「統合医療モデル」検討報告書
（初版）

2020 年 9 月

一般社団法人　日本統合医療学会
学術委員会

目　次

巻頭言　伊藤　壽記……i
統合医療モデル報告書作成に寄せて　仁田　新一……ii
統合医療モデルに寄せて　川嶋みどり……iii

Ⅰ．統合医療モデル検討の経緯と検討体制・目的・目標　吉田　紀子……1

Ⅱ．「モデル」および「統合医療モデル」の概念等の共有　吉田　紀子……2

Ⅲ．統合医療モデル検討作業　吉田　紀子……5

Ⅳ．統合医療モデルの実際
1．統合医療大学病院／大学モデル　浅川　明弘……8
2．統合医療都市型クリニックモデル　鈴木　清志……14
3．統合医療都市型クリニックモデル　小池　弘人……17
4．統合医療田舎型クリニック・ウェルネス施設モデル　山本　竜隆……20
5．統合医療歯科モデル　福岡　博史……23
6．統合医療看護モデル　緒方　昭子……26
7．統合医療統合ヘルスリテラシー獲得・支援モデル　吉田　紀子……30
8．統合医療社会モデル　和田　雄志……42
9．統合医療産官民協働モデル　蒲原　聖可……53
10．統合医療地域包括 IPW モデル　鶴岡　浩樹……62
11．統合医療災害モデル　小野　直哉……67
12．統合医療災生モデル　諫山　憲司……75
13．統合医療国際モデル　板村　論子……80

Ⅴ．統合医療モデル掲載の意義と今後への期待　蒲原　聖可……86

執筆者一覧……88

「統合医療モデル」に関する検討報告書（初版）

巻頭言

一般社団法人 統合医療学会

理事長　伊藤 壽記

この度、本学会新体制下、学術委員会の吉田紀子委員長のご尽力で、「統合医療モデル」に関する検討報告書（初版）が編集され発刊の運びとなった。そもそも本事業は前仁田理事長の下で、2014 年より統合医療モデルに関する検討が始まったが、諸般の事情で中断されていた。そして、今回新らたな学術委員会の事業の一環として、その活動が再開された。

そのひとつのきっかけとなったのは、2011 年 3.11 の東日本大震災であろう。この大惨事に統合医療の各チームが活躍したことを受けて、日本政府が統合医療について本腰を入れることになった。ご存知のように、厚労省主導で行われた、「統合医療」の在り方委員会、「統合医療」に関する情報発信サイト、そして統合医療企画調整室の設置（厚労省医政局）という一連の流れが起った。また、自由民主党の最大規模の統合医療推進議員連盟の中で、統合医療学会の学術委員と共に統合医療を進めていく中で、医療モデルと社会モデルに分けて議論していくことが提案された。

本報告書をみると、統合医療の理念に基づいて、その時代に即したコンセプトをしっかりと踏まえた上で、医療モデルと社会モデルをさらに細分化して論じている。統合医療は富士山の裾野のごとく守備範囲（領域）が広く、多種職連携によるチームプレーである。そこには統合医療がこれまで対象としてきた慢性疾患、すなわち生活習慣病に対する各種モデルに加えて、時代（時間）の流れとともに浮上し行政も巻き込んで検討されようとしている、超高齢社会を支える地域包括ケアモデルや大規模災害などに対する有事モデルが含まれている。

今年は、当初から未曾有の新型コロナウイルス感染症（Covid-19）が広がり、ついに 3 月に入ってパンデミックを引き起こし、その勢いは未だに猛威を振るっている。現在、有効なワクチンも抗ウイルス薬も開発されていない中で、生体が本来有する自然治癒力を引き出そうとする統合医療的なアプローチを用いて、種々の試みがなされている。次版の報告書には、そうした成果も盛り込まれることが期待される所である。

統合医療モデル報告書作成に寄せて

一般社団法人日本統合医療学会
名誉理事長　仁田 新一

医療や諸々の多様性から生まれた統合医療は、１９９０年初頭に特に米国で近代西洋医学の限界を超えた未来型医療として急速に全世界に展開していった。その後米国のＮＩＨを中心として、その科学的・臨床的な検証が精力的に行われ近年では代替医療というよりも健康増進や疾病の予防にその活路を見出している。特に進行癌に対するＱＯＬの向上や延命効果に優れた成績が報告されており、その科学的評価法や新しいナラティブな評価法が生み出され統合医療の有用性が注目されている。

本邦においても１９９８年から始まった日本統合医療学会を中心として日本にふさわしい未来型医療としての統合医療が提唱され、国民はもとより産官学でその必要性が認められつつある事は誠に喜ばしい限りである。この統合医療は人の五感を介して体内に①物理化学的要素（近代西洋医学を中心とした医療に用いられる）②運動的要素（呼吸、体動、バランス、リズムなど）③スピリチュアル的要素④心的要素や宗教的要素（祈り、信仰など）⑤食事療法や生活習慣への介入など体内への情報量を投入し、免疫力や人間力を強化して疾病の軽減や予防医療に大きな力を発揮する医療として注目されている。

日本統合医療学会では、統合医療の正しい普及を目指しその理念を共有しその活動を具現化するために２０１４年から統合医療のイメージ化や可視化を行い今後の日本における実践と発展に資する一環としての「統合医療のモデル化」の検討が開始された。そのまとめ役を吉田紀子理事にお願いしたが、今般その報告書が完成し日の目を見る事になった。内容としては「モデル」の必要性やその概念・定義の検討から始まり、統合医療モデルを既に具体的に構築して展開している１０数名に及ぶ医療従事者や研究者にそれぞれの立場での先駆的な事例をまとめたものであり、予防や健康増進から治療・看護に関わる事例や医療機関としてのモデル、地域性や協働性を踏まえた社会モデル、自助支援モデル等広域に渡り、また災害や国際関係にまでのモデル論を展開している。

この報告書は日本における統合医療の理解や実践モデルとして臨床の現場はもとより、その科学的根拠づけの新しい評価法の開発やその実証研究にも多大な貢献をするものとして多いに期待するものであり、吉田委員長を始めこの事業に参画していただいた委員各位に深謝するものである。

統合医療モデルに寄せて

一般社団法人日本統合医療学会
業務執行理事　川嶋みどり

統合医療のイメージ化・可視化に向かう第一歩としての統合医療モデルが提示された。企画・検討から報告書までの数年間にわたる吉田委員長始め各委員のご苦労に思いを馳せた。

モデル構築作業は、統合医療が単なる医術ではなくユーザーへの価値提供システム(エコロジカル社会システム)であることをコンセプトの１つに掲げている。従って、その成果は、先ず、本学会特有の多職種それぞれの専門性を活かした社会貢献の可能性への示唆が得られ、それにより、統合医療の基本的コンセプトと普及へのプロセスとアウトカムを、受益者とともに共有することができる。

看護師としての私が統合医療に関心を持った契機は、本学会創設当時の渥美和彦会長が示された「全人的　患者中心　自然治癒　予防」という基本理念と、看護がこれまで追求し掲げて来た目標とが重なったことによる。医制公布以来、西洋医学に寄り添いつつ専門性を模索し続けて来た看護が、その真価を発揮し得る場がここにはあると思った。つまり、従来からの医業への協力ではなく、統合医療を構成する数多の専門領域の中の１つの選択肢としてのヘルスワーカーとしての看護のありようを発揮すべきであると。

看護独自の機能は、年齢や健康の如何を問わず、人間が人間らしく生き、自分らしさを損なわずに生きていくことを手助けすること、すなわち「生命を維持・継続する日常的、習慣的ケア」である。一見あまりにもありふれた営みのケアゆえにその価値を意識されにくいが、看護の営み自体が、心身ともに心地よいプロセスにより自然治癒力を発揮させるという治療的意味を持っている。

その１例を、東日本大震災直後から現在まで継続中の専門職ボランティア活動の中に見ることができる。被災地で先ず求められたことは人々の暮らしの回復であった。誰にでも約束された日常を取り戻すことである。そのためには、折りに触れて衣食住全般にわたる未病予防、健康増進等への行動変容を促す必要があった。その際、地域特有の古くからの人間関係等から、やや閉鎖的・排他的になりがちな環境のもとで、ケアを媒介にしたアプローチが極めて有用であった。まさに、医療モデルから生活モデルへ、治癒から QOL への転換そのものを体験した。また、災害に強い街づくりのためにも、住民とともに、多世代交流を図りながら弱者や障害者に優しいコミュニティ作りを目指す役割が伴った。これは、ヘルスプロモーターの手法を用いる本モデルのコンセプトとも合致し、高齢化の進むこれからの社会に普遍化できる内容をもっている。さらに本モデルの精錬を期待するものである。

Ⅰ．　統合医療モデル検討の経緯と検討体制・目的・目標

１．経緯

日本統合医療学会においては 2014 年度から統合医療モデルの検討準備が開始され 2015 年 5 月第 1 回統合医療モデル推進委員会が公式に開催された。

委員会では当初 2016 年度中に統合医療モデル報告書を纏め、学会から出版する予定であったが、その後学会理事長諮問会議で統合医療ガイドライン出版が計画され、内容が一部重複することおよびガイドライン出版を優先することから、統合医療モデル委員会作業は一次中断された。

その後ガイドライン出版計画は中止され、学会の運営体制や事務局の再編が行われ、各種委員会も再編統合され、統合医療モデル委員会は統合医療学術委員会に統合され、活動再開が可能となった。現在も関係者や国民の統合医療モデルに関するニーズ・デマンズは大きいと考えられる。そこで、この度、あらためて、統合医療学術委員会のもと、旧統合医療モデル委員会で提言されていた各種モデルを時代の変化に応じて見直し修正し「統合医療モデル検討報告書(初版)」として編集し報告するものである。

当初のモデル委員会において決定された委員会の目的、目標、統合医療モデル検討のコンセプトおよび検討作業について、現学術委員会において一部修正し、下記に示す。

○検討体制（旧統合医療モデル委員会委員*1および現学術委員会委員*2）（50 音順）

浅川明弘*1、2　板村論子*1　諫山憲司*1　緒方昭子*1　小野直哉*1
蒲原聖可*1、2　小池弘人*2　鈴木清志*1、2　鶴岡浩樹*1、2　福岡博史*1
山本竜隆*1　吉田紀子*1、2　和田雄志*1

２．目的、目標

目的：日本統合医療学会の理念に賛同し、具体的な取り組みを計画している関係者に向けて、統合医療（狭義・広義）のイメージ化・可視化を行い、今後の各地における実践と発展に資することを目指す。また現時点では統合医療が十分に理解されていない国民や社会保障関係者に向けて、統合医療への理解と認識を高め、参画を促す。これらの目的のために現在、先駆的に実践されている統合医療（狭義・広義）事例をモデルとして紹介する。

（なお、狭義の統合医療とは主に医療機関等において実践される統合医療（医療モデル）を称し、広義の統合医療とは予防からケアの次元まで含めて統合医療のある地域社会づくり（社会モデル）を称するものとする）

目標：①　国民の包括的（全人的）健康人生とそれを可能にする地域社会づくりへの貢献
②　エコ医療・介護・福祉により持続可能な社会保障制度に寄与
③　新たな健康産業等の振興により地域と国の創成に寄与

Ⅱ．「モデル」および「統合医療モデル」の概念等の共有

1. モデル」について

統合医療モデルを検討する際に、まず、「モデル」の概念や定義を共有しておく必要がある。モデルという概念は目的、対象、側面、要素等により多彩に異なり、これまで「モデル」の表示例として多くの事例がある。（出典：小野里雅彦講義資料、吉田紀子一部改編）

製品モデル	機能モデル	ユーザーモデル
設備モデル	アクティビィティモデル	情報モデル
ファクトリーモデル	プロセスモデル	メタモデル
ビジネスモデル	デジタルモデル	ネットワークモデル
エンタープライズモデル	離散系モデル	階層モデル
マスターモデル	連続系モデル	質点系モデル
クレイモデル	制御モデル	システムモデル
データモデル	参照モデル	概念モデル
Biomedical model	Biopsychosocial Model	ICF Model ・・・

モデルとは何か、外国辞書によると、Model is

1．a standard or example for imitation or comparison.
2．a representation, generally in miniature, to show the construction or appearance of something.
3. an image in clay, wax, or the like, to bereproduced in more durable material.
4. a person or thing that serves as a subject for an artist, sculptor, writer, etc.
5. a person whose profession is posing for artists or photographers.
6. a person employed to wear clothing or pose with a product for purposes of display and advertising.
7. a style or design of a particular product.
8. a pattern or mode of structure or formation.
9. a typical form or style.
10. a simplified representation of a system or phenomenon, as in the scienses or economics, with any hypotheses required to describe the system or explain the phenomenon, offen mathematically.
11. Zool, an animal that is mimicked in form or color by another.

（ Random House Unabridged Dictionary ）

「モデル」という語には多様な意味があるが、三浦　雅弘[1)]は、先行研究者の報告より、自然科学・人文科学・社会科学等の科学論の文脈においてよく用いられる科学的モデルとして経験的モデル（アナログモデル）、理論的モデル、数学的モデルの３つについて論点も含めて紹介しており、「モデル」の意味・解釈については時代背景とともに検証・修正されることが示唆される。

自然科学分野では、大野克嗣[2)]はモデルという言葉の使い方を１．現実のある側面（現象）の数理的本質を捉えることを目的としたもの（現実はモデルより込み入ったものとなる）　２．系のある側面のあらゆる記述を与えることで実際の系の代わりになる数理的あるいは実体的な系。３．抽象的な概念をより具体的に表現したもの　の３つに大別し、1、2 は記述の道具であるが、3 は論証の道具としてのモデルであるとしている。

社会科学における「モデル」の検討について出口弘[3)]はある状態を目指すための認識装置であるモデルについて認識論的なクリティカルな方法論的再検討が未だ少なく、社会科学の発展と深化のために再検討が必須であると指摘している。

そのためにも今後多くのモデルが提言され検証されていくことが重要であろう。

北海道大学大学院情報科学研究科小野里雅彦[4)]によれば、

現代社会においては不可視な対象を把握する時にはモデルの存在が不可欠であり、実際に多くのモデルが提示されているが、モデルの概念については多様な内容を含み、モデルの検討および用いられるモデル概念の共有についてはモデルの基本的要素についての理解が必要であるとしている。

モデルを検討する際の留意点と必要性・有効性として小野里は、以下の３つを挙げている。

（１）モデルの記述対象は何か、その性質はどういうものかを事前に熟慮する。
即ち、記述対象や性質が、物理的か論理的か、実体/要素/属性か現象/プロセス/関係か単一か集合的か、静的（定常的）か動的（非定常的）か、具体的か抽象的か定量的か定性的か、決定的か確率的か、構造的か機能的か

（２）モデルを考える時、４つの切り口に留意する。
①モデルの意味（そのモデルは何を意味しているのか）、②モデルの表現（そのモデルは何によって表現されているのか）③モデルの効用（そのモデルによって何が可能となるのか）④モデルの対象（そのモデルは何を記述しているのか）。

（３）モデルの有効性必要性について
さらに小野里はモデルの必要性と有効性について、モデルは現実の対象（現象、構造、挙動、機能等）を理解（認識）するための枠組みを提供するものであり、知識スパイラルのモデルを例にとりながら、モデルの形式知から経験を共有することにより暗黙知が想像され、その価値が高まっていく効用があり、不可視な対象を把握する時にはモデルの存在が不可欠であると述べている。

文　　献

１）三浦雅弘：モデルとは何か？　応用社会学研究,　45：45～53, 2003.
２）大野克嗣：非線形な世界, 東京大学出版会, 185～188, 2009.
３）出口　弘：社会科学における理念型とモデル, 科学基礎論研究, 30（1）：23～29, 2002.
４）小野里雅彦：北海道大学大学院情報科学研究科講義資料.

