

鍼灸は、現代の医療の中で、どのような役割を果たせるか？

—医療経済の側面を踏まえて—

京都大学大学院医学研究科

小野 直哉

はじめに

2007年の日本の人口は約1.3億人、日本の国民医療費は約33兆4,000億円、国民1人当たり約25万6,923円。2006年のOECD（Organization for Economic Co-operation and Development：経済協力開発機構）データによる日本の国民医療費は対GDP比で8.2%と、主要先進工業国中、最も低い。しかし、厚生労働省発表による2007年の日本の出生率は、1.34と前年度に比べやや回復したが、出生数そのものは減少しており、今後も減少傾向にあると予想され、長期的にも日本の少子化は、全国的に歯止めがかからない状況である。65歳以上の日本の人口は2025年に約3,500万人と、2000年に比較し6割近く増える。つまり、2025年に4人に1人が65歳以上になり、2050年には3人に1人となる。急速な超高齢化社会の進展に伴う高齢者医療費の急増と、少子化に伴う今後の就労人口・納税人口の減少を背景に、日本の医療財源が逼迫していくのは必至である。

試算の妥当性に問題はあるが、2005年10月の厚生労働省試算では、現状の医療サービスを継続すると、国民医療費は2025年に約56兆円となり、対国民所得比10.5%、対GDP比で7.7%の規模になると予測されている。いずれにしても、現在の20代や30代、40代が老人医療の恩恵を受ける頃には、日本の国民医療費が国家財政を脅かすまでに膨れ上がり、国の運営自体が困難になる可能性を示唆している。少子・高齢化の加速は、年金や医療など社会保障制度全体の再構築や労働力の問題ばかりではなく、単なるモノ作りから、健康関連商品やサービスなど、健康をキーワードとした高付加価値の産業分野へ産業構造そのものの転換を日本に迫っている。

一方、欧米では、1990年代初頭から鍼灸を含む相補・代替医療への関心が高まっている。特に米国ではそれが顕著である。米国は、対GDP比で約15%の費用を医療全般にかけており、世界でも最も医療にお金をかけている国である。しかし、米国は医療に対する公的保障が非常に少なく、2003年の米国国勢調査庁による調査では、健康・医療保険に加入していない無保険者が米国民の7人に1人と報告されている。医療費が極めて高い国でもある。そのため中産階級を中心に、医療費負担が深刻な問題となっており、経済的な理由からも相補・代替医療への関心を引き起こしている。また、産業的にも米国の成人人口の7人に1人が何らかの医療産業に従事しており、米国経済に占める医療産業及び健康サービス産業の割合は高く、特に米国政府は、知的財産の観点から、21世紀最大の世界市場である健康サービス産業分野で世界に先んじるために、近代西洋医学による現行の医療分野に比べ学問的に未開である相補・代替医療分野にいち早く参入し、バイオテクノロジー等の最新の科学技術を駆使して、相補・代替医療の分野から有益な知的財産を見出し、世界に先駆けて特許を取得していく戦略を展開している。

このような世界の医療財政や産業状況を背景に、相補・代替医療は有益な疾病治療・予防手段、さらには将来有望な産業分野として、世界から期待、注目されている。

本稿では、近代西洋医学を根本とする現行医療と共に、統合医療を構成する相補・代替医療の中でも、

特に日本の鍼灸に対する医療経済学的アプローチの現状とその背景、さらに医療経済を踏まえた鍼灸の今後の課題について述べる。

日本の鍼灸の現状

図1は、1996年から2006年までの日本の医療関係者数の年次推移を示している。図2は日本の医療関係者の中でも、西洋医学系の医療関係者の年次推移を示したものである。鍼灸師との比較のために西洋医学系の医療関係者の年次推移状況を見てみると、2008年現在、医師の数が足りないと社会では叫ばれているが、1996年から2006年までは、医師及び薬剤師も徐々に増加している。特に他の西洋医学系の医療関係者に比べ、看護師の急激な増加は顕著である。

図3は、1996年から2006年までの就業あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師数の年次推移を示している。はり師・きゅう師も、徐々に増加しているのが分かる。また、図4は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師免許登録者数の年次推移を示している。こちらでも図3同様、はり師・きゅう師の免許登録者数は、徐々に増加している。

図5は、あん摩マッサージ及び指圧・はり・きゅう並びに柔道整復の施術所数の年次推移を示している。はり師・きゅう師の数同様、はり・きゅう関連の施術所の数も徐々に増加している。

図6は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師試験受験者及び合格者数の年次推移を示している。あん摩マッサージ指圧師と比較して、2001年を境に、2002年から、はり師・きゅう師試験受験者及び合格者数は急激に増加している。

また、はり師・きゅう師養成機関（大学・短大・専門学校）の数は、1999年当時、全国に25校であった。しかし、2008年現在では、90校となり、9年間で65校が増設された。今後も、はり師・きゅう師養成機関は増加する傾向にあると言われている。

このような現状の中、鍼灸師が抱える問題として、少なくとも以下の5つが考えられる。①鍼灸師の急激な増加（10年間で12,130人増）、②鍼灸利用者は国民の6～7%¹⁻³⁾、③鍼灸師の捌け口がない、④捌け口があっても鍼灸が行えない、⑤鍼灸師の質の低下の懸念等である。

これらに対し、鍼灸界では以下のような対策を始めている。2006年6月、「鍼灸の需要を喚起すること」を目的に、鍼灸医療推進研究会が発会された。構成メンバーは、社団法人東洋療法学校協会、社団法人全日本鍼灸学会、社団法人全日本鍼灸マッサージ師会、社団法人日本鍼灸師会の鍼灸関連4団体である。鍼灸医療推進研究会では3つの作業部会が設立され、活動を行っている。各作業部会の名称と活動内容は以下の通りである。研修作業部会（活動内容：鍼灸師の質の向上）、研究作業部会（活動内容：鍼灸のEBMづくり）、普及啓発作業部会（活動内容：鍼灸の広報活動）。普及啓発作業部会では、まずは手始めに、鍼灸の啓発パンフレットを作成し、報道機関等のメディアへ、それらのパンフットを配布している。

