段階の治療との相互関係を考えていくべきではないのでしょうか。とりわけ、がん治療においては、抗がん剤投与時ならびに放射線療法時における、酸化物質の服用が問題となります。正しい申告のもと、患者 - 医療者間での連携を密にすることでベストの選択が可能になるのではないのでしょうか。

以上をまとめると、がん患者さんにおける「代替医療」の意味を広い視野から捉えることが重要であり、極度の否定はかえって、利用しているという事実の隠蔽にもつながりかねません。そして、代替医療利用の意味を傾聴した上で、危険もしくは逆効果であると判断される場合は、中止することも必要になるのです。

次に経済的な問題です。こちらは各人の経済状況によって異なる問題ですが、常軌を逸した価格設定のものは詐欺的である可能性もあり、患者とその周囲の再考を促す必要も時にあるのではないのでしょうか。一般に、抗がんを目的とした健康食品は高価なものが多いのが実情です。そのためいくつも服用しているケースでは、経済的問題も鑑みながら数個に絞っていくことも時に必要となります。また、より安価な方法をとるという姿勢も大切です。そのためにも、こうした領域の相場のようなものを知っているコーディネーター的な統合医療の立場は不可欠になってくると思います。

こうした姿勢をまとめると、いかにある療法が効果的だとしても、あまりに適正さを欠く高額なものに対しては、経済的状況も考え合わせて再考する姿勢が重要といえます。患者さんを取りまく経済的状況を増悪させないという姿勢は、がん医療において不可欠なのです。

まとめ

1. 代替医療は医療者にはネガティブな印象を持つものも少なくないが、がん患者さんにとって自然治癒力への望みにもなっている。
2. がん患者さんにとっての「代替医療」の意味を広い視野から捉えることが重要。極度の否定はかえって、利用しているという事実の隠蔽にもつながる。そして時に、危険もしくは逆効果であると判断される場合は、中止することも必要。
3. いかに効果的だとしても、あまりに高額なものは再考が必要。患者さんを取りまく経済的状況を増悪させないという姿勢も不可欠である。

がん医療においては今回話題にしたような物質的な側面のみならず、いわゆるスピリチュアリティ（霊性）の問題も無視できません。次はこれに関するケースです。

ケース8：Aさんは、自分なりの統合医療観を持つ中で、時に悩みながらも日々の勤務を続けています。それでも、時に患者さんたちから発せられる「何故、私はがんになってしまったのだろう」「こんな辛いのならそもそも生まれてこなければ良かった」「生きている意味はあるのだろうか」・・・等々の発言には、戸惑うことも少なくありません。いわゆるスピリチュアリティ（霊性）の問題ということは認識していますが、テレビや雑誌などで扱われるものとの違いがよくわかりません。前世とか、オーラとか不思議なものが見えなければ、やっぱり解決しないのかなあ？現代医療以外のものを統合するのが、統合医療なのであれば、こうした問題も統合医療の枠に入るのかなあ？マスコミで扱われているものと現場との差にAさんは混乱してしまいました。

第10問 癒しの場におけるスピリチュアリティとは？

ケース8：Aさんは、自分なりの統合医療観を持つ中で、時に悩みながらも日々の勤務を続けています。それでも、時に患者さんたちから発せられる「何故、私はがんになってしまったのだろう」「こんなに辛いのならそもそも生まれてこなければ良かった」「生きている意味はあるのだろうか」・・・等々の発言には、戸惑うことも少なくありません。いわゆるスピリチュアリティ（霊性）の問題ということは認識していますが、テレビや雑誌などで扱われるものとの違いがよくわかりません。前世とか、オーラとか不思議なものが見えなければ、やっぱり解決しないのかなあ？現代医療以外のものを統合するのが、統合医療なのであれば、こうした問題も統合医療の枠に入るのかなあ？マスコミで扱われているものと現場との差にAさんは混乱してしまいました。

今回は眼に見えないもの、精神面を超えたスピリチュアリティ（霊性）と言われる領域に関してです。医療におけるスピリチュアリティは、緩和医療領域を中心にすでに成書も多く刊行されていますが、一般に認識されている「スピリチュアル」との隔たりも多く、現場に働く看護師をはじめとした医療従事者にとっては、Aさんのように混乱したり、もしくは全く関係のないものとして認識されていることも多いのではないのでしょうか。こうした問題を統合医療の観点から考えていきたいと思います。

過去においてスピリチュアリティの問題は、医療の問題として話題に挙げるのが憚られるような雰囲気もありましたが、一時期に比べれば、現在ではそうした雰囲気は減ってきているように感じます。そうした医療現場の慎重な立場の一方で、スピリチュアリティという言葉自体はマスコミを中心にずいぶん取り上げられる機会が増えてきました。こうした状況は良い面、悪い面、両面をもたらしました。