Ⅲ．　統合医療モデル検討作業

以上、「モデル検討」の経緯・目的等および「モデル」の概念と必要性・有効性を理解し共有したうえで、学術委員会（旧統合医療モデル委員会）では統合医療モデル検討のコンセプトと具体的モデルを次のように検討することとした。

１．統合医療モデル検討のコンセプトについて

① 日本統合医療学会の統合医療の理念を踏まえる
② 患者・クライエント中心の EBM モデルをめざす
③ 全人的健康観に立脚し、現代医療と TM/CAM 等を統合する
④ 統合医療は単なる医術ではなく、最終ユーザーに対する価値提供のシステム（エコロジカル社会システム）として捉える（技術ロジック＋価値観ロジック）（狭義医療モデルと広義医療モデル＝社会モデル）（人と自然の融合里山モデル等）
⑤ 統合医療活用による健康寿命の延伸・QOＬ向上の成果に繋がるよう利用者のセルフケア力・ヘルスリテラシー獲得支援の重要性を共有する
⑥ ヘルスプロモーションの手法を用いる（社会モデル）（４象限対応）
⑦ 社会モデルは産官学民・多職種協働等による推進方法モデルも必要
⑧ 日本人の伝統的精神・文化・価値観・地域性・自然等資源を活用する
⑨ 国の保健医療介護福祉政策等スキームを便宜的に活用する
⑩ 国の成長戦略に可及的に整合させる（国内産業振興、国際貢献モデル等）
⑪ 平常時のみならず、非常時（災害、感染症パンデミック等）モデルも必要

２．統合医療モデルの具体的類型検討

統合医療の具体的なモデルは下記の 12 類型を候補とし、検討した。

① 医療政策的に、第 7 次医療計画（H30－R5）、地域医療構想を踏まえた医療機能別対応機関モデル（大学病院、都市型・地方型病院 or クリニック等）
② 5 疾病・5 事業および在宅医療の地域医療連携モデル
③ ②に加えて心身症・難病・障碍者・歯科モデル
④ 健康増進・予防等ヘルスケアモデル（自然環境活用含む）
⑤ 医療介護法対応地域包括ケアシステムモデル
⑥ 地域・学域・職域モデル
⑦ ①から⑥に関する看護ケアモデル
⑧ ①から⑥に関する自助（セルフケア）・ヘルスリテラシーモデル
⑨ ①から⑧を包括する社会モデル（地域創成、産官学民協働含む）

⑩ ①から⑨に関する大規模災害等非常時モデル（感染症パンデミック含む）
⑪ 国際モデル
⑫ その他必要なモデル

３．統合医療モデルの効用

①理解：統合医療という対象（内容、仕組み、機能等）を理解（認識）するための枠組みを提供する
②伝達：人から人へ、組織から組織への情報の伝達手段を提供する（専門家と利用者の理解の違いに留意要）
③共有：統合医療について協議・検討する際の共通の物差しを提供する
④予測：モデルにより統合医療についての未知の内容に関する予測や推測を得ることで判断材料を得ることができる
⑤蓄積：統合医療モデルは現代医療とＣＡＭの知を統合して構築される統合医療の新たな知を体系的に蓄積し、未来に向けて発展させる仕組みとなり得る

Ⅳ．　統合医療モデルの実際

本報告書における統合医療モデルとは、統合医療（狭義・広義）の確定された規範モデルの意味ではなく、各著者が現在先進的に実践されている、または、今後目指そうとされている多彩な統合医療（狭義・広義）の姿を、上記Ⅲの２の類型を踏まえたモデル(医療モデル、健康増進施設等モデル、社会モデル、地域包括ケアモデル、看護モデル、自助支援モデル、災害モデル、国際モデル）事例として紹介するものである。

なお、今回は統合医療モデルの具体的類型のすべてを網羅していない。
今回検討されなかった類型モデルについては今後の検討を待ちたい。

１．統合医療大学病院/大学モデル

浅川明弘・吉田紀子

1. 健康次元類型　（　医療　健康増進・予防　看護　ケア　）
2. 医療機関類型　（　大学病院/大学　）
3. 次元類型（　提供　利用　国際　）（　平常時　災害時　）
4. 統合医療モデル

１）役割・目標

大学に属する大学病院は、臨床・研究・教育・管理を実施し、人の健常・未病・罹病の状態に対し、全人・個別化医療・予防・ケアを提供する。健康増進・抗加齢・予防・根治・難治・終末期・社会・環境に貢献する統合医療の役割の中で、特に難治性疾患に対する診療と治療法の開発研究、統合医療の重要性・必要性を理解させる次世代教育において、重要な役割を担っている。

２）モデル図

図１～５に示す。

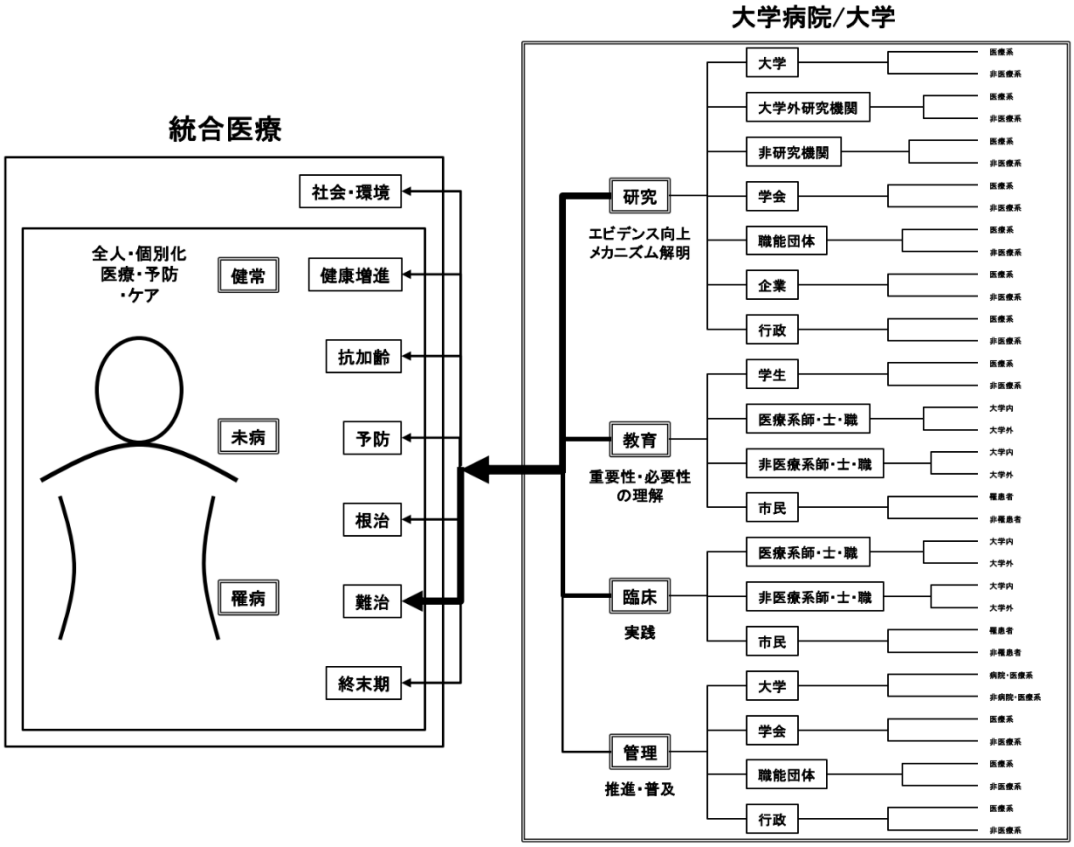


図１　大学病院/大学の役割

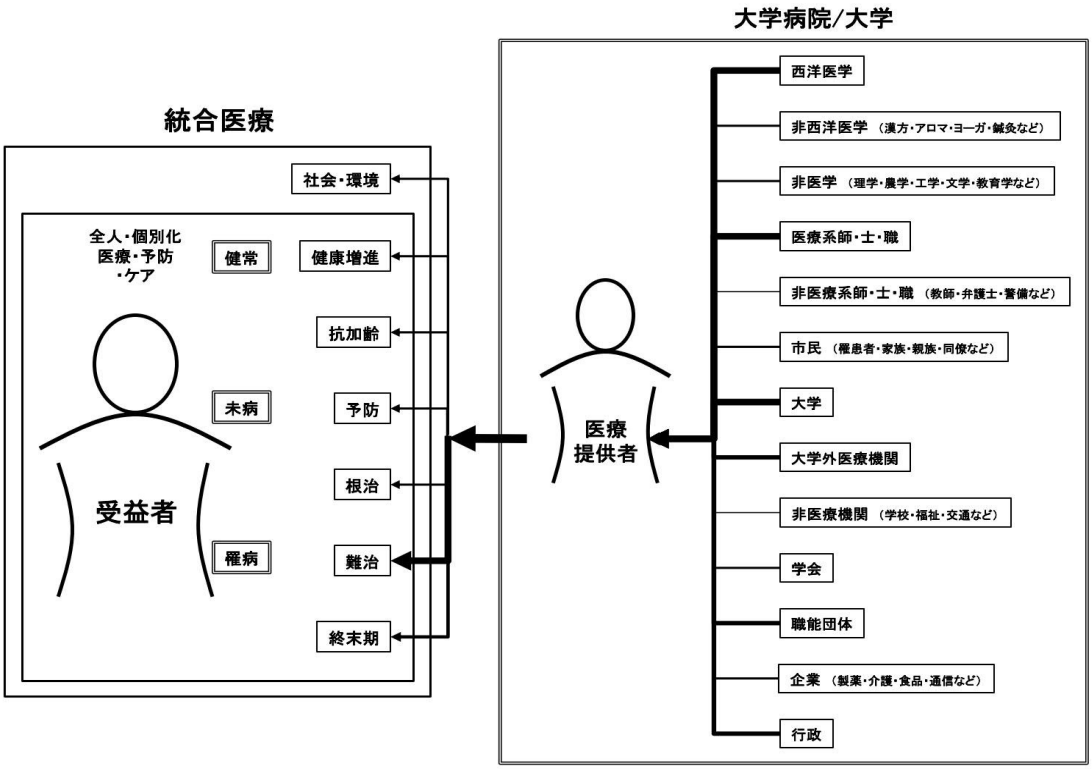


図２　大学病院/大学の医療提供者

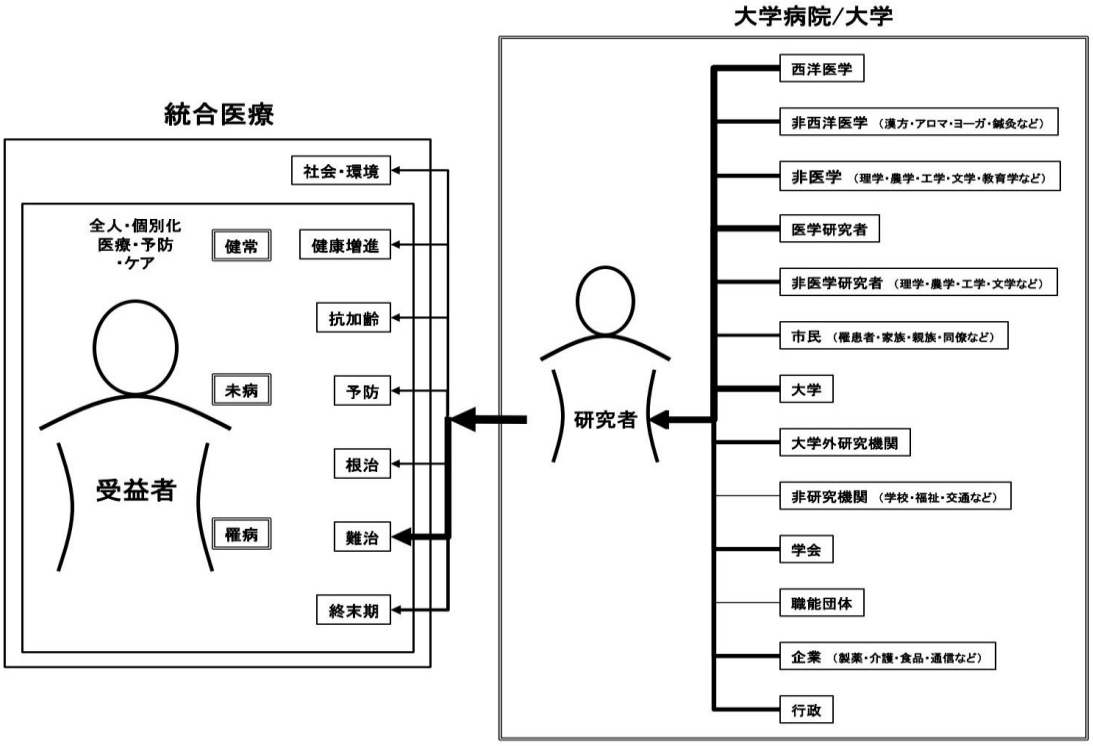


図３　大学病院/大学の研究者

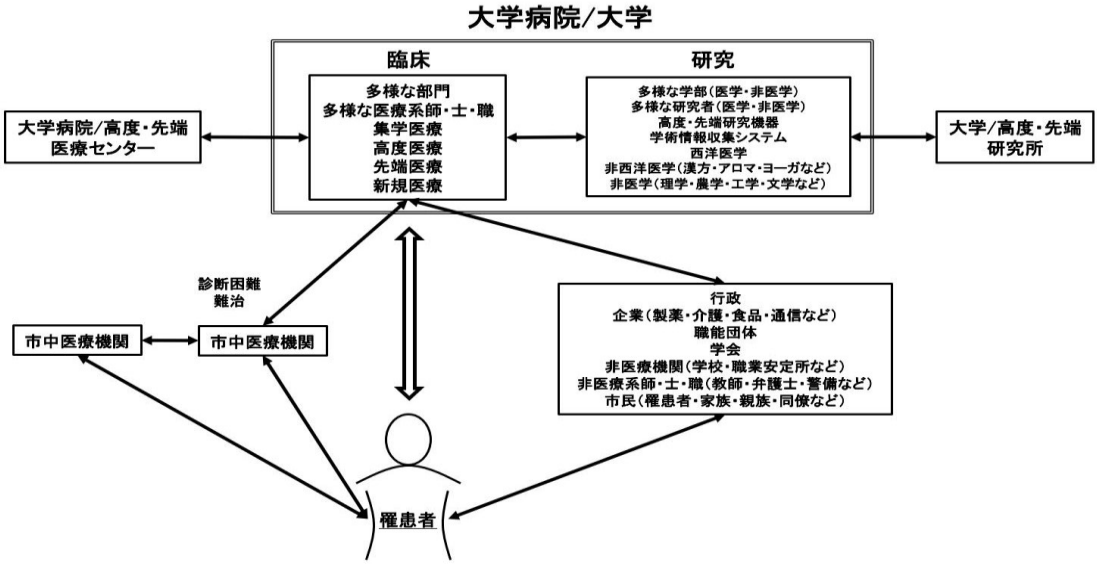


図４　大学病院/大学と他機関

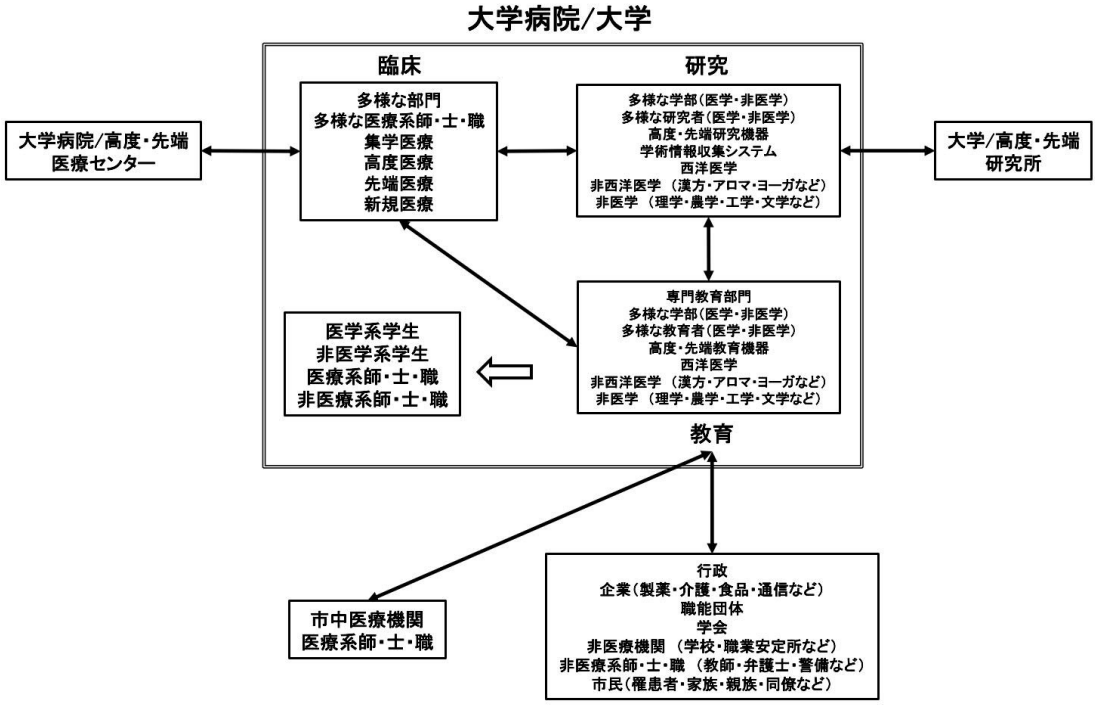


図５　大学病院/大学の教育

５．モデル図の概説・説明

大学病院/大学の主な役割には、研究・教育・臨床・管理の４つがある。他の医療機関と比較し、統合医療のエビデンス向上とメカニズムの解明のための研究、統合医療の重要性と必要性を認知・理解させるための教育における役割が大きい（図１）。統合医療を実践する医療提供者は、大学病院/大学内の医療系師・士・職のみならず、外部の医療機関の医療系師・士・職などと連携・協力する必要がある（図２）。

研究者は、統合医療のエビデンスの構築とレベル向上のために、大学病院/大学内外の多様な学術分野の研究者などとともに、研究を行うことが要求されている（図３）。市中医療機関において、治療困難、良くならない、わからないなど、難治、診断困難な罹患者に対し、大学病院/大学は、集学医療・高度医療・先端医療を提供する役割を担っている。