日本の鍼灸師の年収と鍼灸の市場規模

日本鍼灸師会の会員へのアンケート調査の結果を基に日本鍼灸師会が試算した鍼灸師の年収は、約600万円である。試算の仮定は次の通りである。試算：4000（円/患者）×5（患者/日）×300（日）＝600万（円）。但し、この試算で用いられた仮定は、過去に『医道の日本』誌でも報告された日本鍼灸師会会員の開業鍼灸師の実態調査から1日平均患者数と1回平均治療費のデータを基にしており、この調査で特に年収や治療費など金額に関わる回答率が低かったことや日本鍼灸師会に所属していない鍼灸師も多く存在し、また柔道整復師の資格も有し、鍼灸と柔道整復の施術を複合的に行うなど、鍼灸師の施術内容や就業形態も様々で、明確に開業鍼灸師の実態を反映しているとは言い難い。開業現場での感覚を考慮すると、実際の鍼灸師の年収は上記の金額の半分ぐらいになるのではないかとされている。

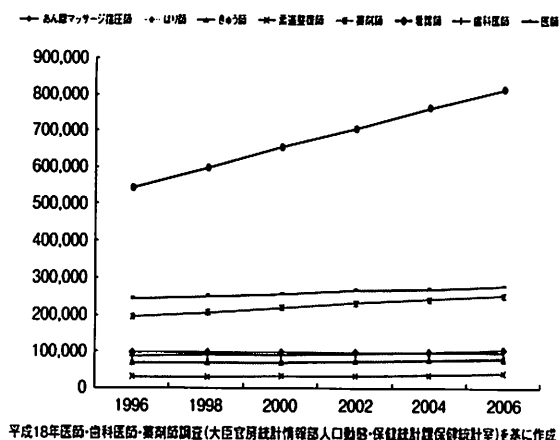


図1 医療関係者数の年次推移

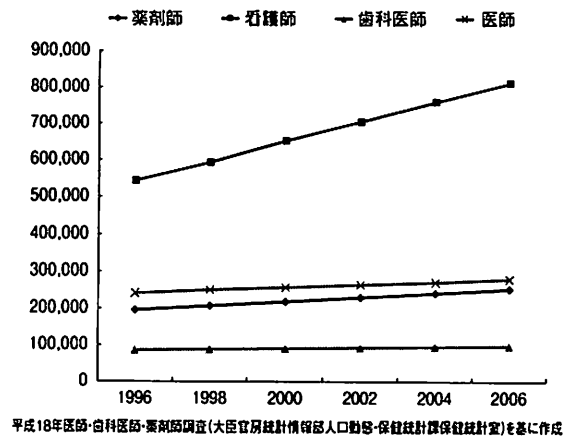


図2 西洋医学系医療関係者数の年次推移

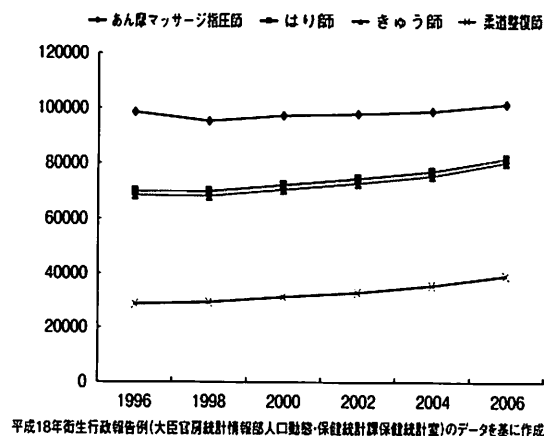


図3 就業あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師数の年次推移

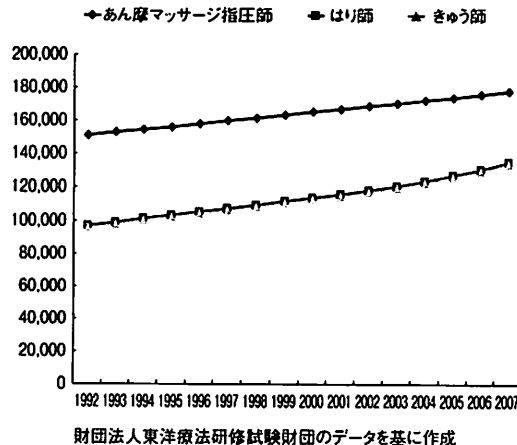


図4 あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師免許登録者数の年次推移

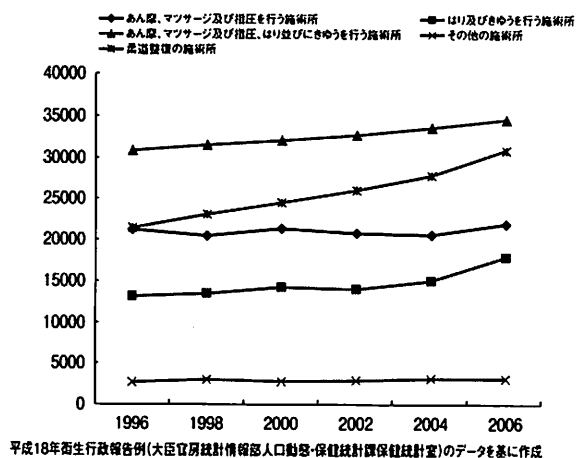


図5 あん摩マッサージ及び指圧・はり・きゅう並びに柔道整復の施術所数の年次推移

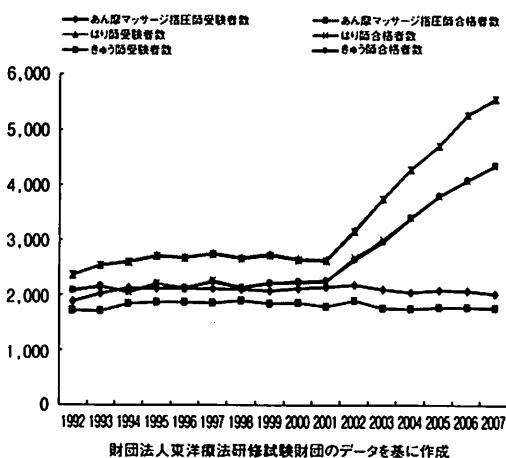


図6 あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師試験受験者及び合格者数の年次推移

荒い試算ではあるが、参考までに上記の鍼灸師の年収を前提にすると、鍼灸の市場規模は約4,800億円となる。試算の仮定は次の通りである。試算：600万（円）× 8万（鍼灸師の数）＝4,800億（円）。更に、これも上記の年収同様に考えると、上記の金額の半分ぐらいの2,400億円か、それ以下になると推測される。また、他の推計⁴⁾では、鍼灸の市場規模は900～1,400億円とも報告されている。日本の鍼灸師の年収や鍼灸の市場規模に関する試算を行う際、それらを推計するための信頼性の高い基礎データが日本では欠如しているのが現状であり、試算の仕方、仮定もいくつかある。今後はそれらの基礎的データを整備していくことが必要である。

図7、図8は、1991年から2000年までのあん摩マッサージ・はりきゅう・柔道整復の療養費払い（所謂、マッサージ・はりきゅう・柔道整復の保険適用払い）の年次推移を示している。療養費のほとんどは柔道整復に支払われており、鍼灸とマッサージへの支払いはわずかであることが分かる。ちなみに、社団法人日本鍼灸師会の報告によれば、2004年の療養費は3,690億円で、うち柔道整復への支払いが2,999億円、マッサージへの支払いが212億円、はりきゅうへの支払いが152億円であった⁴⁾。