良い面としては、一部のオカルト的な人たちの言葉、という認識から誰でも関係しうる

もの、というように認識が変化していったことがあるでしょう。テレビ番組などを通じて、前世や生まれ変わり、ひいては生まれてきた意味というようなことが、特別な一部の人たちではなく、誰もが関係することとして認識されるようになったことがあげられます。もちろん、こうした観点はすべての人が受け入れているわけではありませんし、ましてや真に正しいことである、などと主張しているわけでもありません。ただ多くの人が肯定的・否定的を問わず、関心を持つようになったということは事実です。こうした状況は医療の現場といえども無視するわけにはいきません。緩和医療を中心に、スピリチュアルペインの問題はより重要になってきています。

次に悪い面としては、医療の問題に限定されるわけではありませんが、詐欺や霊感商法の横行につながりうることです。またこれらを一つの方便として、現代医療そのものを否定するような流れを形成する場合があります。いずれにしても、悪い面は、スピリチュアリティーそのものの問題というよりは、その悪用という面が特徴的と言えそうです。その他、この問題を考えていくと、科学と非科学の問題など、哲学を含めた大きな議論に入らざるを得ないので、ここではこのくらいにしておきます。

スピリチュアリティーは従来、緩和医療において多く論じられることが多かったため、そこに限定されるかのような印象を持つ方も少なくないのではないのでしょうか。しかし、今後あらたな医療の展開の中で、がんのターミナルケアのみならず、広く生活習慣病のケア、さらには未病や予防という領域においても大きく影響してくるように思います。ここではスピリチュアルヒーリングというものの特徴を、癒しの聖地として名高い「ルルドの泉」を例に考えてみたいと思います。

ルルドの泉とは、1858年フランス南部ピレネー山脈麓の町ルルドで、少女ベルナデッタ（Bernadette）に対して、聖母マリアが降臨するとともに泉の存在が告げられて湧出した、病気を治癒させる力をもつとされる奇跡の泉です。

今日に至るまで、ルルドの泉による奇跡的治癒は続き、200万人以上の人たちが訪れ、うち6784例の治癒が記録され、バチカンの設定した厳密な基準を満たす「奇跡的な治癒」は66名を数える、とされています。しかし、これらはあくまでも申告されたものであり、自覚的にも他覚的にも治癒していながらここに記されていない（申告していない）人数はさらに多くいると推定される、まさに奇跡の泉なのです。そして、この泉には奇跡的な治癒を認定する医師がおり、私がかつて2度ほど訪問した際に、奇跡認定医であるパトリック・テリエ先生に、治癒した人の特徴を教えていただいたのが以下の二つの条件です。

- 1) 神さまに生かされていることがわかった時
- 2) 命が永遠に続くことを悟った時

先生はこの説明の中で、信仰がその治癒の中心的役割を示すことを強調されていました。そして、ルルドにおける「水」という物質にのみ効果を帰するのではなく、その背景として、生命の連続性としてのスピリチュアリティーにこそ重点を置くべきである、という解

説をされていました。これらを手がかりにして、治癒におけるスピリチュアリティーを空間的なものと時間的なものにわけて考えてみたいと思います。

まずは空間的な関係性におけるスピリチュアリティーです。具体的にいうと、人と人、人と水、という同時に存在するもの同士の関係性から生じる現象ともいえます。ルルドという「場」において特異な治癒現象が起きる、ということはまさにそこに関わる人すべてのエネルギーとその土地の持つエネルギーとが共鳴して、治癒に最適な「場」を形成しているといえるでしょう。車椅子やストレッチャーでも訪れる方々の参加するルルドのミサはまさに荘厳で、空間的スピリチュアリティー発揮の場、そのものという印象を受けました。

次に時間的なスピリチュアリティーに関してです。これは現在、同時に存在することはないもの、つまり前世や先祖なども含めた、時間的な命のつながりです。これは、ルルドにおける奇跡的な治癒をした人達の「命が永遠に続くことを悟った時」という特徴にも表れています。言うなれば、個体の死によってすべては消滅するのではなく、魂や霊として永遠に継続していくという立場です。よって、遺伝子的つながりのみならず、生まれ変わりのつながりをも含むものといえます。

こうした「つながり」や「絆」とも言えるスピリチュアルな関係性は、統合医療の提唱者の一人であるアリゾナ大学アンドリュー・ワイル教授をはじめ、この領域の人達が極めて重要視する概念です（もちろんそうでない立場の方もいますが...）。しかし一方で、そこには幅広い意味が付随し、ややもすると混乱しがちです。その意味で、ここでは、空間的、時間的の二つに大別して考えてみました。そしてルルドの泉という特異な場における治癒だけでなく、スピリチュアルヒーリングというものを考える時は、常にこの二つに分けて考えると分かりやすいのではないかと思います。それは、スピリチュアリティーというものが、時間的空間的つながりの中における自己の存在意義に基礎をおいたものであることから明らかでしょう。