さらに、既存・現有の医療だけでは対処困難・不十分であるため、新規医療の開発研究、他大学病院/高度・先端医療センター、行政・企業などと連携・協力した統合医療を実践する必要がある（図４）。大学病院/大学の教育の対象は、大学病院/大学内の学生・師・士・職のみならず、外部の市中医療機関の医療系師・士・職から市民に至るまで、多数かつ多様である（図５）。

６．留意事項

統合医療の実践には、連携と協力が必須であるとともに、個別と総合性への配慮に留意することが要求される。大学に属する総合病院である大学病院においては、勤務している多様な医療系師・士・職、研究者、教育者のみならず、外部の大学、高度・先端医療センター・研究所、市中医療機関、行政、企業、職能団体、学会、非医療機関に所属する人との連携・協力、個別と総合性への配慮が要求される。

７．期待される効果

大学に属する大学病院は、臨床・研究・教育・管理を実施し、受益者にとって有用となる多種多様な選択肢を開発・提供することによって、個人が幸福になることのみならず、持続可能な社会・環境の総合的発展に貢献する。

８．課題

非西洋医学の療法における、科学的エビデンスの構築とエビデンスレベル向上のためには、適正な科学的方法に基づいた検討が必要であり、西洋医学・他の療法との連携・協力による活性化が重要である。しかしながら、エビデンス不足、低いエビデンスレベルを理由に、非西洋医学の療法の有効性を否定し、連携・協力を忌避する医療系従事者が存在する。大学病院/大学においては、非西洋医学の療法を対象に、多様なパラダイムを用い、適正な科学的方法に基づいてエビデンスの構築とレベル向上の研究を行うこ

とが必要である。さらに、難治症例を中心に、西洋医学のみでは対処困難・不十分であること、非西洋医学の療法は現時点でのエビデンスが少なく、作用機序の解明が遅れているに過ぎず、本質的な劣性は証明されていないことを理解させ、偏見排除・適正な認知を促す教育が求められている。これらの大学病院/大学における統合医療の活性化には、特に行政による運営費・研究費の増額、役職・人員の増加、講座・部門の設置、保険診療適用対象の拡充などに対する支援が必要と考えられる（図６）。

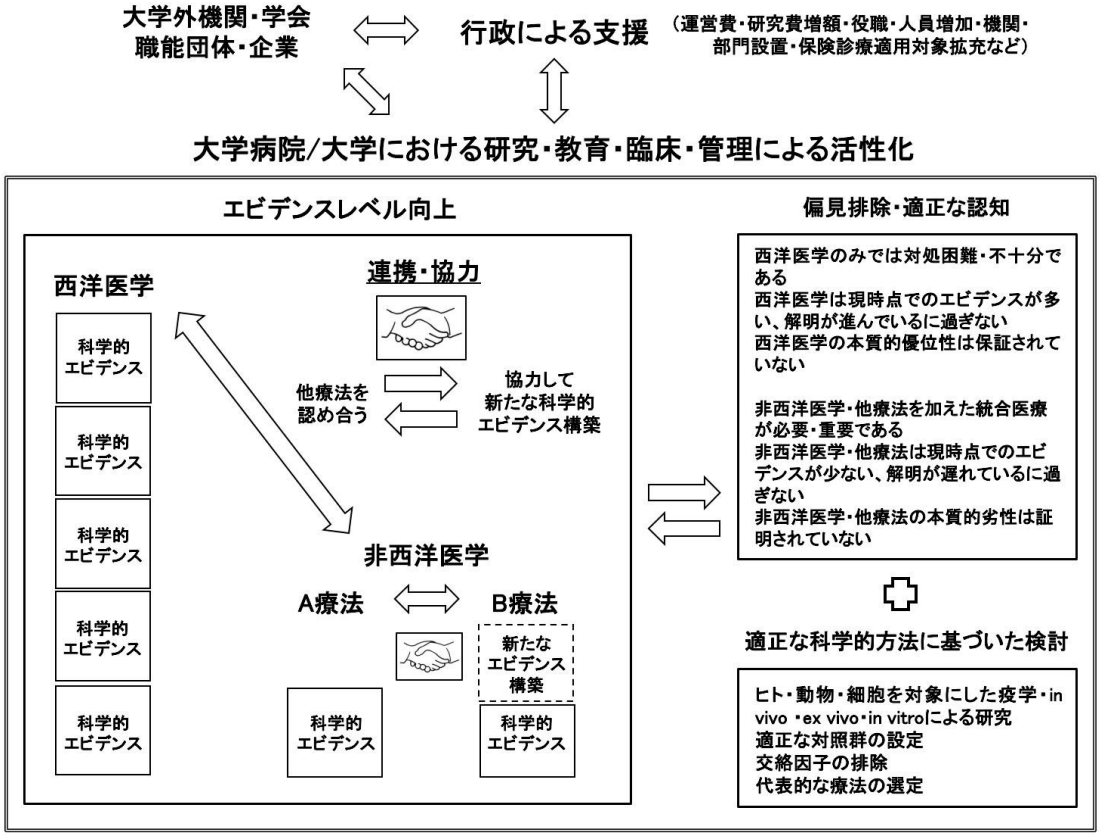


図６　大学病院/大学の課題

９．今後の対応策・展望

経済・社会の発展、医学の進歩を背景に、多くの疾患が治療・予防され、疾患構造が変化し、機能的疾患、心の疾患が増加するとともに、疾患診断閾値、個人が異常と判断する閾値が低下し続けている[1)]。薬から離脱したい、罹患の可能性を減らしたい、もっと理想に近づきたい、満足した終末を迎えたいなど、罹患者・健常者が要求する問題点も変化し、健康増進、抗加齢、予防、根治、終末期に対する統合医療の必要性・重要性がさらに増加していくことが予想される。今後、統合医療における大学病院/大学モデルの役割も、社会環境の要求に応じて、ターゲットを難治から健康増進や抗加齢に変えていくことが求められている。

文　献

1〉　平成 29 年（2017）患者調査の概況：厚生労働省，　21～22，2019.

２．統合医療都市型クリニックモデル

鈴木　清志、片村　　宏

1. 健康次元類型　（ 健康増進・予防　医療 ）

2. 医療機関類型　（ 都市型クリニック ）

3. 次元類型　　（ 提供　利用　生活　社会 ）（ 平常時 ）

４. 統合医療モデル

１）役割・目標

【都市型の特徴】

患者層：① サラリーマン・OL

② 会社退職後の高齢者とその家族

など、高学歴、ホワイトカラーが多い

来院理由：「通常の西洋医学的治療に不満足」が共通の理由

① 健康増進を目ざしたい

② より良い治療を受けたい

③ 西洋医学では治療法がないと言われた　　など

患者背景：

① 通常の西洋医学的診断・治療をすでに受けている

② 自分の病気や症状に対する知識が豊富

③ 私はこういう治療を受けたいという希望がある

④ 地域コミュニティとの繋がりに乏しい

⑤ 相談相手が少なく、不安が強い　　など

都市型クリニックの背景

① 近くに西洋医学の病院・クリニックがある

② 近くに各種療法・健康法の専門家がいる

③ 患者会、ボランティアなど各種のサポートグループがある

④ 比較的遠方からも来院する　　など

【都市型の役割・目標】

●近くの医療機関、各種療法士、公共機関、サポーターなどと連携して、患者に客観的な情報を提供して不安を和らげ、症状の改善と QOL の向上を目ざす

●患者には、生活習慣の改善（セルフケア）と前向きな生き方の重要性を理解してもらう

●患者自身も他の人のサポーターになれることを意識してもらう

具体的には、

①　現在の西洋医学的治療に不信感を持つ患者に対して、

Step 1: 検査データをもとに、客観的にその意味を説明

Step 2: 当クリニックが提供できる治療法等を伝える

Step 3: 患者にとって今必要なことは何かを話し合う

Step 4: 主治医などと連携して、患者を全人的にサポートする

②　治療法がないと言われた難治性疾患の患者に対して

Step 1: 病気は治らなくても、症状は改善する可能性があることを伝える

Step 2: 当クリニックが提供できるサポート等を伝える

Step 3: 医療機関、公共サービス、サポーターたちと連携したケアを構築

Step 4: 死の直前までその人らしい生き方をサポートする

③　健康増進を目ざす人に対して

Step 1: 食事と運動を中心に、生活習慣改善の重要性を伝える

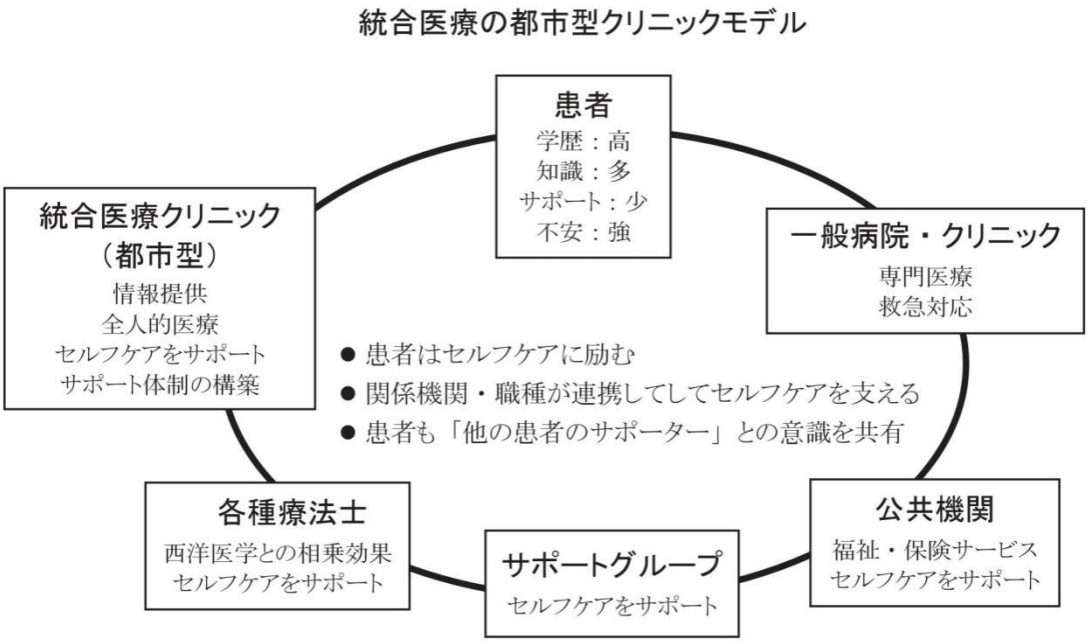
Step 2: 当クリニックが提供できる健康プログラムを伝える

Step 3: セルフケアをサポートする

Step 4: 他の人をサポートすることの重要性を共有する

２）モデル図

ハード(施設・設備・体制)、ソフト（提供内容)、提供(利用)手順の可視化



５．モデル図の概説・説明

役割・目標に述べたとおり

６．留意事項

●患者のセルフケアへの努力と前向きの姿勢をいかに引き出すかが鍵を握る
●近隣の医療機関・ソーシャルキャピタルなどと連携して、患者をサポート
●スピリチュアルケアを含めた全人的なサポート体制　など

７．期待される効果

●患者の満足度と QOL の向上
●お互いの QOL を支え合うコミュニティの構築
●予防から看取りまでの一貫した健康・医療システムの構築
●将来にわたって持続可能な医療システムの構築　など

８．課題

●一般医療機関、国民の統合医療に対する偏見
●患者がセルフケアに励めない社会的、経済的環境
●病気の治療に追われる医師、医療関係者　など

９．今後の対応策・展望

Step 1: 統合医療が治療効果や QOL に及ぼす影響を研究
Step 2: 研究結果をもとに、統合医療の支援の輪を広げる
Step 3: 統合医療をこれからの医療とまちづくりに生かす

参考文献

１）広井良典：生命の政治学―福祉国家・エコロジー・生命倫理，岩波書店，2003.
２）広井良典：創造的福祉社会―「成長」後の社会構想と人間・地域・価値，ちくま新書，2011.
３）近藤克則：「健康格差社会」を生き抜く，朝日新書，2010.
４）鈴木清志：コミュニティと連携した英国と日本の統合医療モデル，日統合医会誌，9：8～18，2016
５）鈴木清志、片村 宏：高血圧患者に対する統合医療の効果，日統合医会誌， 10:186～195，2017.
６）Suzuki K, Kimura T, Uchida S, et al. ：The Influence of a Multimodal Health Program with Diet, Art, and Biofield Therapy on the Quality of Life of People in Japan, J Altern Complement Med, 25:336～345, 2019.

３．統合医療都市型クリニックモデル

小池　弘人

1. 健康次元類型　（ 健康増進・予防　医療　ケア ）
2. 医療機関類型　（ 都市型クリニック ）
3. 次元類型　（ 提供　利用　生活　社会 ）（ 平常時 ）
4. 統合医療モデル

１）役割・目標

統合医療実践における利用者と提供者向けの 2 通りのニーズを実現することを目標とする。そしてこれが都市部における統合医療の診療体制拡充の役割を担う。

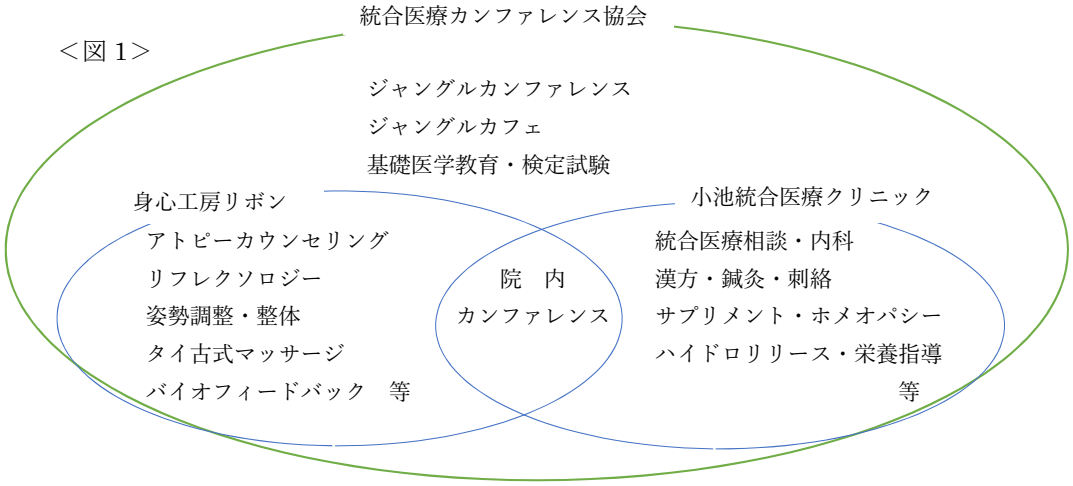
（１） 対利用者（患者さん）：一律な現代医療に対する不満・不信を有する方、がん再発防止やいわゆる不定愁訴など通常医療のニッチとなる症状を有する方、難治性疾患の補完的な治療を希望される方、等への納得のいく統合医療を提供する。

（２） 対提供者（セラピスト）：統合医療における適切なセラピストの育成（現代医療とのバランスや関連法規等の周知）、共通言語としての基礎医学知識の教育、臨床における疑問や相談等を通して現実的な統合医療提供をサポートする。

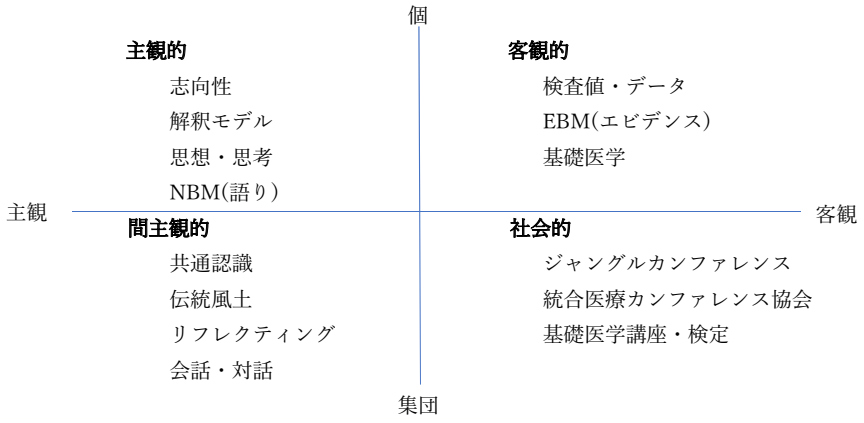
２）モデル図

ハード(施設・設備・体制)、ソフト（提供内容)、提供(利用)手順の可視化

＜図 1＞



＜図２＞



5. モデル図の概説・説明

前提として「統合医療」に対して２つの解釈を有する。一つは多彩なＣＡＭを多元主義的に捉えた（折衷主義的ではなく）多元的統合医療の立場。もう一つは、人・組織・社会の可能性を引き出すインテグラルな思想に基づいた意味での統合医療の立場である。前者はいわばハードの基盤となり、後者はソフトの基盤となるものである。