鍼灸の経済学的研究の現状

鍼灸を含む相補・代替医療の経済性に関する研究状況

相補・代替医療の有効性に関する研究は、近代西洋医学のようにとはいえないまでも、先達の努力により国内外を問わず数多くの蓄積がなされてきた。図9は日本でもよく耳にする一部の相補・代替医療の2008年7月17日の時点での、2007年までの安全性と有効性、経済性それぞれに関するMEDLINE（医学に関する英語文献データベース）上の文献数とそれぞれの相補・代替医療別の文献の総数を、多い順に示したものである。

安全性と有効性、経済性は、提供される医療サービスの採択や優先順位を決めるために最低限必要な決定要因であり、EBM（evidence based medicine）の根幹を成す3つの根拠である。

PubMed（MEDLINEのWeb上の検索サイト）におけるMeSH〔Medical Subject Headings：医学用語を統一するためのPubMed用語集（シソーラス）〕を参考に、安全性をadverse effects、有効性をRCT（randomized controlled trial）、経済性をeconomicsとし、相補・代替医療としては鍼治療（acupuncture therapy）、指圧（acupressure）、漢方薬（medicine, kampo）、中国医学（medicine, Chinese traditional）、カイロプラクティック（manipulation, Chiropractic）、サプリメント（dietary Supplements）、マッサージ（massage）、アロマセラピー（aromatherapy）、ホメオパシー（homeopathy）、音楽療法（music therapy）、灸（moxibustion）とした。

図9から、安全性と有効性では、サプリメントと鍼治療、マッサージの順に文献数が多く、経済性では、サプリメントと鍼治療、ホメオパシーの順に文献数が多い。また、文献全体では、サプリメントと中国医学、鍼治療の順に文献数が多く、これらの相補・代替医療で研究が盛んことがわかる。また、相補・代替医療の経済性に関する文献数は安全性や有効性に関する文献数よりもけたが小さく、安全性と有効性、経済性の三つの根拠の中では最も研究の蓄積が少ないことがうかがえる。

図10は、上記の相補・代替医療の、2008年7月17日の時点での、2007年までの経済性に関するMEDLINE上の文献数の年次推移を示したものである。相補・代替医療の経済性に関する文献は、全体的に1990年代後半から増加している。

また、日本国内における相補・代替医療の経済性の研究状況を調べるために、医学中央雑誌（医学に関する日本語文献データベース）を用いて同様の検索を試みたが、当確する文献は2008年7月17日の時点では見当たらなかった。

表1は2008年7月17日の時点における、英国のNHS（national health service：貧富の差なく誰でも医療を受けられることを目標とした英国の公的医療保険制度）によって整備されているEED（economic

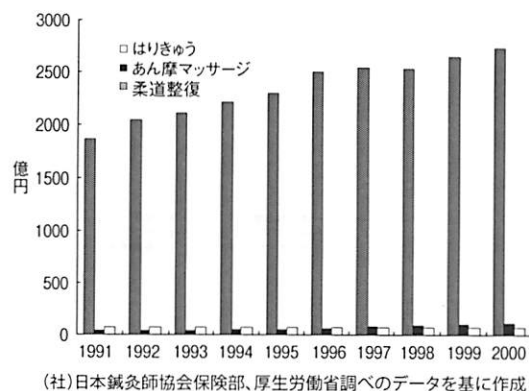
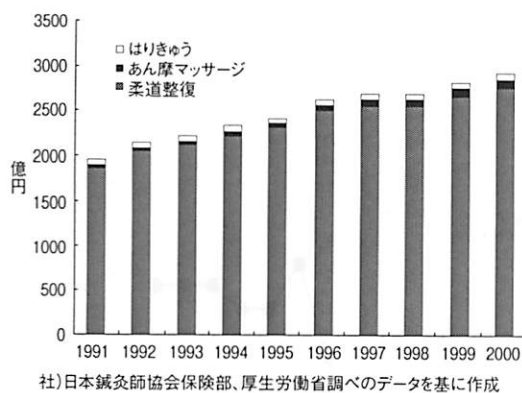