以上を踏まえて、ケースを振り返ってみます。スピリチュアリティーの問題はがんの緩和医療領域に限定されるものではなく、幅広い「つながり」や「絆」という関係性のもと、生涯のあらゆる場面において重要な概念です。巷間よく耳にするものは、「前世」や「生まれ変わり」ですが、そうした時間的なものに限らず、空間的なものも含めて幅広く考えていくべき問題です。そうした意味ではエコロジーの考えにも一脈通じるところがあるでしょうか。スピリチュアリティーは、要素還元主義を第一義としてきた現代西洋医学に新たな風を吹き込む、統合医療的なキーワードとも言えるのです。

まとめ

癒しの場におけるスピリチュアリティーは、二つの要素に分けて考えられる。

- 1) 空間的スピリチュアリティ：他者（他人、他の生命、モノ）との関係性。「横」の関係
- 2) 時間的スピリチュアリティ：「前世」「先祖」「生まれ変わり」といった関係。「縦」の関係

それでは、次のケースです。

ケース9：大学病院に勤務するAさんと、地域の内科クリニックに勤務するCさんは、久々に再会しました。それぞれの立場で、これからのより良い医療を模索する二人は、それぞれの職場での統合医療のあり方を話し合いました。実際には、リーダーシップをとることは難しく、理解も得られず困難も少なくありません。しかし、患者さんのための新しい医療をめざして、小さなことからコツコツとやっていくしかありません。Aさん、Cさん、そして皆さんのそれぞれの職場では、どのような統合医療が実現可能なのでしょうか？

いよいよ実際の現場における、統合医療の具体像を考えていきます。医療制度の問題など、本格的な統合医療実現までの道のりは平坦ではありませんが、現時点でどこまでできるのか、皆さんと一緒に新しい医療像を模索してみたいと思います。

第11問 それぞれの職場では、どのような統合医療が実現可能なの？

ケース9：大学病院に勤務するAさんと、地域の内科クリニックに勤務するCさんは、久々に再会しました。それぞれの立場で、これからのより良い医療を模索する二人は、それぞれの職場での統合医療のあり方を話し合いました。実際には、リーダーシップをとることは難しく、理解も得られず困難も少なくありません。しかし、患者さんのための新しい医療をめざして、小さなことからコツコツとやっていくしかありません。Aさん、Cさん、そして皆さんのそれぞれの職場では、どのような統合医療が実現可能なのでしょうか？

いよいよ実際の現場における統合医療の具体像を考えていきます。医療制度の問題など、本格的な統合医療実現までの道のりは平坦ではありませんが、現時点でどこまでできるのか、皆さんと一緒に考えてみたいと思います。

まず、統合医療を実践するにあたっては、どのような形態が考えられるでしょうか。ここでは、とりあえず以下の3つの形態に分けて考えてみたいと思います。

1. 相談型
2. 支援型
3. 治療型

以上の3つについて少し解説してみましょう。

1. 相談型

これは文字通り「どういう代替医療が適切なのか」「そもそも代替医療を取り入れるべきなのか」といった問題に関して、相談にのる外来を念頭においています。現在、統合医療というと一般には、何か特殊な代替医療を取り入れることを前提にしたイメージがあるのではないのでしょうか。そもそも統合医療とは、この連載でも何度も説明しましたように、現代医療と代替医療を統合したものですから、場合によっては、代替医療を選択せず、結果として現代医療のみ用いることになったとしても、立派な統合医療なのです。つまり不適切と判断された場合は、代替医療を用いない、という可能性も統合医療という概念は内包しているのです。そのため、ここで言う相談とは、一定の代替医療へ誘導するような相談ではもちろんなく、場合によっては代替医療の利用を思いとどまらせる相談も含めていることに注意してください。そうした意味では、特定の健康食品などの謳い文句として統合医療という言葉が本来の意味から如何にずれているかということも理解できるでしょう。そうした意味では、通常の外来で医師が行っている相談も広い意味でここに分類されると思います。しかし従来は、私も含め、医師になる過程でこうした教育がなされていません。それゆえ、代替医療への理解がないまま、否定的な意見が述べられることが多かったと思います。それでは、現代の患者さんのニーズに沿ったものとはいえません。やはり一つ分野として、代替医療というものを統括的に理解した専門的な医療従事者によってなされるべき、というのが私の意見です。代替医療にはどのようなものがあるのか、どれが自分に適しているのか、こうしたことを相談できる窓口がほとんどないのが現状です。それゆえに、この相談型こそ、統合医療の実践においてもっともニーズのある形態だと思います。こうした相談にのれる専門家や窓口・外来が少しでも増えてきて欲しいと願っております。具体的には、がんのセカンドオピニオン外来のような形態で、病院内に設置されるのが理想といえるのではないのでしょうか。