前者の具体化モデル（図１）について述べる。役割（１）に対していわゆる「患者中心の医療」を実現するため、医師による「小池統合医療クリニック」とセラピストによる「身心工房リボン」が並立し、多彩なニーズに対応している。役割（２）に対しては、両者で「院内カンファレンス」を定期的に開催することで情報共有し、現代医療的にもスーパーバイズされる。さらに、他の医療機関やＣＡＭ提供機関との情報共有としてジャングルカンファレンスの開催や、共通言語としての基礎医学知識の学習の場を提供する包括的組織として「統合医療カンファレンス協会」が設立されている。これらは総じて、「多彩な方法論を多元的に扱う」という意味での統合医療である。

後者の具体化モデル（図２）について述べる。多様な提供内容を、どのようにして統合的に取り扱っていくかを、縦軸に個と集団、横軸に主観と客観、として示している。

左上は個の主観で、疾病解釈モデルや方法論選択の志向性等、ＮＢＭでいうところの「語り」が中心で、思想や思考などの「主観的」なものである。

右上は個の客観で、通常医療におけるデータなどＥＢＭ的情報や、基礎医学的知識などの客観的な情報、さらには診察所見や、外部から観察可能な習慣・行動なども含む「客観的」なものである。

左下は集団の主観で、風土や伝統、共通認識をはじめ、統合医療カンファレンスや個別の相談などにおける「対話」によりもたらされる「間主観的」なもの。

右下は集団の客観で、社会制度や組織に関するもので、われわれの組織（統合医療カンファレンス協会・クリニック等）や学会、各種医療機関など医療連携の基盤ともなる「社会的」なシステムである。

これら四象限すべてに配慮しながら実際の診療にあたることが「統合的」であり「統合的な思考を用いる」という意味での統合医療といえる。つまり図１のハードにより担

保された多様性を、どのようにして具体的に取り扱うのか、という視点である。そして、これらを統括する実践的基盤が「プラグマティズム」であり、思想的背景が「スピリチュアリティ」であると考えている。

6. 留意事項

ＣＡＭの選択にあたっては、安易に何でもよいといった「折衷主義」に陥ることなく、一つひとつ吟味したうえで選択をする「多元主義」に基づかなければならない。適切な「多元主義」を経過することなく、「統合」は成しえないことに留意したい。そのためには常に「統合」の意味するところに立ち返り、患者及びＣＡＭ提供者との密な「対話」を持続していくことは不可欠であろう。

また統合医療の社会システム問題もさることながら、それ以上に「統合」というメタ思考が今後ますます大きな問題となる。医療実践における哲学・思考の重要性を新ためて指摘しておきたい。

7. 期待される効果

利用者側に納得・満足して頂ける「患者中心の医療」の提供と、統合医療という体系を共創していくことのできる医療従事者の育成とその連携の促進。

8. 課題

「統合医療」概念の啓蒙、とりわけＣＡＭ提供者・利用者への周知
関連する医療機関ならびにジャングルカンファレンスの拡充

9. 今後の対応策・展望

ジャングルカンファレンス等におけるオンラインでの連携の拡大
統合医療における共通言語としての基礎医学教育の充実と検定試験の開催

参考文献

１）小池弘人：統合医療の考え方活かし方―新しい健康デザインの実践，　中央アート出版，2011.
２）小池弘人：統合医療の哲学（ジャングルカンファレンス理論編），平成出版，2017.
３）小池弘人, 山本広高, 松井弘樹：医の智の会話（ジャングルカンファレンス実践編），平成出版，2017.
４）ケン・ウィルバー（加藤洋平監訳）：インテグラル理論，日本能率協会マネジメントセンター，2019.
５）斎藤　環：オープンダイアローグとは何か，医学書院，2015.
６）フレデリック・ラルー（鈴木立哉訳）：ティール組織，英治出版，　2018.

４．統合医療田舎型クリニック・ウェルネス施設モデル

山本　竜隆

1. 健康次元類型　（　健康増進・予防　医療　看護　ケア　）
2. 医療機関類型　（　地方型クリニック、健康増進施設・リトリート　）
3. 次元類型　（　提供　利用　生活　社会　国際　）（　平常時　）
4. 統合医療モデル

１）役割・目標

医療過疎地対策および地方創生の両者に役立つ、田舎型統合医療の構築と普及

本邦で社会問題となっている医療過疎と、地域活性や地方創生の両者を同時に解決しうる統合医療モデルの構築と普及を目指し活動している。実際には、地域で 51 年ぶりの医療機関と、自然環境を活かした滞在施設の連携で運営している。これによって関係人口や交流人口に加えて、定住人口が増加傾向にあり、地域活性や地域創生にも効果が現れている。滞在施設では、ワーケーションやテレワーク、ハーブやヨガなど自然療法系の団体の合宿、また世界遺産となった富士山や日本食などを活かした、インバウンド・ウエルネス・ツーリズムにも対応し受け入れている。

このような活動から地域の雇用を生み出し、地域活性や田舎の医療経営の観点から、一つの統合医療的なモデルと考えている。またコミュニティ・ベース・メディスンという考え方は、地域包括ケアシステムとの相性が良く、社会的処方箋の実施も可能である。そして教育や災害対策、犯罪率の低下などにも貢献できるものと推察される。

２）２つの軸で行う田舎型統合医療モデル（図１）

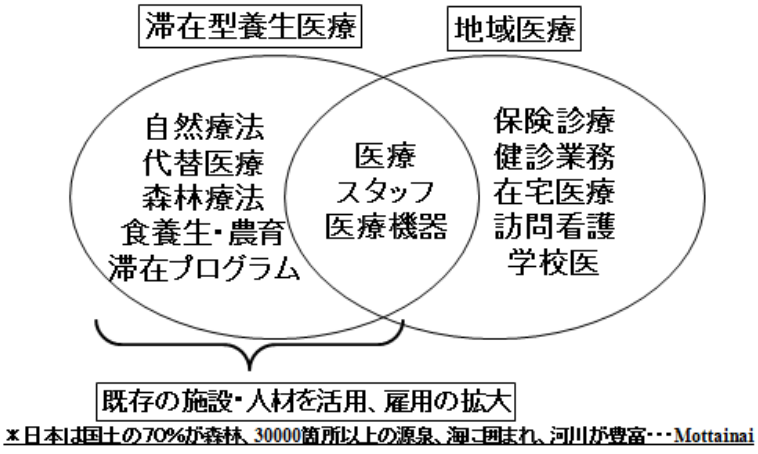


図1　欧州の田舎に学ぶ医療モデル

5. 図1の概説・説明

統合医療というと、一般的に癌などの難病を、現代西洋医学以外の様々な医療を集結して、個々に合わせてコーディネイトする医療と認識されていることが多い。しかし統合医療には、予防や養生分野も含まれるし、都市部のように、医療従事者や、各種代替医療の専門家に恵まれているところだけではなく、田舎の医療においても重要である。その田舎ではどのような統合医療モデルが存在しうるのか。医療従事者や代替医療家が極めて少ない環境である。ここに欧州の田舎の医療モデルを大いに参考にする意義があると考えた。

本邦では、地方における医療過疎化が進んでいるが、田舎は都市部に比べて、比較的豊かな自然環境があり、豊かなコミュニティーも存在する。私は、既に欧州の田舎で実践されているような地域医療と、自然環境を活かした医療の両輪で運営する統合医療モデルが、本邦でも実施できると確信し活動している。

医療過疎化対策と地方創生、そして観光立国を目指す本邦において、朝霧高原には恵まれた自然環境と世界遺産の富士山、また緑茶やワサビなどの日本食があり、さらには神話や物語も少なくない。これらの自然資産や日本文化、養生医療などを活用した統合医療である。このような医療モデルは、前述のように、すでに欧州では多数の事例があるが、本邦では、富士山・朝霧高原の WELLNESS UNION（朝霧高原診療所・富士山静養園・日月倶楽部）が、統合医療学会が認定施設とする唯一の田舎型統合医療モデルであろう。ちなみに朝霧高原診療所は地域で 51 年ぶりの医療機関であり、他の２施設では、ワーケーションや森林資源の活用事例として、各省庁と活動と連携（以下事例参照）し、インバウンド・ウエルネス・ツーリズムとしての利用も始まっている。この富士山・朝霧高原は一つの事例であり、本邦の各地にある医療過疎地において、このような活動が始まるとともに、地域医療の実践と、地域の自然資産や文化の再評価、そして地域活性や創生につながればと期待している。

・近年の省庁関連の活動事例

①林野庁関連では、国土緑化推進機構による『森林サービス産業～新たな森と人とのかかわり　Forest　Style の創造～』の先進事例に、日月倶楽部、富士山静養園が選出。

②林野庁補助事業、国土緑化推進機構の「木の文化・木のおもてなし」で、木造施設の活用例で紹介。

③環境省の令和元年度「国立公園満喫プロジェクト先進国インバウンドプロジェクト支援事業」において、「Best of the Fuji 富士山ラグジュアリーツーリズムコンソーシアム」のキックオフメンバーの施設として参画。

6. 留意事項

・各地域の自然や文化をどれだけ、自らが把握し活用できるか
・県や市などの大きな枠で考えず、町村レベルまたは学校区での範囲で実施
・既存の宿泊施設や農家、地元住民などとの連携
・医療機関による地域活動への深い介入が必要

7. 期待される効果

・医療過疎問題の解決・雇用の増大
・ワーケーションやテレワークとしての利用
・産業衛生や保養施設としての活動や効果
・地域自然資産や文化資産の見直し・保全
・インバウンド・ツーリズムによる地方創生・地域活性化
・2 拠点生活の推進
・円安時代に地方における外貨獲得

8. 課題

1）行政の縦割り
（１）農林水産、国土交通、環境、厚生労働、経済産業分野などに関わる事案であること
（２）基本的に「病院での入院」か「ホテル・旅館での宿泊」しかない、滞在の概念の拡大が必要
2）６．留意事項で示した、大きくない町村レベルまたは学校区での範囲で実施
3）医療機関や施設の開設に伴う社会的貢献度やアウトカムの評価の仕方
4）現地生活をしていないコンサルタント業界が中心的に関わらない方が良い

9. 今後の対応策・展望

事例の周知と行政や各省庁の理解とサポート、各地方での展開。

参考文献

1） 山本竜隆：日本における統合医療の臨床実践モデル　田舎における統合医療のかたち―地域医療とヘルスツーリズムの両輪で行う統合医療―，日統合医会誌，　8 (1)：1～6，2015.
2）山本竜隆：イタリアン・テルメ，エルゼビア・ジャパン，2006.
3）山本竜隆：自然欠乏症候群，ワニブックス，東京,2014.
4）広井良典：環境と福祉の統合,有斐閣，東京，2008.
5）藻谷浩介、NHK 広島取材班：里山資本主義．角川書店，東京，2013.

5．統合医療歯科モデル

福岡 博史

1．健康次元類型（健康増進・予防医療）

2．医療機関類型（都市型クリニック）

3．次元類型（提供）（平常時）

4．統合医療モデル

1）役割・目標

①歯科口腔領域における西洋医学のみでは対応できない疾患に対する医療の提供

②歯科（口腔）と医科（全身）が切り離れている医療制度の中で、統合医療によりつながりのある医療にしていくこと

③統合医療により歯科医療をアメニティ・メディスンにすることによる健康増進および予防への寄与

2）モデル図

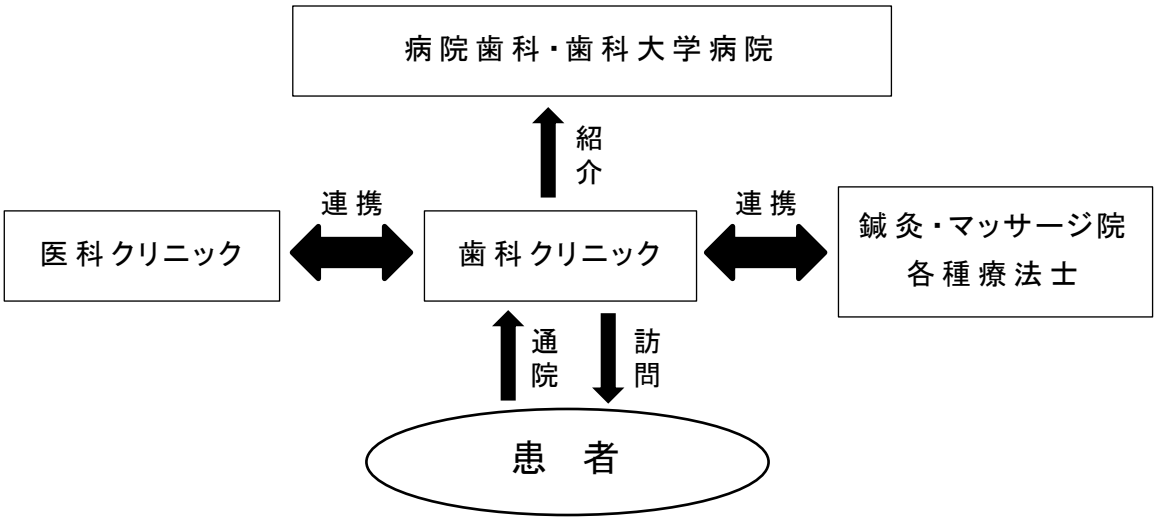


図　歯科統合医療の都市型クリニックモデル

5. モデル図の概説・説明

①歯科クリニック内にて、各種代替医療を応用する統合医療モデル

②医科クリニック・代替医療施設を併設または連携するモデル

がある。

6. 留意事項

- 近代歯科医学（西洋医学）を軸にして、各種代替医療をバランスよくコーディネート
- 各種療法士と歯科医師との連携
- 「歯科」の範囲内での医療であることの認識（歯科医師法に基づく）
- 患者への啓蒙
- 歯科医療従事者への教育

7. 期待される効果

- 患者の満足度と QOL の向上
- 歯科難民の救済
- 「食」を中心とした予防医学の推進
- 歯科口腔領域からのアプローチ（口腔ケアを含む）による全身の健康への寄与と医療費削減

8. 課題

- エビデンスの不足と教育の不足
- 医科と歯科の連携不十分
- 歯科大学および歯科医師会における統合医療に対する認識不足
- クリニック経営における費用対効果

9. 今後の対応策・展望

- 全人的歯科医療の啓蒙と歯科統合医療の臨床的エビデンスの構築
- 歯科医師⇔各種療法士との連携システムの構築
- 統合医療を軸とした医科歯科連携

参考文献

1）福岡博史:「ヘルシーエイジングに役立つ歯科統合医療」,医学と看護社,2013.

６．統合医療看護モデル

緒方　昭子

1. 健康次元類型　（　看護　）

2. 医療機関類型　（　大学病院、３次医療機能病院、２次医療機能病院、都市型クリニック　地方型クリニック、離島型クリニック　健康増進施設・リトリート　）

3. 次元類型（　生活　）（　平常時　）

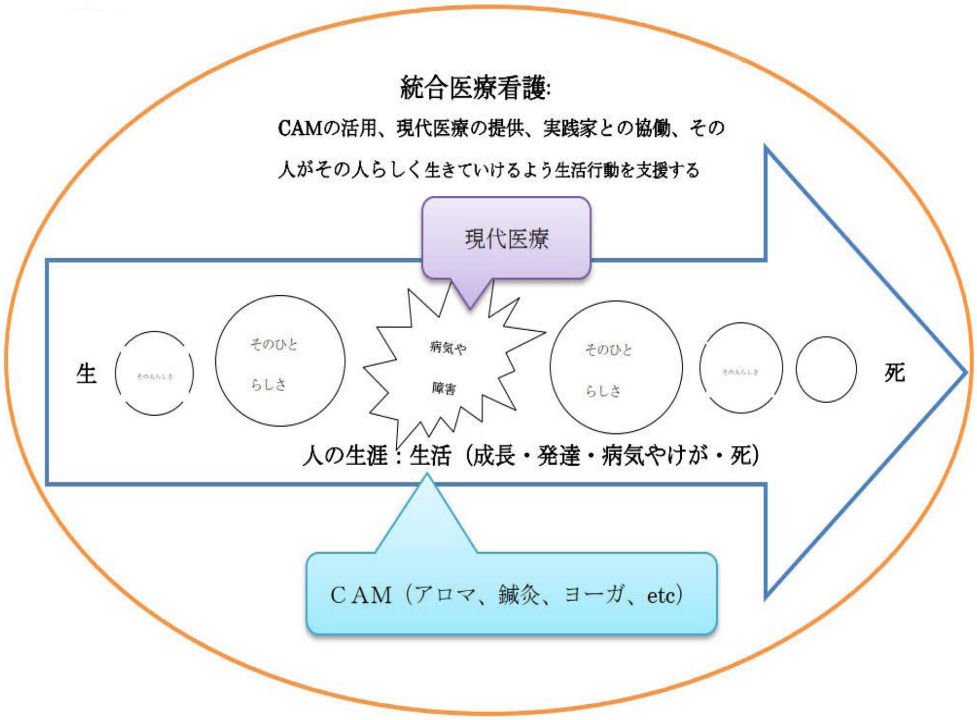
4. 統合医療モデル

１）役割・目的：国民の健康、生活に根ざした支援

２）モデル図

ハード(施設・設備・体制)、ソフト（提供内容)、提供(利用)手順の可視化

統合医療看護（生活・現代医療・ＣＡＭの調整）による健康維持・自然治癒力の増大を目指す。



５．モデル図の概説・説明

看護は生まれてから亡くなるまでのすべての人を対象としている。その対象となる人は、生活の中でその人なりのスタイルを獲得していく。その中で培った生活習慣が疾病へとつながるものもある。そのため、統合医療認定看護師がＣＡＭの活用、あるいはＣＡＭ療法家と協働し、ヨーガや食事療法などによる健康教育を行い、疾病予防に努める。