図7 あん摩マッサージ・はりきゅう・柔道整復の療養費払いの年次推移1

図8 あん摩マッサージ・はりきゅう・柔道整復の療養費払いの年次推移2

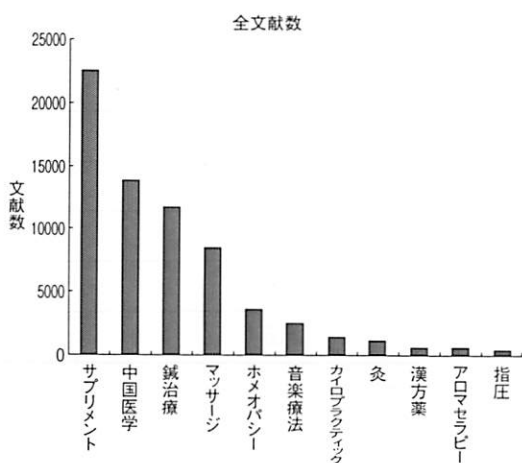
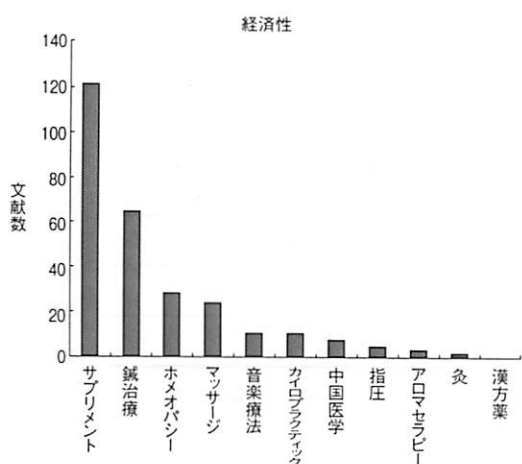
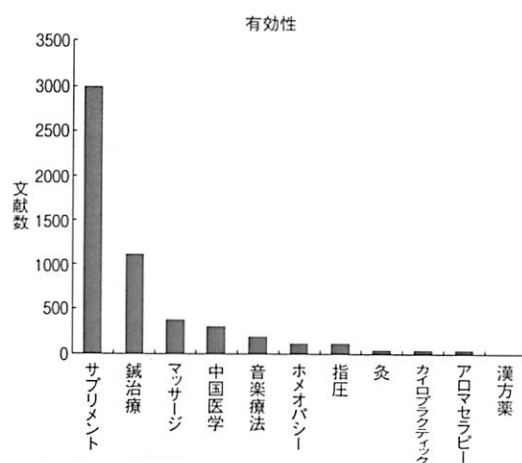
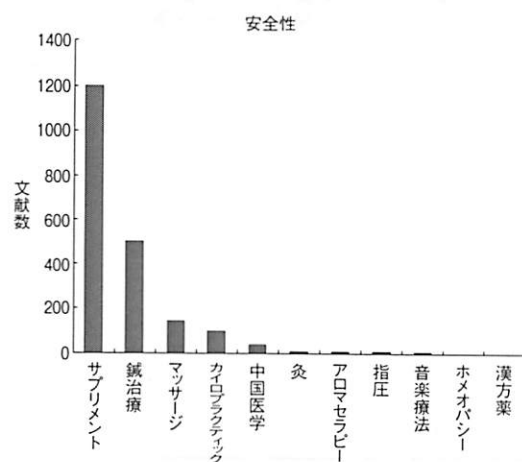


図9 相補・代替医療の安全性、有効性、経済性に関する文献の数(2008年7月17日時点)

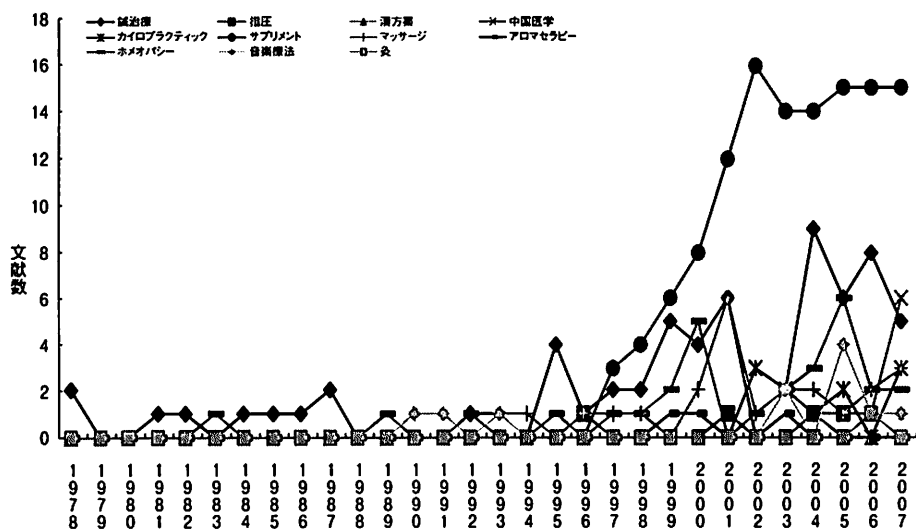


図10 経済性に関する文献の年次推移 (2008年7月17日時点)

表1 EEDによる文献のレビュー状況 (2008年7月17日時点)

	経済専門家により レビューをされた文献数	経済効果や費用分析を行っている とレビューされた文献数
サプリメント	40	25
カイロプラクティック	26	13
鍼	23	13
マッサージ	12	9
ホメオパシー	11	4
中国医学	6	4
音楽療法	4	4
指圧	3	2

*漢方薬、アロマセラピー、灸については、2008年7月17日の時点でレビューされた文献はなかった。

evaluation database：経済専門家によりレビューされた質の高い医療の経済効果、費用分析をしている文献の2次資料データベース）に収載されている前述の相補・代替医療の経済性に関する文献数の状況である。これらの相補・代替医療の中には、経済効果や費用分析を行っているレビューされた文献の数が十数件あるものもあるが、レビューの内容を見ると、ほとんどの文献に対し「経済効果や費用分析を明確にするにはさらなる研究が引き続き必要である」とのコメントが付け加えられている。