2. 支援型

これは相談型に比べて、現時点では一般のニーズが高いものとはいえないでしょう。しかし、特定健康診査（いわゆるメタボ健診）をはじめとして、病気の予防に自覚的に取り組む姿勢が求められる昨今、きわめて重要な統合医療の形態といえます。従来の生活指導を幅広く未病への対策として、生活指導のみならず、代替医療の方法を積極的にとりいれていくものと考えてください。そこでは、漢方やサプリメントなども利用されますが、いわゆる治療目的ではありません。未病状態の改善、さらには健康の増進を目的にしたものです。イメージとしては、これまでの医療従事者と患者の関係というより、むしろトレーニングジムなどでのパーソナルトレーナーに近いと言えるでしょうか。単純な疾患の予防のみではなく、どのように生活していくかという個別性の高い問題に対して、個の医療として対応していくのが理想です。その結果として、疾患を予防し、薬剤費などの医療費の

削減が可能になってくるかもしれません。健康への関心の高い人達を積極的に支援する、これが支援型の大きな特徴です。また、健康問題に関心のない方々に対しても、その重要性を理解していただくよう、講演など啓蒙活動するのも支援型の重要な仕事といえます。こうしたスタイルが積極的に一般に支持されるようになってはじめて、医療への意識が高まってくると言えるでしょう。

3. 治療型

最後はもっとも馴染みのある統合医療のスタイルと言えます。何か具体的な代替医療を積極的に用いて、独特の医療を展開していくものです。ただし、この中にも、一人一人の健康増進を積極的に支持する姿勢や、現代医療とのバランス感覚は当然必要とされてきますから、前述した相談、支援といった2つのスタイルとも密接な関係を持っています。

また、この型は厳密には、単一の代替医療を展開するものと、複数の代替医療を組み合わせるものとの2つに分けられます。一見、大した違いはないようですが、そうでもありません。かつては代替医療といっても、いわゆる健康食品に加えて、漢方や鍼灸といった東洋医学がほとんどでしたが、現在は、アロマセラピー、アーユルヴェーダ、ホメオパシー...といった様々なものに容易にアクセスできます。当然、どのように組み合わせるか、そもそも組み合わせでいいものなのか、という疑問が湧いてきます。そうした相談的な要素も含まれてくるでしょう。

しかし、それでもこのスタイルのメインとなるのは、どのような代替医療を提供するか、という点です。これは特に、わが国での統合医療の特徴の一つのように感じます。それは「統合医療クリニック」と看板を上げると、次に尋ねられるのが「そこではどんな代替医療をしてくれるのか」という質問が多いことから明らかです。一般には「統合医療」ではなく、あくまでも「代替医療」に関心がある、というのがわが国での実情のようです。ちなみにアリゾナ大学統合医療プログラム(PIM)における事情は少し違って、統合医療を展開する医師は、具体的に特定の代替医療に関わるというよりは(そうしたパターンもありますが...)、複数のセラピストのコーディネーター的役割を担うことが多いように感じました。代替医療そのものというより、コーディネーターの役割としての統合医療が受け入れられているようです。

しかし、そうは言っても、国によって事情は違うもの。今後もわが国での統合医療のスタイルは、代替医療を中心とした、この治療型がメインとなっていくのは間違いありません。そのため、統合医療を担う医療従事者には、何か少なくとも一つ、特定の代替医療をマスターすることが求められてくるでしょう。

いかがでしたでしょうか。これ以外にもまだまだたくさんの統合医療スタイルが考えられるかとおもいますが、とりあえず3つに分類してみました。これらはどれが特に重要ということではありません。それぞれにそれぞれのニーズがあるのです。そして、ここまで本連

載を読んでいただいた方には理解していただけたと思いますが、これらは、ある特別な「統合医療」という診療科によってのみ展開されるものではありません。臨床のあらゆる科において、こうしたアプローチが必要になってくるということなのです。

心療内科医の太田大介先生は、その著書「心療内科の思考プロセス」のなかで「優秀な臨床医はすべて心療内科医である」と述べられております。これは統合医療においても当てはまる考えで、各科の優れた医師は、様々な方法を駆使し患者さんのために精一杯の診療をする統合医療医とも言えるのです。そして太田先生は、次のように文章を続けます。「一方、この言葉の逆は真ではない」と。これもまた統合医療にも当てはまります。統合医療医だからといって必ずしも優れた医師とは限らないのです。

まとめ

統合医療の臨床には3つの形態が考えられる

1. 相談型：現代医療に代替医療を取り入れるか否かを含めての相談
2. 支援型：健康増進、未病改善をめざす積極的姿勢を支援
3. 治療型：単一型、複合型による治療