また、疾病や障害のある対象に対しては、看護師の役割である診療の補助（現代医療のサポート）・療養上の世話（生活行動の援助）を行う中で、その人がその人らしい生活を送ることを主眼とし、自然治癒力を増大するためにＣＡＭを活用した心地よいケアの提供、ならびに医師をはじめとする医療従事者やＣＡＭ療法家との統合医療チームのコーディネーターとして、対象一人ひとりの身体的・心理的・社会的さらには霊的側面のすべてを統合した対象理解の上で、その人に一番適したケアを提供できるように支援する。対象一人ひとりが生まれから生を終えるまで満足いく生活を送ることができるよう見守り、支援することが統合医療看護である。

６．留意事項（疾患対応モデルの例）

本来は疾患対応モデルではなく、生活モデルで示すべきであるが、ここでは、疾患対応モデルを提示することにする。しかし、どのモデルでも、基盤にあるのは、生活モデルである。いかなる疾患の経験者・予備群といわれる人々であっても、生活者自身のレジリエンスを高めるための支援を推進するものである。

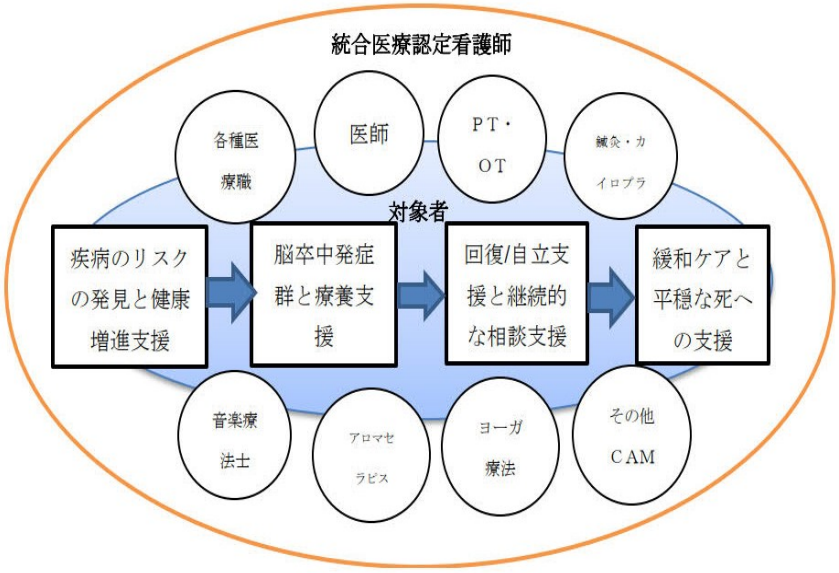


図１　疾患対応モデルの例（脳卒中）

人々が遭遇するさまざまな健康問題と健康増進に必要な領域をカバーできるものであるが、その中でも喫緊の課題として 5 疾患 5 事業（脳卒中、糖尿病、循環器疾患、がん体験者、精神的疾患者の生活支援）についてのモデルを示すと、次のような提案ができる。
各疾患とその経過（段階）を踏まえて、統合医療チームを構成する。

これらのモデルを駆使して活動するときには、独自にあるいは、チーム活動としての診療報酬加算をする。

７．期待される効果

呼吸法、アロママッサージ、タッチケアなどを用いた健康教育により、自ら健康を維持する取り組みを提供することで、低コストで生活習慣病罹患の減少が期待できる。また、障害・疾病罹患後の回復力の促進のためにＣＡＭを活用したケアを行うことで、対象の身体面だけではなく心理面にも働きかけることで、回復意欲が増し自然治癒力の増大につながる。

身近な健康教育として日常生活の中に呼吸法・ヨーガなどを取り入れることにより、国民の健康維持をはかり意識改革を行うことができる。疾病罹患後も患者の負担の少ないＣＡＭをもちいることにより自然治癒力が増大し、苦痛が軽減し闘病意欲、生きる意欲の増大につながる。さらに、平穏な死への支援、その後の家族ケア（グリーフケア）も重要な役割となっている。これらのＣＡＭを用いた看護ケアによって、身体にも優しくまた医療費の削減効果も期待できる。

８．課題

現在の看護師教育ではほとんどのＣＡＭについての教育がなされていない。そのため教育改善に対する働きかけが必要である。また、看護師免許取得後にＣＡＭの知識を持ち活用できる統合医療認定看護師の活躍の場を広げ、その価値を高め、知名度を高める取り組みが必要である。また、看護に用いる各種ＣＡＭのエビデンスを高めるための研究ならびにその助成も必要である。

現役看護師に対し、ＣＡＭの知識の提供、実践による自然治癒力改善の認識の再確認、統合医療の認知度を高めていくことが求められる。

統合医療認定看護師の資質と特質として

●もっとも重要な特質として、看護師の資格を基盤にしていることから、医療の特徴と疾患の経過に精通し判断できる、看護独自の生活支援能力が挙げられる。統合医療の目指す方向としての中心課題は、疾患そのものではなく、生活者の直面する健康上の課題に対して、様々な困難を避けて、支援していくことである。この時に、医療に関わる知識を持ち、なお生活に生じる困難の実態を知る（治療に伴う困難、起こりうることを予測し理解していること）という点での看護師の資質は欠かせないものとなる。

●その生活支援は、すべてを網羅していることから、統合医療チームにおけるケア計画のコーディネーターとしての役割を果たす立場にある。その人に必要な適切な生活（支援）モデルを計画し、提案することができる。医師をはじめ、様々な医療職や療法家と連絡調整を図り、その人の内側からのニーズを把握し、その経過を見守り、伴走し、セルフケアの困難を乗り越えていくように支援することで、その人が望むような生活を維持し続けることができるように関わる。その中心にあるのは、本人自身であり、側面から、統合医療チームの活動を組み込んでいくように関わるものである。

●そのためには、統合医療の方向、特徴について全般的な知識を持つことが求められる。そのうえで、実践レベルで多職種の特徴と機能を理解し、有効な働きができるように調整する。今後起こりうることとして、対象がさまざまな療法を進められ、それぞれの療法に振り回されて不安になったりする状況に対しても、安心できる支援ができることが大切である。

●看護師の資格を持って関わるべき、さまざまな医療的な場面では、これまで培ってきた看護学の知識と実践力をもとにして、その上で、統合医療療法家としての拡大した実践能力を発揮する必要がある。そのいくつかを挙げると、特にタッチケア、芳香療法（アロマテラピー）、そのほか多くの養生法が挙げられる。どのような手技を習得するかは、各療法家の信念と療法への関心、実技の習得にかかっている。

９．今後の対応策・展望

自然治癒力について見つめなおし、看護本来の癒し癒されるケアの見直しにより、看護師の意識改革がはかられるような取り組みを行っていくことが課題である。

日本の 160 万の看護師に統合医療の理念を普及することが日本の医療現場を変えるための最短の方法と考える。そのために看護系学会等で看護師に対し統合医療の普及活動を行っていく必要がある。その第 1 回目の取り組みとして 2015 年第 35 回日本看護科学学会で交流集会を企画し、2017 年第 37 回日本看護科学学会の交流集会で 2 回目の企画を行い、多くの看護職に対して統合医療の考え方を広げる活動を行った。その後 2017 年第 21 回日本統合医療学会の看護シンポジウムにおいて、対象者の「自然治癒力を高める」ことが看護の役割であることを再確認した。これからさらに看護師に向けてのＰＲ活動をおこなっていくことが求められる。

統合医療認定看護師がいる施設において、学会のバックアップを得て統合医療チームを構成し・活動できるためのシステムづくりを検討していく必要がある。

7．統合ヘルスリテラシー獲得・支援モデル

吉田　紀子

1. 健康次元類型　（健康増進　予防　医療　看護　ケア）

2. 医療機関類型　（大学病院　急性期医療機能病院　回復期医療機能病院　慢性期医療機能病院　都市型クリニック　地方型クリニック　離島型クリニック　健康増進施設・リトリート）

3. 次元類型　（提供　利用　生活　社会）（平常時）

4. 統合ヘルスリテラシー獲得・支援モデル

1）役割・目標

近年 Health Literacy（以下ヘルスリテラシー）の重要性に関心が集まっている。

ヘルスリテラシーは MHO(1997)のジャカルタ宣言で公式に取り上げられ、その「健康増進用語解」において「健康を維持・増進するために情報にアクセスし、理解し、活用する個人の意欲や能力を決定する認知的で社会的なスキルである」と定義されている[1)]。

ヘルスリテラシーは、セルフケアや自助を要件として内包し、かつそれらが健康というアウトカムに確実に繋がることを目指す概念であり、公衆衛生学的ヘルスプロモーションの成功要因となる概念であり[2,3)]、筆者は統合医療社会モデル構築への住民主体の推進プロセスモデルであると考えている。

統合医療や統合ヘルスケアの提供仕組みが整っても、利用者がそれにアクセスし主体的に活用する力がないと成果に繋がらないため、統合医療の推進には統合医療提供者のみならず利用者のエンパワーメントが必要である。利用者のエンパワーメントには利用者の健康行動変容が、健康行動変容には意識の変容が必要であり、そのためには多様な価値観の世界で生きている人間の意識についてその構造、発達過程や影響要因についての理解が必要である。その際にはケン・ウィルバー（以下 KW）の人・組織・社会で複雑な世界を読み解く新次元の成長モデルとしてのインテグラル理論が参考になる。KW

の４象限理論は WHO オタワ宣言[4]のヘルスプロモーション戦略に論拠を与えるものであり、全人的健康観に立脚した全人的ヘルスプロモーションの重要性の論拠となり得る。全人的ヘルスプロモーションの成功要因としてのヘルスリテラシーは全人的健康観に立脚した全人的ヘルスリテラシー（以下統合ヘルスリテラシーと称す）であるといえる。統合ヘルスリテラシーの獲得・支援（利用者側は獲得、提供者側は支援）は地域住民・国民の健康寿命の延伸と QOL を高め、持続可能な社会保障制度の構築に貢献する等の効果に加えて、統合医療提供者の努力と相まって、わが国における統合医療推進と、統合医療社会モデル推進の成果に繋がるものと言える。

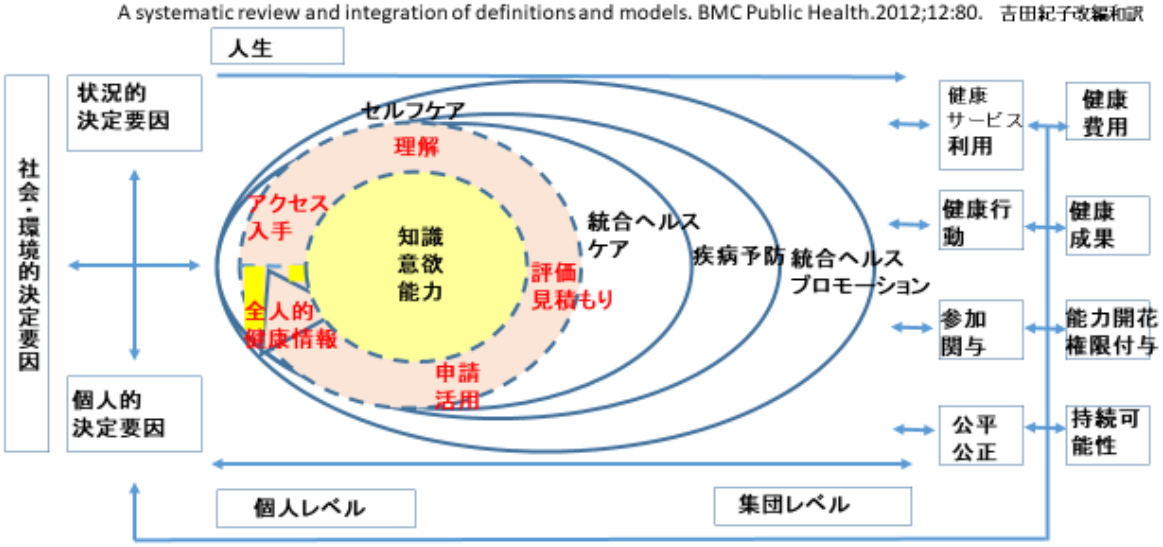
統合ヘルスリテラシーは、健康次元や意識の発達次元など、対象者の属性によって内容が異なる部分があるが、ここでは第１弾として、自己判断力に援助が必要な要介護者等を除いた成人の地域住民を対象にした統合ヘルスリテラシーの獲得・支援モデルを提言する。

人生の平常時において、統合ヘルスリテラシー力をつけておくことはコロナウイルス感染症パンデミックや被災など非常時の健康被害からの回復を早める効果にも繋がるものと期待される。

2）モデル図

図１は Sorensen ら[3]によるヘルスリテラシー概念図を著者が全人的健康観やインテグラル理論をもとに統合ヘルスリテラシー概念モデルとして改編・和訳したものである。図２は著者らが地域住民を対象とした長年の全人的ヘルスプロモーション実践[5,6]から得られた個人や集団がセルフケア力をはじめとする統合ヘルスリテラシーを獲得するための要因を Nutbeam のヘルスリテラシー機能論の枠組みと整合させ統合ヘルスリテラシーの獲得・支援モデルとして著者が改編・作図したものである。さらに統合ヘルスリテラシー獲得支援に用いるプログラムモデルを図３に示す。

図 1　ヘルスリテラシーの統合モデル　Sorensen,K et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health.2012;12:80.　吉田紀子改編和訳



図中「健康」は「全人的健康」の意味で用いる（吉田）

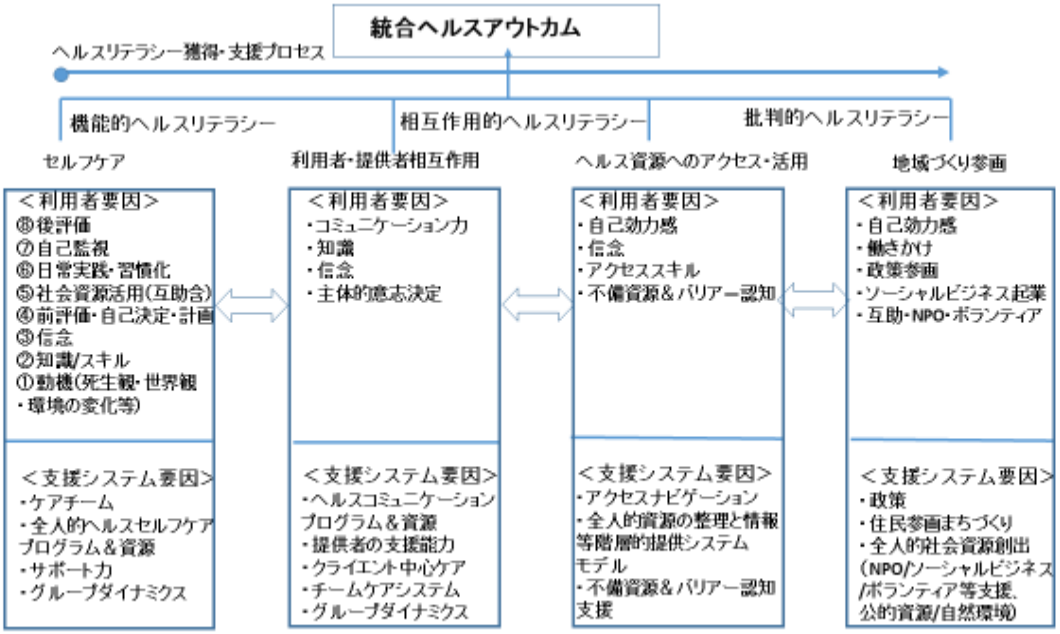
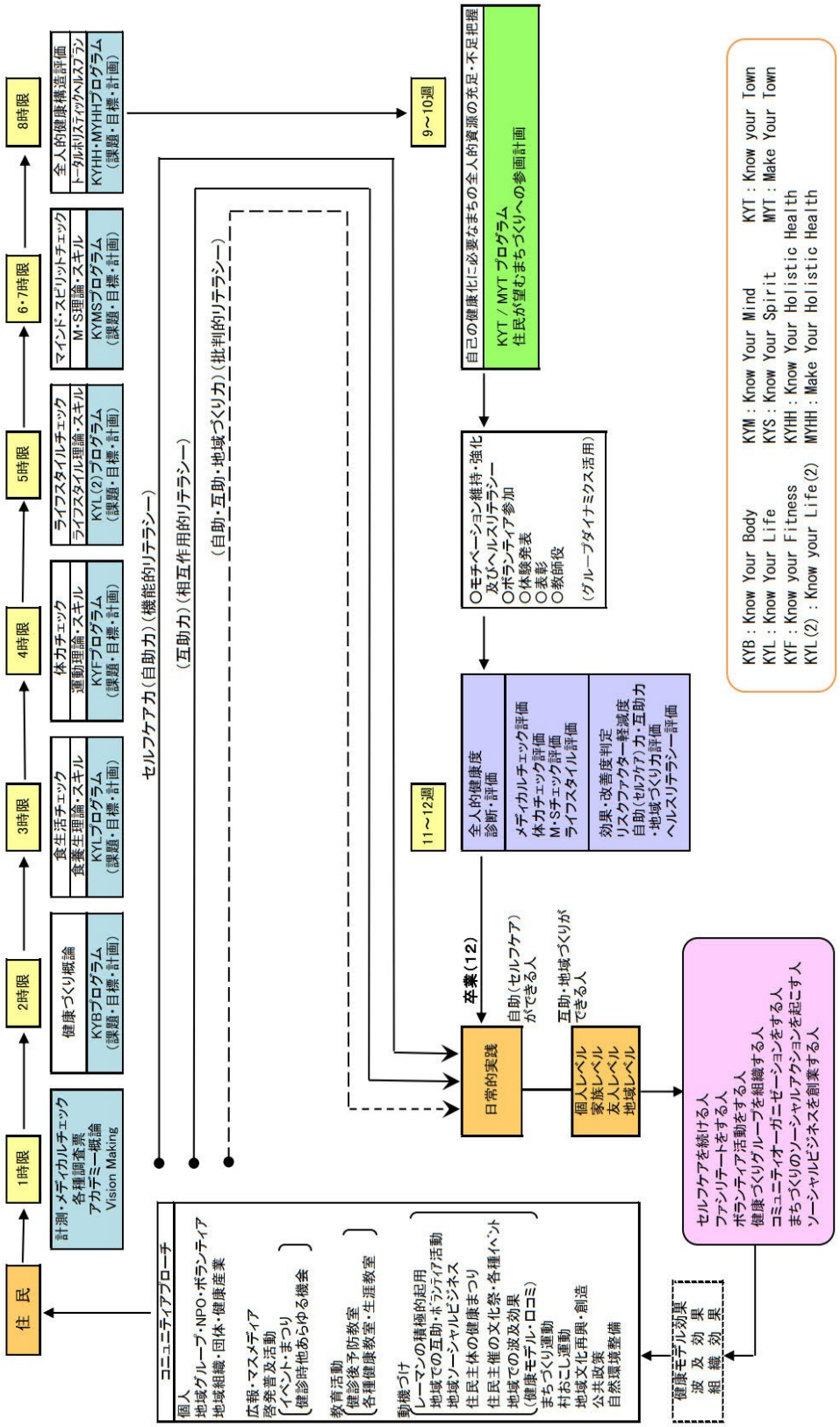