それぞれの相補・代替医療の経済性に関する文献はMEDLINE上では1990年代後半から増加している。また、2003年以降には、数は少ないが、いくつかの相補・代替医療の有効性に関するシステマティックレビュー（ある目的とする医学介入について根拠を明らかにするために世界中からランダム化比較試験を網羅的に収集し、批判的評価を加え、要約し、公表したもの）やメタアナリシス（複数の臨床試験データを統合する統計学的手法）を用いたレビュー文献も見られるようになってきた。しかし、近代西洋医学と比べ、相補・代替医療においては、経済性を評価するシステマティックレビューやメタアナリシスができるほど、経済性に関する質の高い研究の蓄積が、十分なされていないのが事実であり、多くの相補・代替医療の経済性に関してはいまだ明確にされていないのが現状である。

表2は表1の鍼において「経済効果や費用分析を行っているレビューされた文献数」の13件の論文の内容を示したものである。対象疾病と論文数は、腰痛4件、狭心症3件、頭痛2件、疼痛管理2件、頸部痛1件、消化不良1件の順であった。国別の論文数としては、英国5件、デンマーク4件、ドイツ3件、米国1件であった。論文で用いている経済評価法としては、費用効果分析6件、費用効用分析3件、不明4件であった。論文の発表年代は、1990年代が2件、2000年代が11件であった。

これらのことから、2008年7月17日の時点において、鍼の経済効果の研究は、疼痛に関するものが多く、英国で実施された研究が多く、2000年以降の近年に論文発表されている研究が多いことがわかる。

表2 NHS EEDによる鍼論文の批判的吟味状況 2008. 7.17

対象	文献	国/発行年	経済評価法	数
腰痛	Eisenberg D M, et al: Addition of choice of complementary therapies to usual care for acute low back pain: a randomized controlled trial. <i>Spine</i> , 32(2), 151-158, 2007.	米国/ 2007	費用効果分析	4
	Witt C M, et al.: Pragmatic randomized trial evaluating the clinical and economic effectiveness of acupuncture for chronic low back pain. <i>American Journal of Epidemiology</i> , 164(5), 487-496, 2006.	ドイツ/ 2006	費用効用分析	
	Ratcliffe J, et al: A randomised controlled trial of acupuncture care for persistent low back pain: cost effectiveness analysis. <i>BMJ</i> , 333, 626-628, 2006.	英国/ 2006	費用効用分析	
	Thomas K J, et al: Longer term clinical and economic benefits of offering acupuncture care to patients with chronic low back pain. <i>Health Technology Assessment</i> , 9(32), ii-iv, ix-x, 1-109, 2005.	英国/ 2005	—	
狭心症	Soren Ballegaard, et al: Long term effects of integrated rehabilitation in patients with advanced angina pectoris: a nonrandomized comparative study. <i>Journal of Alternative and Complementary Medicine</i> , 10(5), 777-783, 2004.	デンマーク/ 2004	費用効果分析	3
	Soren Ballegaard, et al: Addition of Acupuncture and Self- Care Education in the Treatment of Patients with Severe Angina Pectoris May be Cost Beneficial: An Open, Prospective Study. <i>The Journal of Alternative and Complementary Medicine</i> , 5(5), 405- 413, 1999	デンマーク/ 1999	費用効果分析	
	Soren Ballegaard, et al: Cost- Benefit Combined Use of Acupuncture, Shiatsu and Lifestyle Adjustment for Treatment of Patients with Sever Angina Pectoris. <i>Acupuncture and Electro- Therapeutics Res</i> , 21, 187- 197, 1996	デンマーク/ 1996	費用効果分析	
頭痛	Wonderling D, et al: Cost effectiveness analysis of a randomised trial of acupuncture for chronic headache in primary care. <i>BMJ</i> , 2004;328:747-749.	英国/ 2004	—	2
	Vickers A J, et al: Acupuncture of chronic headache disorders in primary care: randomised controlled trial and economic analysis. <i>Health Technology Assessment</i> , 8(48), iii, 1-35, 2004.	英国/ 2004	費用効用分析	
疼痛管理	Witt C M, et al: Efficacy, effectiveness, safety and costs of acupuncture for chronic pain: results of a large research initiative. <i>Acupuncture in Medicine</i> , 24(Supplement), S33-S39, 2006.	ドイツ/ 2006	—	2
	Humaidan P, et al: Pain relief during oocyte retrieval with a new short duration electro-acupuncture technique: an alternative to conventional analgesic methods. <i>Human Reproduction</i> , 19(6), 1367-1373, 2002.	デンマーク/ 2002	—	
頸部痛	Willich S N, et al: Cost-effectiveness of acupuncture treatment in patients with chronic neck pain. <i>Pain</i> , 125(1-2), 107-113, 2006.	ドイツ/ 2006	費用効果分析	1
消化不良	Paterson C, et al: Treating dyspepsia with acupuncture and homeopathy: reflections on a pilot study by researchers, practitioners and participants. <i>Complementary Therapies in Medicine</i> , 11(2):78-84, 2003.	英国/ 2003	費用効果分析	1

日本における鍼灸による医療費削減の報告

2008年7月17日時点の日本において、相補・代替医療の経済性を評価する本格的な疫学調査はない。しかし、いくつかの端緒となる研究や報告がなされている。鍼治療の経済評価に関しては、沢崎ら⁵⁾の研究がある。これによれば、肉体労働主体の一事業所の勤労者で頸肩部痛、腰痛、膝痛などを訴える117名に対し鍼治療を行い、各痺痛が半減した者は約8～9割。治療開始前後のPOMS (profile of mood states: 気分プロフィール検査) では、「緊張」、「抑うつ」、「怒り」、「疲労」、「情緒混乱」のスコアが有意に減少し、「活動性」は変化しなかった。鍼治療期間中、運動器疾患による医療機関受診の延べ人数と日数は半減し、健康保険医療費は約3分の1となったと報告している。

また、松山市にある愛媛県立中央病院では、市民や地域住民を対象に、慢性疾患の予防や健康増進の目的で、家庭でお灸を据え合うことを奨励し、お灸ボランティア支援教室を開催している。現在では、市民や地域住民の慢性疾患の予防や健康増進に効果を上げ、医療費の削減や地域医療と地域コミュニティの再構築に貢献しているといわれている。