図2　統合ヘルスリテラシー獲得・支援モデル　2020 0106 n.yoshida

図３ 統合ヘルスリテラシー獲得支援プログラム
（個人の全人的健康づくりから全人的健康支援のまちづくりへの展開プログラム）
20150106 N Yoshida



5. モデル図の概説・説明

図１ヘルスリテラシーの統合モデルではセルフケアが中核をなしている。

セルフケアについては、これまでOremらのセルフケア理論[7]をはじめ、セルフケア能力の構造や援助方法について多くの研究が進められ、近年は、WISEなどセルフマネジメント支援の新たな手法も提言されている[8]。

しかしながら、近年セルフケアについてヘルスリテラシーの文脈で論じられることが多い[3,9]。生活者としての個人のセルフケアが効果に繋がるためには、それを支援する社会資源に能動的にアクセスし活用する力、さらに社会資源の不備やアクセスへのバリアー等に気づき、ニーズを充足する社会のシステム創りに個人も参画し地域社会を変える力を獲得すること（公衆衛生学的ヘルスプロモーションによるヘルスリテラシーの獲得）が重要であることが再認識されてきたためである。

「ヘルスリテラシー」は比較的新しい概念で、文献学的検索によると用語として最初に使用されたのは1974年であった[10]。

その後ヘルスリテラシー研究が始まり、WHOは1986年オタワ憲章のヘルスプロモーション戦略[4]で掲げた、「地域住民のenabling（自助力の獲得）」の意味を拡張し、1997年のジャカルタ宣言で「Health Literacy」が正式用語として取り上げられ定義が発表された[1]。その後欧米を中心に研究や実践活動が勧められ[2,11]、米国では2000年にヘルスリテラシーが国家目標の一つとしてリストアップされている[12]。

Sorensenらは、公衆衛生学的観点から、ヘルスリテラシーの概念モデル（図１の原図）を提言した[3]。ヘルスリテラシーは個人のレベルにおけるセルフケアを核としたヘルスケア、疾病予防、ヘルスプロモーションの３つの領域にわたるものであり、個人レベルから集団レベルに拡大されること、ライフコースによって変化し、生活状況がヘルスリテラシーに影響することを示している。即ち、ヘルスリテラシーはヘルスプロモーションの要件概念であり、セルフケア力はヘルスリテラシーの中核的要素といえる。セルフケア行動とヘルスリテラシー相互の正相関報告[9]は、このことを裏づけている。

しかしながら、Sorensonらの原図においては健康観の定義については触れられておらず、著者が全人的健康観に立脚し改編した。

図２統合ヘルスリテラシー獲得支援モデルは利用者と提供者・支援者の両立場から活用できるものとなっている。

Nutbeamはヘルスリテラシーをヘルスプロモーションの成功要因の一つであるとしたうえで[2)]、さらにヘルスリテラシーには３つのレベル、即ち、機能的リテラシー（日常生活で役立つ読み書きの基本的能力をもとにしたもので、健康リスクや保健医療の利用に関する情報を理解できる能力）、相互作用的リテラシー（人とうまくかかわる能力（ソーシャルスキル）を含んだもので、ソーシャルスキルを用いて情報を引き出し、状況を変えるために新しい情報を適用する能力）、批判的リテラシー（情報を批判的に分析し、その情報を生活や状況の管理に使うことができる能力、自分の健康の実現にとって周囲の人々や環境が障害になっている場合に、周囲に働きかけ周囲を変えていくことができる能力）があり、これらは階層構造になっているとしている[13)]。

これらにより、従来から論じられてきたセルフケアの概念は自己完結型の狭義のセルフケア力から、資源にアクセスし、不備を見だし、それらを充足する地域社会づくりへの参画力を含む広義の社会的概念へと変化している。

図３は著者らが長年取り組んできたKWの人間成長モデルであるインテグラル理論を踏まえた全人的ヘルスプロモーションプログラムをNutbeamのヘルスリテラシー機能論と整合させた統合ヘルスリテラシー獲得支援プログラムモデルである。住民の全人的健康自助力（セルフケア力）、互助力、地域づくり力の獲得支援を目標としてきた全人的ヘルスプロモーションプログラムは即ち統合ヘルスリテラシー獲得支援プログラムであるといえるため、ここでは全人的ヘルスプロモーションプログラムモデルを改めて統合ヘルスリテラシー獲得・支援プログラムモデルとして提言することとする。

ヘルスリテラシーの獲得にはまず、機能的リテラシーの核としてのセルフケア力（自助力）が重要であるが、セルフケア力（自助力）は必ずしもすべての人が自然発生的に獲得できるのではなく、配慮された支援が必要な場合が多い。例えば生活習慣病対策のライフスタイル改善など、理屈では分かっているが実行できない（行動変容できない）場合が多く、自助力の獲得支援には個人の価値観や精神的・心理的ニーズの把握にはじまる個人の内面への

働きかけと内発的動機づけに加えて、個人の意識や価値観に影響を及ぼしている外部環境の把握にはじまる外部への働きかけ（地域の価値観・文化・互助様式・資源等）が重要である。そこで筆者らは住民らが全人的健康自助力・互助力・地域づくり力をつけるための行動変容プログラムを用いた講座を開講した[5,6]。結果として地域住民のセルフケア力（自助力）獲得には図２のセルフケアの項に整理した①から⑧までの各段階ごとの力量を、図３のようにグループダイナミクスを活用した互助環境の中でつけていくことの重要性が示唆された[5,6]。

最初に大事なことは健康行動変容への動機づけである。行動変容への関心段階は各人によって異なるため[14]、従来型の問題解決型健康教育から入っても成功しにくい。従ってプログラムは自分が今後どのように生きたいかの人生目標づくりから入る、目標到達型となっている（図３）。Vision Making で健康行動への関心と初期の動機が生じる[15,16]。

具体的学習プログラム（図３）は、自己内部の身体、心、スピリチュアリティの統合と自己と環境との統合への気づきが意図されている。気づきにより自己の全人的健康人生への信念が一層強くなる。信念が強化されることによりそのセルフケアに強い内発的動機が発動され[17]、自己の健康状態を評価し、能動的に知識を求め、計画・実践し、自己監視し、評価し、PDS サイクルを回し、自らの健康を高める生活ができるようになる[18]。グループダイナミクスを活用した学習で互助力と相互作用的リテラシーが高まり、さらに自己の属する地域・まち・自然環境について全人的健康支援的か否か現状評価し不備資源の今後の獲得行動への参画等批判的リテラシーが獲得され、地域社会づくり活動への参画が始まる。これらのプロセスで社会的健康化も促される。さらに３か月後の結果の評価で次への改善実践意欲が高まり、継続的なヘルスリテラシー力として身についてくる[16～18]。これらの効果は先行研究で示唆されている行動変容への諸原理[15～18]にもとづいた結果となった。

さらに受講生は KYM/S（Know your Mind/Spirit)プログラム学習において自発的に気づかれ獲得される「自己の存在意味に関する得心」が全人的健康生活への意識・行動変容の要件として重要であることが示唆された[5,6]。

これはDeci and Ryanによる内発的動機付け[17]と考えられる。即ち、健康のセルフケア力（自助力）やヘルスリテラシーは単に身体や物質のみを対象とした獲得支援ではなく、目的としての自己内部の統合および自己と環境の統合を支援する手段的統合方法により効果的につくものと考察される。

ここに統合ヘルスリテラシー獲得支援プログラムの意義があると考えられる。

セルフケア力や統合ヘルスリテラシー獲得に必要な手段的知識は、統合医療学会からの学術文献情報や出版物、学会主催の研修会やセミナー、統合医療学会認定施設等への相談、認定施設等の全人的ヘルスケア講座の受講、オンライン学習などにより得ることが可能である。

氾濫する資源情報の中から利用者が安全性や有効性の根拠のある資源情報を選択しこれらの資源にアクセスし活用する力をつけることを可能にするために、提供者・支援者や行政の発揮すべき相互作用的機能は、健康情報や各種資源を安全性と有効性の側面から整理し、提供の仕組みをつくり、住民の健康情報や資源へのアクセスと活用を容易にすることである。地域における住民同士による各種自主学習グループ活動や互助活動の実践と行政の勧奨・顕彰等による促進も重要である。

セルフケアとまちづくりの関係は相関するものとして必ずしも捉えられていないが、個人の価値観、ライフスタイルや健康はその置かれている環境の影響を大きくうけることから、自己のヘルスニーズを満たすに必要なまちの社会資源や自然環境等不備の資源に気づき、それを充足するまちづくりへの参画力はセルフケアの効果をあげるために重要である。

即ち、セルフケア力（自助力）とまちづくり力はコインの表裏をなす関係にある。

まちづくりには、まちの構成員すべての主体的参画によるまちづくりが望まれ、まず狭義のセルフケア力（自助力）を獲得した住民達が、互助力さらには批判的リテラシーの獲得により、健康なまちづくり力を発揮するという力（広義のセルフケア力）の獲得支援が大変重要である[3]。

統合ヘルスリテラシー獲得支援プログラム（図３）のうち、KYT（know your town）&MYT(Make your town)プログラム[5,6]は批判的ヘルスリテラシー獲得

を目指したものとなっている。これは、統合医療社会モデルへのプロセスモデルでもある。

このような批判的ヘルスリテラシー獲得支援のためには、行政のみならずサービス提供者のヘルスコミュニケーション力の発揮が重要である。

以上のことから、KWのインテグラル理論[19]をふまえ、Nutbeam[13]らの提言する機能的・相互作用的・批判的ヘルスリテラシー付与を意図した具体的なプログラムを用いたヘルスプロモーションモデルは地域住民が統合医療（狭義・広義）を利用し健康で幸せな人生を送るための統合ヘルスリテラシー獲得支援モデルとして、さらに、統合医療社会モデルの展開プロセスモデルとして、役立ちうると考えられる。

人生観、死生観、価値観や健康行動変容への強力な動機は被災や健康障害など艱難辛苦の人生イベントで実存変容的に獲得されることが多いため、新型コロナウイルス感染の脅威にさらされている現在はその好機ともいえる。

今後、地域保健、職域保健、学域保健等の場において統合ヘルスリテラシー獲得支援の取り組みが広がることが期待される。

6. 留意事項

●統合ヘルスリテラシーの意義・有効性について啓発・唱道が必要

●行政や関係機関・団体の理解と協働が必要

●文化的・社会的背景の異なる地域や集団に許容されるよう内容、方法、進め方に留意が必要（特に導入時）

●ライフステージ、健康ステージ、意識レベル（無関心、関心、実践、継続）および個人の発達段階に応じた統合ヘルスリテラシー獲得支援プログラムの開発・適用が必要

唱道、啓発、行政のインセンティブ、生命保険会社のインセンティブなど

●感染症パンデミック下でも可能なオンライン支援プログラムが必要

オンラインの専門支援システム、（自助・互助・共助・公助レベル）

7. 期待される効果

●統合ヘルスリテラシーとセルフケア力（狭義・広義）獲得

●クライエントの満足度、全人的健康寿命の延伸、QOL の向上、PTG
●医療・介護費削減
●進化したソーシャルキャピタルの醸成
●健全な次世代育成への影響
●持続可能な地方自治体の創生
●超高齢社会の活性化
●持続可能な社会保障制度の維持・発展

8. 課題

●各ライフステージ・健康ステージ毎のエビデンス蓄積・教育不足
●全人的セルフケア・統合ヘルスリテラシー支援専門職不足
●行政機関における全人的健康・統合ヘルスに対する理解不足
●統合医療（広義）提供者のヘルスコミュニケーションスキル不足
●CAM および統合社会モデルの学術文献と情報提供体制不足

9. 今後の対応策・展望

●全人的セルフケア・統合ヘルスリテラシーのエビデンス蓄積
●全人的セルフケア・統合ヘルスリテラシー支援教育（地域・職域・学域）
●全人的セルフケア・統合ヘルスリテラシーの IPW 連携システムの構築
●地方自治体の健康増進計画や地域包括ケアシステム等を活用した
全人的セルフケア・統合ヘルスリテラシー力獲得支援政策化
●全人的セルフケア・統合ヘルスリテラシー獲得に必要な社会資源＆情報
提供システムの整備（オンライン含む）

文　献

１）MHO：The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the21Century,1997.
www/who.int/hpr/archive/dos/Jakarta/English.html
２）Nutbeam D ：Advancing Health Literacy; A Global Challenge for the 21th Century .Health Promot Int;’15(3):183～184,2000.

３）Sorensen K, et al. ：Health literacy and public health: A systematic Review and integration of definitions and models BMC Public Health,12:80,2012.

４）OTTAWA CHAPTER FOR HEALTH PROMOTION：First International Conference on Health Promotion,Ottawa,21 November 1986(HYPERRINK” URL:http://www.who.int/hpr/archive/docs/ ottawa.html”)

５）吉田紀子,他：地域におけるホリスティックヘルスプロモーションプログラムの開発研究　第１報―ホリスティックヘルスプロモーション統合 MAP の構築―,日統合医会誌,5(１):26～48,2012.

６）吉田紀子,他：地域におけるホリスティックヘルスプロモーションプログラムの開発研究　第２報―全人的健康自助力・互助力・地域づくり獲得に必要な教育プログラム強化要因の検討―,日統合医会誌,5(2):21～42,2012.

７）Orem D E (1991) /小野寺杜紀訳：オレム看護論,看護実践における基本概念,第３版,医学書院,1995.

８）Kennedy A et al.: Delivering the WISE(Whole Systems Informing Self-Management Engagement) training package in primary care: learning from formative evaluation. Implementation Science,5:7,2010.

９）Robat Sarpooshi davood, et al：The Relationship Between Health Literacy Level and Self-care Behaviors in Patients with diabetes.Patient related outcome measures vol.11 2020.

10) Ratzan S C ：“Health Literacy:communication for the public good”, Health Promotion International,16(2)：207～214,2001.

11) Nutbeam D：“Health promotion glossary” Health Promotion International,13(4) ：349～364,1998.

12) Parker R：“Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers” Health Promotion International, 15(4)：277～283,2000.

13) Nutbeam D ：Health literacy as a Public health goal: a challenge

for Contemporary health education and communication strategies into the 21 century. Health Prompt Int,15(3):259～267,2000.

14) Prochaska J O,Diclemente C C : Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and clinical Psychology,51:390～395.1983.

15) Ajzen I : The Theory of planned behavior.Organizational Behavvior and Human Decision Processes,50:179～211,1991.

16) Becker M H,Maiman L A : Sociobehavior adleterminunts of Compliance with health and medical care recommendations Medical Care,3(1) : 10～24,1975.

17) Ryan R M,Deci,E L : Self-determination theory and facilitation ship intrinsic motivation,social development and well-being. American Psychologist,55 : 68～78,2000.

18) Bandura A : Social Founation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory.Upper Saddle River.NJ:Prentice Hall.Inc:1986.

19) ケン・ウィルバー著,加藤洋平監訳,門林　奨訳：インテグラル理論 日本能率協会マネジメントセンター,2019.

８．統合医療社会モデル

和田　雄志

１．健康次元類型　（ 健康増進・予防 ）

２．医療機関類型　（ 健康増進施設・リトリート、その他 ）

３．次元類型　（ 生活　社会 ）（ 平常時　災害時 ）

４．統合医療の「社会モデル」

１）　社会モデルの役割と目標

統合医療の「社会モデル」は、以下のような役割・目標をかかげる。

① 「病院・クリニックでの治療」ではなく、「日常生活空間における健康増進・予防」を第一の目標にする。

② 「地域包括ケア」（医療＝福祉＝生活の一体的推進）の中での位置づけを明確にする。

③ 受け身のケアから脱却し、地域にねざした「ヘルスケア産業」の創出をめざす。

④ 地域特性を生かしたモデル展開および地域資源（ヒト、施設、モノ）の有効活用をめざす。

２）　社会モデルの類型

(１)ハード(地域×施設)

表１に示すように都市型、地方型、リゾート型などで多様な展開が想定される。

（２）主なサービス内容

治療よりも、健康増進やセルフケア指導、さらには食事指導など、非医療分野のサービスが主体となる。

近年は、薬局、コンビニエンスストアにおけるヘルスケア相談、OTC 医薬品販売、ショッピングセンターにおける鍼灸・マッサージ店舗、リゾート地や高級ホテル等におけるヨガ、鍼灸、さらにはヘルスツーリズムなどが増加傾向にある。

表１　地域・生活モデルの施設展開例

地域類型	利用施設・空間
都市型	商業サービス施設（SC、ファミレス他）　都市ホテル　サつき住宅（団地再生）
地方型	日本版CCRC＊（高齢者移住）　ﾍﾙｽﾂｰﾘｽﾞﾑ　古民家活用　自然体験学校
リゾート型	リハビリ療養施設　温泉保養施設　複合リゾート
その他	駅・郵便局・薬局・コンビニ（健康KIOSK,健康カフェ）　養生船・養生クルーズ

＊CCRC: Continuing Care Retirement Community

３）具体的事例

（１）暮らしの保健室

都市部においても住民の高齢化が深刻であるが、地域内のコミュニティカフェなどにおいて健康相談を実施する事例が増えており、このなかに統合医療が参画できる可能性は大きい。

一例として、「暮らしの保健室」は高齢化が進んだ都営団地１階に「医療・介護、暮らしや健康に関わるよろず相談所」として設けられた。看護師など医療従事者に加えて、ボランティアや学生なども参加し、タッチケアなども実施されている（図１参照）。

図１　「暮らしの保健室」（東京都新宿の都営団地内）

（２）認知症カフェ

近年、認知症患者の増加が大きな社会問題となっているが、認知症(予備軍含む)の増加に対する地域ぐるみの取り組みの一環として、厚生労働省・地方自治体が推進する「認知症カフェ（愛称：オレンジカフェ」において、タッチケアやストレッチ体操などを行うケースがある。

認知症カフェは、オランダで始まった「アルツハイマーカフェ」を源流として世界各国に様々な形で広がったが、日本では、2012 年の認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）にて初めて明記され、続く認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、全市町村設置を目指すことが示され、現在は全国で 3000 か所近くある。

（３）「注文をまちがえる料理店」

オレンジカフェと一線を画するユニークな取り組みとして、認知症共生社会の実現をめざす「注文をまちがえる料理店」がある。ここは、ホールスタッフ全員が認知症である。そのため注文をしばしば間違える。このお店のユニークな点は、間違えることを「売り」にしている点である。間違いを前提とする寛容な社会を構築するという発想は、テレビディレクターである小国士郎と認知症介護の専門家である和田行男の出会いから始まった。その後、全国各地で出張レストランが開催されている。

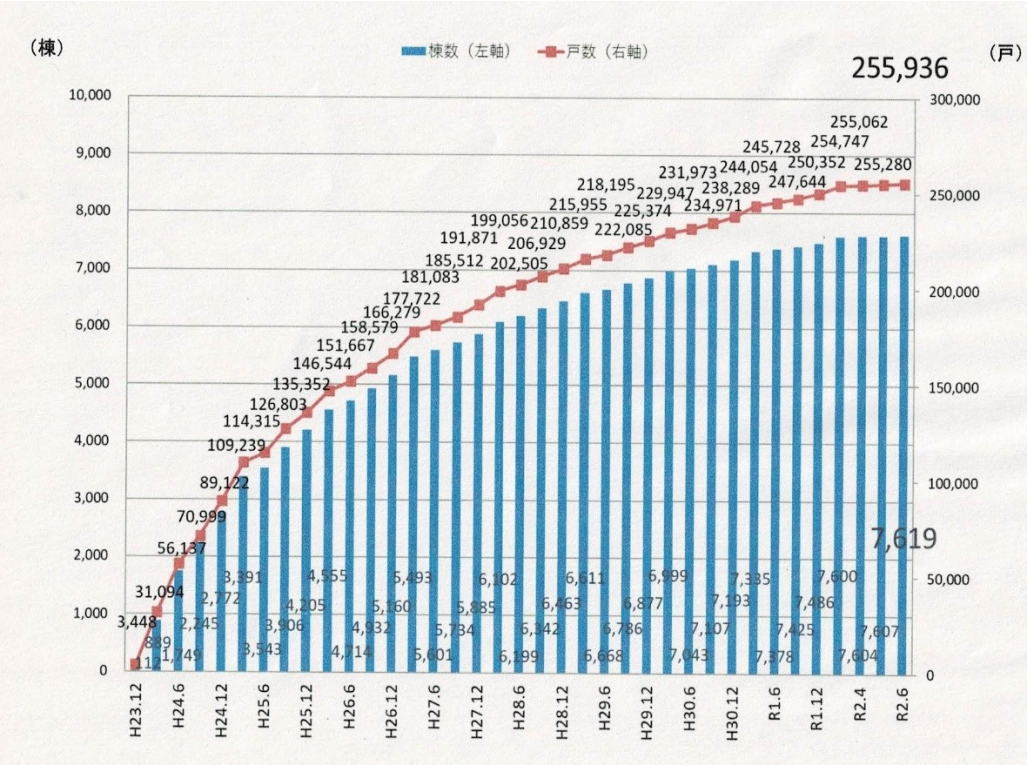
認知症ケアという受け身の発想から、社会的自立だけでなく、ほどほどのお金も稼げるという新しいソーシャルビジネスモデルとして、その意義は内外で高く評価されている。

図２　「注文をまちがえる料理店」

（４）サービス付き高齢者向け住宅

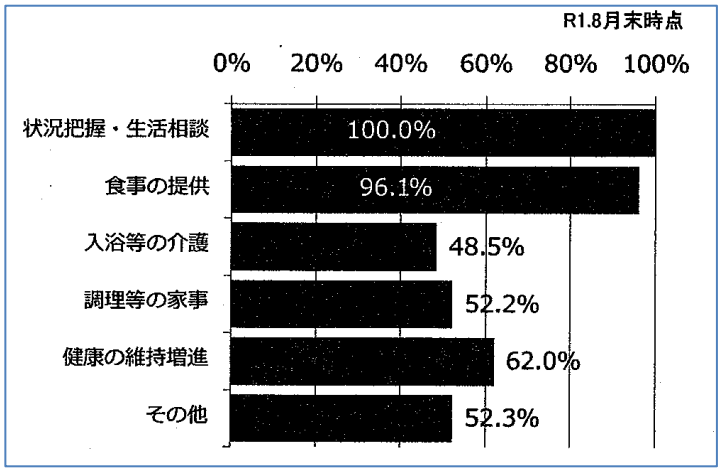
サービス付き高齢者向け住宅（以下、「サ高住」）は、国土交通省・厚生労働省が所管する「高齢者の居住安定確保に関する法律（高齢者住まい法）」の改正によって 2011 年 10 月から登録がスタートし、2020 年 6 月現在、全国で２５万戸を超える登録がある（図３）。

サ高住が実施するサービとしては、（入居者の）「状況把握」と「生活相談サービス」は必須要件であるが、大半の事業者において、ヘルシーな食事提供、健康の維持増進サービスなどが実施されており（図４）、統合医療的な日常介入との親和性は高い。



（出典）（一社）高齢者住宅協会

図３　サービス付き高齢者向け住宅の登録状況



（出典）（一社）高齢者住宅協会

図４　サービス付き高齢者向け住宅において提供されるサービス

（５）コンビニでの展開

全国で５万店舗以上あるコンビニエンスストア（以下、コンビニ）において、ヘルスケア関連事業の展開が進行している。具体的には、病院敷地内でのコンビニ出店、あるいは調剤薬局併設のコンビニに加え、最近は、介護相談窓口を店内に併設したケア（介護）拠点併設型店舗が増えている。

ローソングループは、OTC 医薬品の販売を強化した生活サポート型のコンビニ（「ヘルスケアローソン」）およびケア（介護）拠点併設型店舗（ケアローソン）を全国展開している。

千駄木不忍通店は、調剤薬局を展開するクオールが FC 加盟店として運営する店舗で、第２類・第３類医薬品（OTC 医薬品）の販売を行うほか、「ローソンクオール薬局千駄木不忍通店」を併設し、医療法人社団の龍岡会が運営する介護相談窓口と栄養相談窓口を設置している（図５）。

（（６）寺院での展開～Café de la Terra

寺は、かつては、地域の複合的な文化・交流拠点であった。そんな思いを現代に再現したのが、横浜市にある浄土真宗の善了寺である（図６）。

地域に開かれた寺をめざし、デイサービスとコミュニティカフェを運営している。

図５　ケア拠点併設型コンビニ（ローソン千駄木不忍通店）

（出典）善了寺ホームページより

図６　境内でのキャンドルナイト

2007 年から Café de la Terra を立ち上げ、様々のワークショップやイベントを開催している（冬至と夏至のキャンドルナイト、ヨガなど）。Terra はラテン語の「大地」と「寺」の両方のかけ言葉である。イベントは地域商店街と連携し、多世代交流を基本としている。

（７）廃校を活用した地域交流拠点～「那須まちづくり広場」

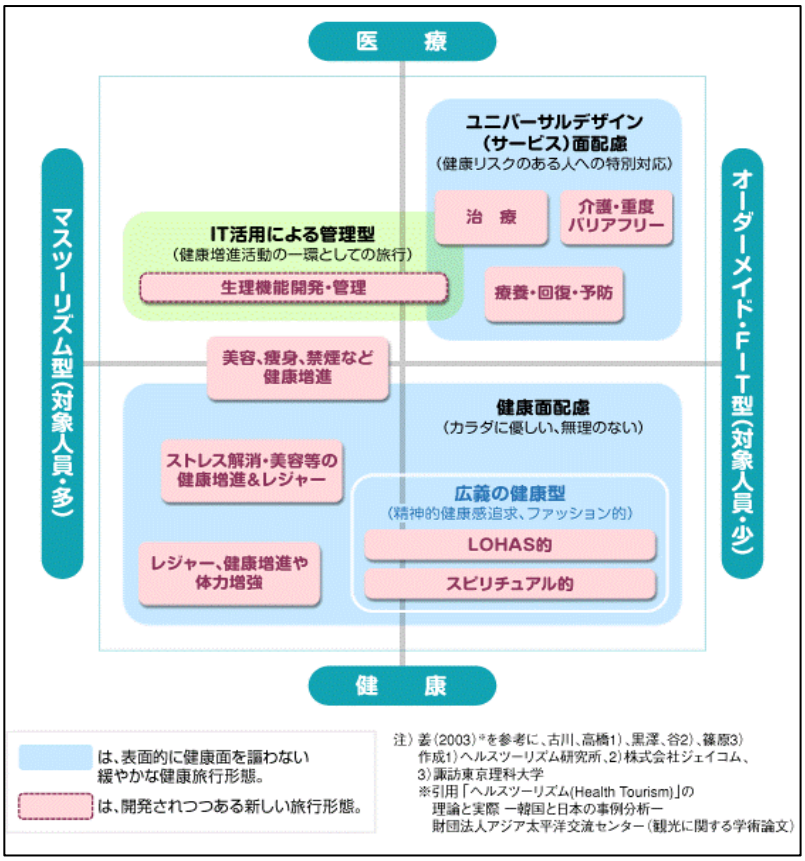
「那須まちづくり広場」は、2016 年に廃校となった旧朝日小学校を再生利用した複合施設であり、那須町との契約に基づき、那須まちづくり株式会社が運営している。行政の建物を民間主導で、マネジメントも独立採算でおこなうビジネスモデルとして、全国の注目を集めている（図７）。

2018 年の那須まちづくり広場のオープンと同時に教室を借りて「こころと体の健康室」を運営、鍼灸、マッサージ、エネルギー療法など代替医療の施術を展開している。「こころと体の健康室」以外にも食の提供、天然衣料の提供、よろず相談、アートなど統合医療社会モデルの事業をめざしている。

（８）ヘルスツーリズム

旅行という非日常空間・時間において健康回復や健康増進を図る行動は、古くは温泉湯治から、治療とリハビリをセットにしたメディカルツーリズム、クルーズ船上でのヨガやフィットネスなど多様な展開をみせている（図８参照）。

図７　「こころと体の健康室」（指圧・マッサージ）



（出典）NPO 法人日本ヘルスツーリズム推進機構のホームページ

図８　ヘルスツーリズムの領域

４）　社会モデルの展開イメージ

統合医療の社会モデルの展開イメージを図 9 に示す。

運営主体、活動内容、展開場所のいずれにおいても大きな広がりを期待できる。

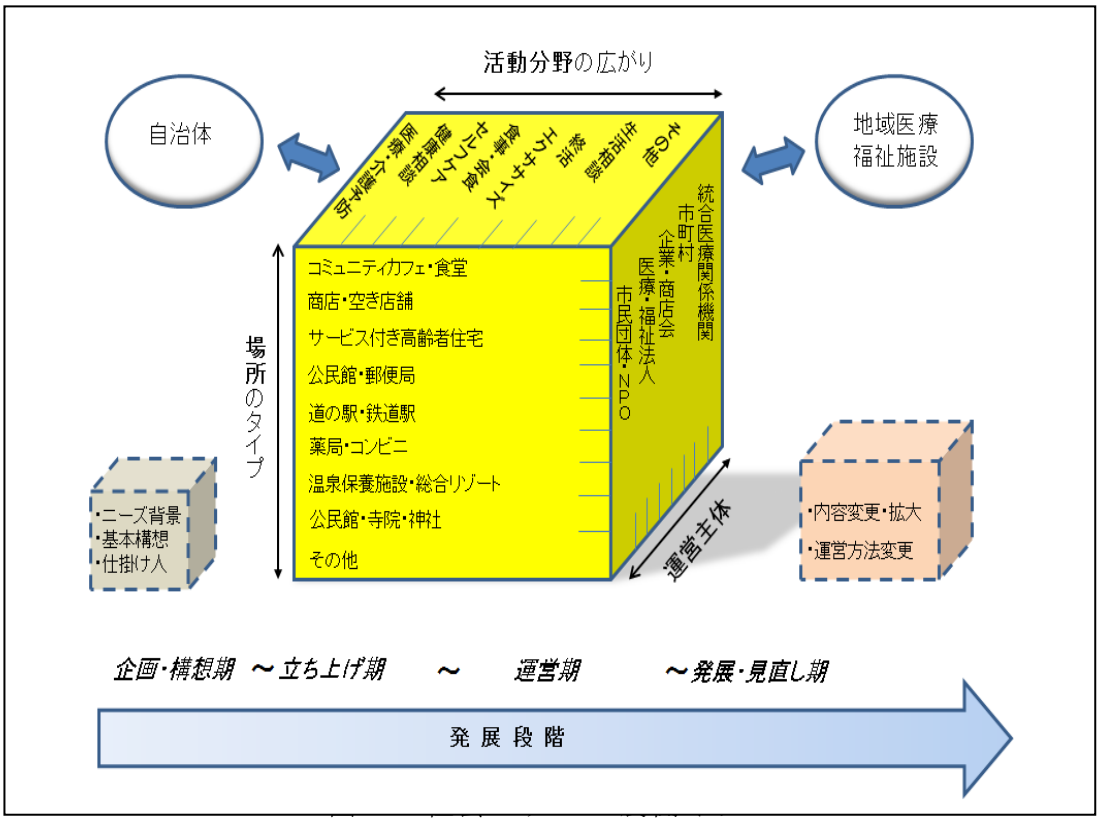


図９　社会モデルの展開イメージ

５）課題と展望

（１）　地域包括ケアの中での位置づけ

我が国の人口構造が世界にも類を観ない超高齢社会を迎えた現在、住まい。医療、介護、予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムが国および地域において推進されている。