いずれも、鍼灸の経済性を十分に証明しているとはいえない。しかし、先行研究としては大変興味深く、今後さらなる質の高い調査研究が望まれる。

鍼灸の応用領域

図11は、日本における相補・代替医療の今後考えられる応用領域を示したものである。日本における相補・代替医療の将来の応用領域としては、医療の本体の周辺部分の4つの領域(A.高度医療、B.予防・健康増進、C.生活サービス・アメニティ、D.介護・福祉)が考えられる。その周辺部分の2007年度までの既存の市場規模は少なくとも約9兆円(A.高度医療:5,000億円、B.予防・健康増進:健診・人間ドックのみで2兆円、C.生活サービス・アメニティ:5,000億円、D.介護・福祉:6兆円)と考えられる。これらの相補・代替医療の応用領域に鍼灸の応用領域も含まれる。

しかし、相補・代替医療の種類は各国ごとに特徴があり、範囲も異なる。現在のところ世界共通の明確な相補・代替医療の範囲規定がない現状である。日本においても相補・代替医療の明確な範囲規定はない。そのため、何をどこまで相補・代替医療に含めるかにより、日本における相補・代替医療の応用領域及び市場規模は変わってくる。

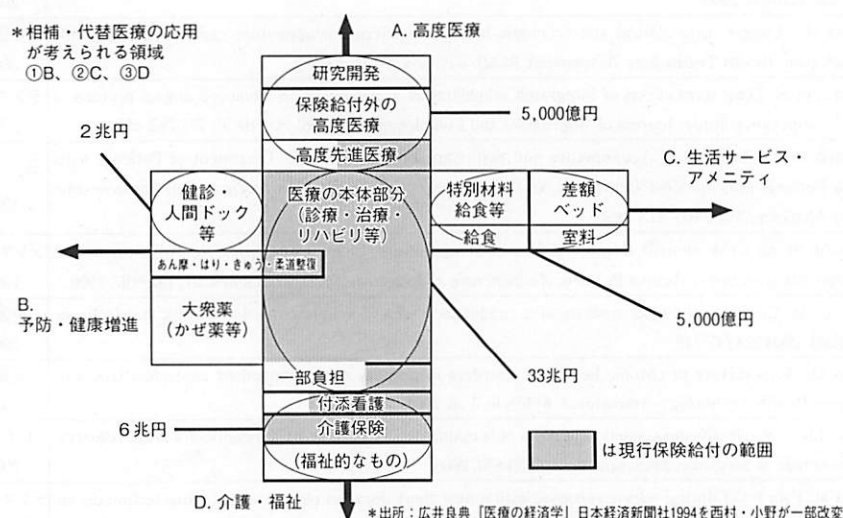


図11 医療の本体部分と4つの周辺部分の市場規模

新たな評価軸の必要性

治療と予防を考える際、いくつかの問題に直面する。一つは「命に関わるものは平等に行うが、治療の何処までを平等に行うべきか?」、二つ目は「治療と予防の区別は出来るのか?」、三つ目は「公的予防と個人（私）的予防の区別は出来るのか?」、そして「医療の質（技術）をどのように評価するのか?」である。統合医療を模索する際、相補・代替医療の効果をどのように評価すべきか、という問題がある。それはまさに「医療の質（技術）をどのように評価するのか?」であり、それは鍼灸も同じことである。

現在、臨床現場では、EBMの側面だけではなく、NBM（narrative based medicine）の側面から人間を捉えることの重要性が重視されてきている。つまり、人間は、EBM（生物物理化学的存在であるヒト〈ヒトに理在り〉）とNBM（社会心理学的関係性を有する人〈人に訳有り〉）とが表裏一体（ヒトに理在り、人に訳有り）を成し、それを如何に捉えるかが今日では重要である。

従来から医薬品の臨床試験で用いられてきた効果検証の方法論であるRCTを用いた効果検証のための研究デザインでの主な評価項目の基本は、生物統計学による有意差であり、信頼性である。つまり、RCTによる研究デザインでの結果を「生物統計学的エビデンス」のレベルが高いか、低いかで、その治療法や医薬品の有効性を判断しているのである。「生物統計学的エビデンス」は自然科学の基本であり、観察研究及び介入研究においては非常に重要である。相補・代替医療では、この評価すら行われていないものが多い。日本の医療が統合医療を指向する際、相補・代替医療においては、先ずは「生物統計学的エビデンス」を用いたEBMの観点から更なる相補・代替医療が有効とされる症例報告の整理と蓄積をし、それらを基に科学的根拠を実証するための研究の蓄積が今後必要である。そして、「生物統計学的エビデンス」だけでは捉え切れない、生活の質については、現在各種疾病別のQOL評価尺度やSF36等、QOLの評価尺度は多様に存在するため、研究目的に沿ったQOL評価尺度を用いて相補・代替医療の研究の蓄積を行う必要がある。

RCTは相補・代替医療の中でもサプリメントや健康食品等、物質による人体に対する物理化学的刺激の効果の検証には有効であるが、マッサージや鍼灸等の徒手療法や気功等、人が介在する多くの相補・代替医療では、施術者からの影響を被験者が受けるため、RCTを用いた効果の検証のための研究デザインだけでは、それらの相補・代替医療の真の効果を評価するには困難であるとの議論が交わされている。

鍼灸を用いた際、例えば「何となく体や心が軽くなった」、「スッキリした」等の曖昧な言葉でしか表現出来ないような症状の改善や体調の変化を明確に評価する尺度は、現在のところ未だない。しかし、これら微妙な症状の改善や体調の変化の継続的蓄積が、鍼灸の効果を形成する要因とも考えられる。この曖昧な感覚や表現は、心身を含めた総体としての人間から発せられる身体感覚であり、表現であると考えられる。心身を含めた総体としての人間への鍼灸や相補・代替医療の効果を一元的に評価するための評価方法が今後は必要であり、それを仮称「ホリスティック・エビデンス」と呼ぶなら、その評価軸と評価方法の開発が今後は必要になると考えられる。

また、「ホリスティック・エビデンス」の評価軸を検討する際に留意しなければならないと考えられるいくつかの事柄の一部を以下に挙げる。

- 患者の曖昧な申告に基づき、患者を診断しなければならないのが医療現場の現状である。その曖昧な環境において、相補・代替医療の中でも各国の伝統医学では、短時間で患者のトータルな生活を把握し、診断する方法が発達した可能性がある。
- 伝統医学の診断方法の中に、患者のトータルな生活を把握するホリスティックな視点が含まれているとするなら、その視点自体を評価することが必要であり、どのように評価するかが重要である。
- 何をもって「ホリスティック」と評価するのか、患者のトータルな生活の把握が「ホリスティック」と言えるのか、その範囲の検討。

以上のことに留意し、「ホリスティック・エビデンス」の新たな評価軸が開発できるなら、「生物統計学的エビデンス」では捉えきれない、相補・代替医療の有用性を評価できるようになると考えられる。まさに、統合医療を実践する際に、統合医療の評価法において、「ホリスティック・エビデンス」で「生物統計学的エビデンス」を補完できるようになるのである。

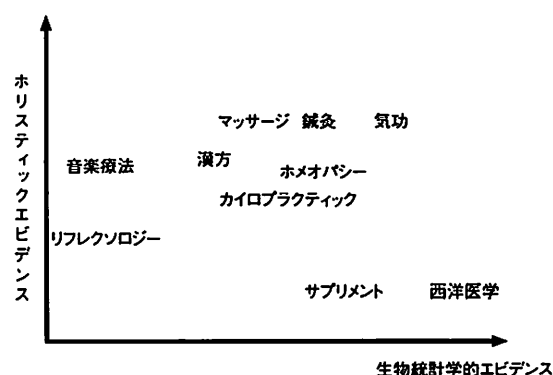


図12 新たな評価軸の必要性

図12は、「生物統計学的エビデンス」と「ホリスティック・エビデンス」の評価軸を用いて、個別の相補・代替医療を評価し、グラフ上に個別の相補・代替医療をプロットした際のイメージ図である。図はあくまでも例としてのイメージ図であり、グラフ上に示した個別の相補・代替医療の位置は仮のものである。

このグラフのイメージ図で大切なのは、「生物統計学的エビデンス」と「ホリスティック・エビデンス」の評価軸、其々のエビデンス（根拠）において、どの位置に個別の相補・代替医療が将来位置しているかということである。「生物統計学的エビデンス」が高く、「ホリスティック・エビデンス」が低いものもあれば、逆に「生物統計学的エビデンス」が低く、「ホリスティック・エビデンス」が高いものもあるだろう。それらは研究の蓄積や社会状況により変化すると考えられるため、これらのエビデンス状況に関し、経時的に、定期的な定点観測をすることが、今後必要になってくると考えられる。

また、民主主義国家において、各国政府が、より良い医療サービスを合理的に国民に提供するために、限られた医療資源の最適配分をする政策（EBP：evidence based policy）を行う必要があるのなら、そこには提供される医療サービスの採択や優先順位決定のための合理的根拠が必要とされる。提供される医療サービスの合理的根拠の要素としては少なくとも、EBM（安全性、有効性、経済性）が考えられる。EBMは、医療サービスを受益する医療消費者である患者を守るものでもあり、患者が自ら医療サービスを選択する上での重要な指針となる。今後はEBMに加えNBMの考えもEBPには必要になると考えられるが、どこまで個別性を考慮、対応できるかが課題である。しかし、それらの課題を解決するためには「新たな評価軸」の必要性は今後益々高まっていくであろう。

鍼灸と医療経済の課題

鍼灸に興味がある者ならば、その「経済性」や「費用対効果」に誰しも関心がある。しかし、それらは漠然としており、本格的には着手されていない。それは鍼灸が医療や社会における最近のトピックスという理由や安全性や有効性に関する科学的根拠が少ないという理由だけではない。特に日本では、鍼灸の医療経済学的アプローチに着手し難い環境が存在し、乗り越えなければならない課題が多い。表3は日本における相補・代替医療と医療経済の課題を学術が担当すべきものと行政が担当すべきものとに区別し、その内容を示したものである。これは鍼灸にもそのまま当てはまる事柄である。

現在のところ「鍼灸の経済性」、「鍼灸の費用対効果」は未知数である。しかし、これらは今後の研究成果により明らかにされていく事柄である。玉石混濁の相補・代替医療の中では、鍼灸は比較的安全性と有効性の研究がなされており、方法論の問題はあるが、他の相補・代替医療の治療法と比較すると、その経済性の研究はしやすい部類に入る。そのため、玉石混濁の相補・代替医療の中でも、鍼灸が真に有益な医療サービスになり得るのかを明確にし、真に有益な医療サービスとして社会的に認知されていくことが重要である。そのためには表2に示した課題を一つずつ地道に解決していくことが必要である。

また、表3の課題以外に、鍼灸と医療経済を考えるうえで、十分考慮していかなければならないこと

表3 日本における相補・代替医療と医療経済の課題

担 当	内 容
学術・行政	・相補・代替医療の定義、分類の整備
	・経済評価すべき相補・代替医療の優先順位の検討
	・相補・代替医療の経済評価の目的と運用
	・関係所轄省庁と医療従事者養成機関の相補・代替医療に対する偏見と無関心、無知の解消
学術	・相補・代替医療に関する研究の蓄積
	・相補・代替医療に関する研究の質の確保
行政	・相補・代替医療の安全性や有効性、経済性の評価の日本における統括場所の明確化と統一化

がある。それは鍼灸が有効な疾病治療や予防手段として、予防医学や健康増進において期待されていることである。鍼灸が欧米において興味を持たれている要因の一つには、臨床予防医学や健康増進においても、鍼灸が秘めている経済的可能性があげられる。しかし、ここには次のような問題が内在している。「鍼灸は日常なのか、非日常なのか」、つまり「健康増進のための鍼灸は慰安（日常）なのか、治療（非日常）なのか」といった問題である。

例えば、「サプリメントは食品（日常）なのか、薬（非日常）なのか」。これは近代西洋医学における「肥満は病気ではないのか、病気なのか」、「肥満は食事（日常）で管理するものなのか、薬（非日常）で治すものなのか」といった問題と全く同じである。これがなぜ問題かという点、「抗肥満薬に対し誰が費用を支払うのか」、「肥満の食事管理に対し誰が費用を支払うのか」といった、費用にかかわる問題が生じるからである。

予防や健康増進に関する効果の検証は、治療に関する効果の検証と比べて困難を伴う。しかし、適切で公正な公的費用負担と私的費用負担の分担の問題を考えることは必要不可欠である。

日本国内では、国民皆保険制度のもと、国民の医療に対するコスト意識は米国よりも低いと考えられる。また、医療は国民にとって非日常のため、医療に対するコスト意識は希薄である。一方、食品は国民にとって日常であるため、食品に対する強いコスト意識が存在する。非日常には日本の行政の財政的支援が得られるが、日常には財政的支援は得られない。

鍼灸は、予防医学や健康増進といった日常としての介入も対象としている。またそこに期待が寄せられているのも事実である。コスト意識が希薄な日本の医学界と国民、そしてコスト意識のある行政との間では、予防医学や健康増進といった日常としての介入、その際にかかる費用をいったい誰が支払うのだろうか。いまだ答えはないが、今後、鍼灸の認知や利用が広まれば広まるほど、この問題は重い頭をもたげてくることになるであろう。

おわりに

鍼灸の医療経済学的研究も含め、鍼灸に関する学術的根拠は、鍼灸の臨床同様、未来の鍼灸の発展に必要な不可欠である。しかし、ある政策が策定され、その政策を施行する意思決定がなされるためには、その政策が扱う対象の学術的根拠（自然科学や社会科学、人文科学による科学的根拠）だけでは必要条件ではあるが十分条件にはならない。そこには、ステークホルダー（利害関係者）の利益や感情、思惑が絡み合い、それらに左右されることが多い。所謂、「政治的決着」が良い例であり、制度・政策の意

思決定は学術的根拠だけでは決まらないのが現実である。学術的根拠（定性的・定量的知見）は事象を説明する道具であり、客観的な視座である。そこには、意思決定の根幹を成す価値観は介在しない。学術の客観的立場は、事象や現象、事実の説明をすることが本分である。学術による科学的根拠を政策や制度、我々の日常生活に採用するか否かの意思決定は、政府の価値観、個人の価値観である政府の思想、個人の思想が担っているのである。つまり、制度・政策の意思決定には思想が必要であり、学術と思想が相成った時、初めて制度・政策の意思決定のための必要十分条件が満たされるのである。また、学術には、学理（理論）と技術（技）の意味合いもあり、鍼灸においては、その治療の理論と技ともいえる。

本稿のタイトルは「鍼灸は、現代の医療の中で、どのような役割を果たせるか？」であるが、これは本稿の下地となった社会鍼灸学研究会での著者への発表依頼演題であった。しかし、著者はこのタイトルに対し、社会鍼灸学研究会での発表と本稿の執筆を通して違和感を覚えるようになった。それは、「鍼灸は、現代の医療の中で、どのような役割を果たせるか？」ではなく、むしろ「鍼灸は、現代の医療の中で、どのような役割を果たして行くか？」ではないかと。つまり、前者には「制限された現状の環境の中で、鍼灸が受動的に出来ること」といったニュアンスが含まれており、鍼灸の閉塞的展開を示している。後者には「制限された現状の環境の中で、鍼灸が能動的に出来ること」といったニュアンスが含まれており、鍼灸の開放的展開を示している。現在の日本の鍼灸界には、この能動的で開放的な鍼灸の展開が必要なのではないだろうか。

今後、鍼灸を能動的で開放的に展開するためには、「日本の鍼灸をどのようにしたいのか？世界の鍼灸をどのようにしたいのか？鍼灸の未来をどのようにしたいのか？」といった「鍼灸の未来像を思い描くこと」、「鍼灸の Vision Quest（ヴィジョン・クエスト）」（鍼灸の未来展望の探求）を行うことが必要である。但し、そのヴィジョン・展望は、日本が直面している前人未踏の少子超高齢化社会や医療制度を含む持続可能な社会保障システム、医療以外の健康関連分野との連携も考慮し、未来の日本及び世界の医療保険制度と医療供給体制に答えられるものでなければならないことはいうまでもない。

鍼灸を志す士は、万物は流転・循環し、絶妙な中庸というバランスの下に存在するという気の医学の奥義に則し、己の主体的変革を信じ、自他共に変化することを恐れず、臨床と研究、文系と理系を問わず、学術に磨きをかけ、思想を鍛えながら、「鍼灸の Vision Quest」への第一歩を踏み出すことである。

「行動無き思想は、夢想であり、思想ではない」、これは古の哲学者の言葉である。今後の己も含め、21世紀の日本の鍼灸界に、この古の哲学者の言葉に答える行動を期待したい。

文 献

- 1) Yamashita H. et al: Popularity of complementary of alternative medicine in Japan: a telephone survey. *Complementary Ther Med* 10(2):84 - 93, 2002.
- 2) 山下 仁, 他: 日本における補完代替医療の普及状況 バブル, 玉石混淆. *医道の日本* 62(1):151 - 157, 2003.
- 3) 矢野忠 他: 国民に広く鍼灸医療を利用してもらうためには今, 鍼灸界は何をしなければならないのか—鍼灸医療に関するアンケート調査からの一考察—総集編1 受療意向について. *医道の日本*, Vol. 66 No. 8, 169-175, 2007.
- 4) 津谷喜一郎: 日本の相補代替医療のコストは3.5兆円.・生存研「代替医療と国民医療費研究会」平成14年～16年度研究から - [その5] . *医道の日本*, Vol. 66 No. 5, 164-174, 2007.
- 5) 沢崎健太, 他: 企業内労働者における運動器症状への鍼治療の効果と医療費との関連性に関する検討. *全日本鍼灸学会雑誌* 51(4):492 - 499, 2001.