しかし地域包括ケアシステムの中での統合医療（とりわけ代替医療）の役割は、必ずしも明確なものではない。

柔道整復師、あんまマッサージ指圧師はすでに機能訓練指導員として介護保険制度で認められている。平成２６年４月開催の第１００回社会保障審議会給付費文科会の地域包括ケアシステムの中の資料に鍼灸師の名前が明記されたものの、実際の参加は、地域の裁量に任されているのが現状である。

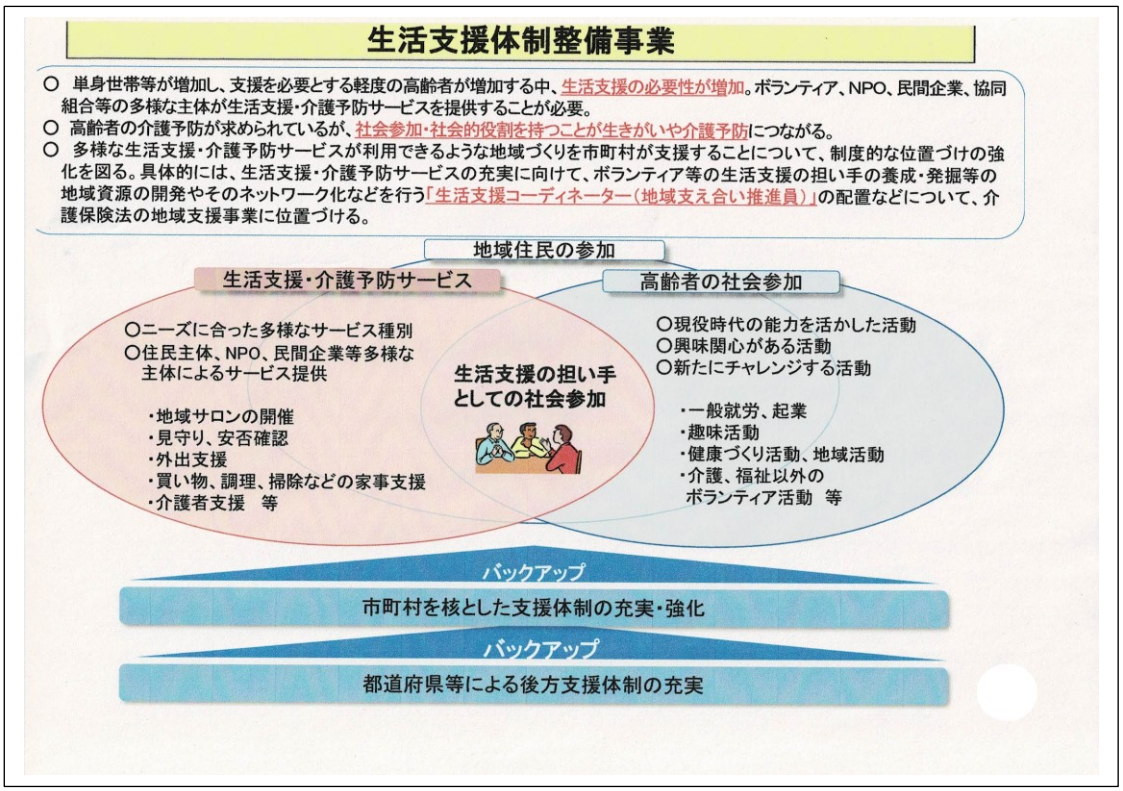
さらに、高齢者の生活支援から社会参加の促進といった向かう流れの中では、適度な食事、運動等に加えて、メンタルヘルスや QOL を高める活動サポ

ートなども今後の大きな課題である（図 10 参照）。

（２） 多様なステークホルダー間の連携

地域包括ケアの枠組みでは、多職種連携が今後の課題としてあげられている。

統合医療社会モデルのさらなる展開を考える上では、医療・福祉介護分野での異なる専門職種間の連携のみならず、さまざまの異業種との連携が不可欠である。サービス付き高齢者向け住宅（住宅）、コンビニ店舗での事業展開（日用品小売り）、ヘルスツーリズム（旅行）、寺での展開など、社会を構成するさまざまのステークホルダーの参加が大きな役割を果たすことが期待される。



（出典）厚生労働省資料

図１０　地域包括ケアにおける生活支援体制整備事業

参考文献

1）（一社）高齢者住宅協会：「サービス付き高齢者向け住宅の登録状況」（令和 2 年）

2）厚生労働省：「よく分かる！地域に広がる認知症カフェ」（平成 30 年）

3）内閣府：「高齢者の居場所と出番に関する事例集」（平成 23 年）

4）厚生労働省・総務省・経済産業省「地域包括ケアシステムの構築に向けた取組」（平成 30 年）

９．統合医療産官民協働モデル

蒲原　聖可

１．健康次元類型　（　健康増進・予防　）

２．医療機関類型　（ 大学病院、３次医療機能病院、２次医療機能病院、都市型クリニック　地方型クリニック、離島型クリニック　健康増進施設・リトリート　）

３．次元類型　（ 提供　利用　生活　社会 ）（ 平常時　災害時 ）

４．統合医療モデル【統合医療産官民協働モデル】

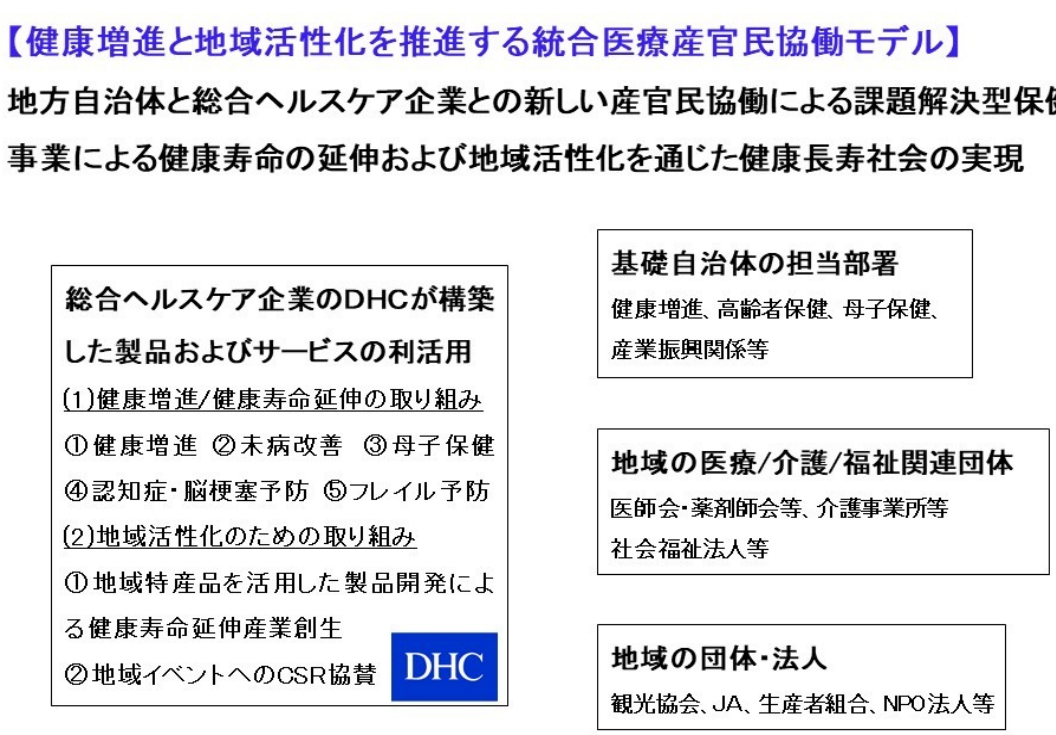


図１　健康増進と地域活性化による健康長寿社会の実現を目指す統合医療産官民協働モデル

5. モデル図の概説・説明

１）役割・目標

①役割

・総合ヘルスケア企業の立場から、公民連携による健康づくり事業としての課題解決型保健事業を推進し、統合医療の理念に基づく産官民協働モデルの構築を目指す。

・公衆衛生学上、健康増進/未病改善のために、単なる啓発ではなく、地域社会での課題解決となる取り組みを、ヘルスケア企業から地方自治体に提案する。

・総合ヘルスケア企業として、健康寿命延伸産業創生による地域経済活性化を計る。

・これまでに多く見られた公民連携である CSR(企業の社会的責任)としての取り組みではなく、CSV（共通価値の創造）の考えに基づき、持続可能なモデルの構築を目指す。

・統合医療の医療モデルよりも、社会モデルとしての要素が大きい。

②目標

・地方自治体と総合ヘルスケア企業との新しい産官民協働による課題解決型保健事業の推進を通じた健康寿命の延伸

・健康寿命延伸と地域活性化を通じた健康長寿社会の実現。

２）モデル図

ハード(施設・設備・体制)、ソフト(提供内容)、提供(利用)手順の可視化

（１）概要：新しい産官民協働による課題解決型保健事業の推進と地域経済活性化のための取り組み

①背景

・本邦では、「日本再興戦略」(2013 年)により健康寿命延伸産業の育成が閣議決定され、「産業競争力会議」では公的保険外のサービス産業の活性化、健康増進・予防へのインセンティブ措置が示された。

・「次世代ヘルスケア産業協議会」(2013 年、2014 年)では、国民の健康増進、医療費の適正化、新産業の創出の同時実現を目指すとされ、「日本再興戦

略改訂」（2014 年）により、公的保険外サービスの活性化に関する具体策が盛り込まれた。

・「まち・ひと・しごと創生総合戦略」（2014 年）では、「地域でのヘルスケアビジネス創出に向けた取り組み方針」が示された。

②総合ヘルスケア企業としての取り組み

・総合ヘルスケア企業による取り組みとして、株式会社ディーエイチシー（ＤＨＣ）では、2015 年から、セルフケアでの健康づくりに活用できる製品やサービスを、地方自治体における健康増進策として構築。

・地方自治体と意見交換を実施し、地域の現状と課題を解析した上で、保健事業への利活用、地域活性化への支援での連携を提案した。

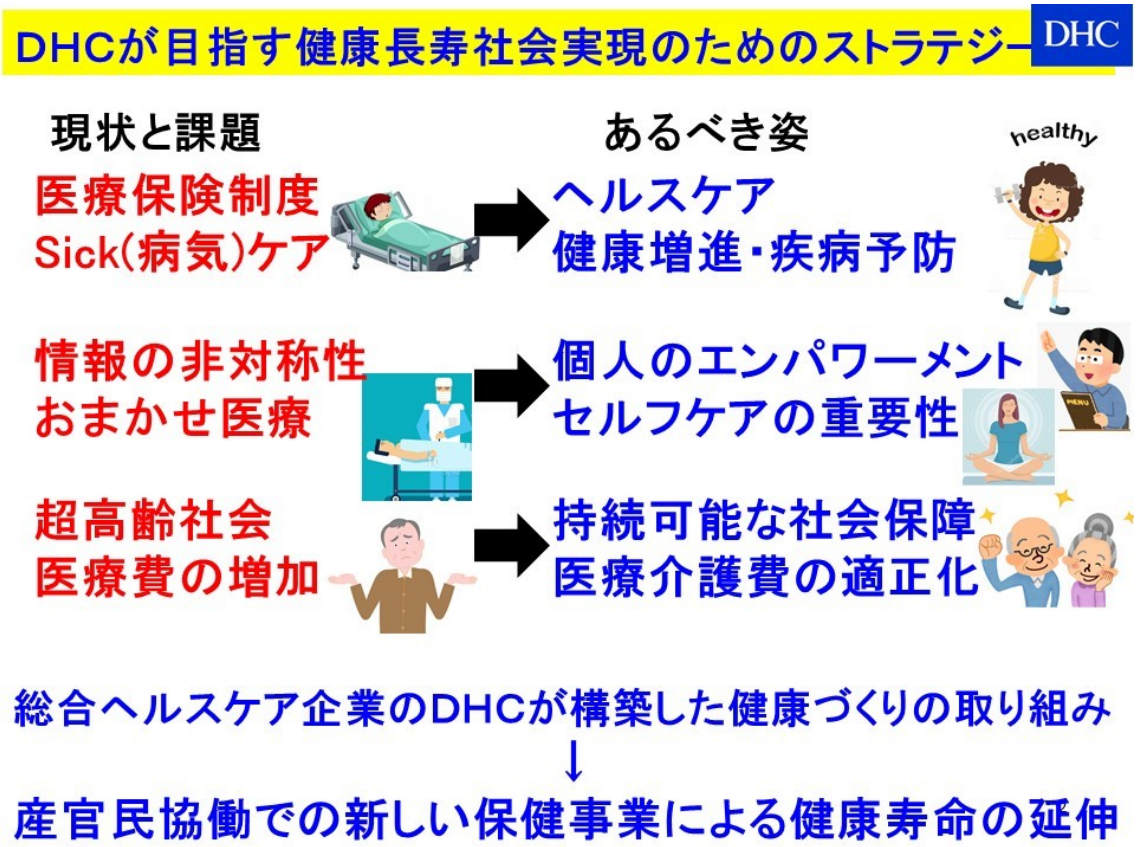


図 2　ＤＨＣが目指す健康長寿社会実現のためのストラテジー

（２）ハード(施設・設備・体制)

①体制

・2015 年、総合ヘルスケア企業であるＤＨＣが有する公的保険外の製品(サプリメント/健康食品、化粧品、遺伝子検査キット、一般用医薬品など)と、サービス(医師・薬剤師・管理栄養士の医療職 30 名による相談室、ＩＣＴ担当部署、研究開発担当部署など)を再構築し、「ＤＨＣ地域健康サポート事務局」を設置した。

・次に、健康づくり事業や地域活性化に注力する地方自治体の首長と意見交換を行い、行政における課題を産官民協働により効率的に解決するために、①保健事業への利活用、②地域活性化への支援、③政策財源確保に係る連携を提案した。

・2020 年 4 月末の時点で、21 の地方自治体(13 市 8 町)と包括連携協定を締結し、4 自治体（4 市）とは、健康づくりに関する個別協定を締結した。

②施設・設備

・地方自治体(基礎自治体)の保健事業として実施する取り組みでは、地域の公的な施設を中心に用いる。

・健康関連指標の測定を行う場合、地域の医療機関で実施することもある。

・ヘルスケア企業での測定や解析を行う場合もある。

（３）ソフト（提供内容）

課題解決型保健事業として実施しているのは、次の取り組みである（現在実施中あるいは過去に実施)。

3）健康増進の取り組み：次世代の健康づくり策

①ICT 対応健康マイレージ制度：ポピュレーションアプローチ

・住民による健康づくりへのインセンティブ付与を介した健康増進策。

・自治体初となる 100％ICT 対応の健康マイレージ制度を構築し、提供（佐賀県みやき町、佐賀県唐津市、茨城県境町の 3 自治体）

4）未病改善の取り組み：ハイリスクアプローチ

①肥満・メタボ改善プログラム：未病改善施策

・置き換え食（フォーミュラ食）を用いた ICT 対応肥満対策減量プログラムによる住民の減量（茨城県境町、茨城県下妻市、北海道長沼町の 3 自治体）。

5）母子保健での取り組み

①健やかな妊娠・出産・産後のための葉酸サプリメント啓発：母子保健

・母子保健での神経管閉鎖障害啓発のための葉酸サプリメント配布（南国市等 10 自治体）

②産後ケア支援

産後女性を対象にした産後ケア支援のための日帰りイベント開催（静岡県伊東市、茨城県境町）

6）シニア層向けの健康寿命延伸のための取り組み

①化粧療法による介護予防

・化粧講座開催を通じた整容の QOL 向上による外出促進および介護予防（熊本県長洲町、神奈川県平塚市）

②葉酸サプリメントによる認知症・脳卒中予防

・認知症・脳卒中対策としての 1,000 名以上に葉酸サプリメントの年間頒布（佐賀県みやき町、茨城県境町、鹿児島県南九州市の 3 自治体）

7）健康啓発と地域活性化

①住民向けの健康講座への講師派遣

・医師・薬剤師・管理栄養士を健康講座に派遣。

②地域活性化イベント

健康フェアや地域活性化への CSR 協賛を実施し、地域活性化・まちづくりに貢献。

8）災害協定

①災害協定に基づく栄養補助食品の支援

21 の地方自治体との包括連携協定には、防災に関する事項が含まれてお

り、被災時には、マルチビタミンやマルチミネラルなどのサプリメントの支援が想定されている。また、別途、災害協定の締結を行った自治体では、ヘリコプターを用いた物資輸送などを含む支援も想定されている。

総合ヘルスケア企業のＤＨＣは、これまで、国内外の災害発生時に、CSRとしての支援を行ってきた。例えば、東日本大震災発生直後には、自社ヘリコプターやトラックを用いて、水や食品、防寒衣料、衣類、衛生用品などの自社商品を支援物質として被災地に届けた。

2011 年の東日本大震災後、および 2016 年の熊本地震後、厚生労働省の事務連絡により、被災 1 ヶ月から 3 ヵ月後の避難生活では、ビタミン B1、ビタミン B2、ビタミンＣの摂取不足に関する対策の必要性が示されている。そこで、本モデルにおける地方自治体とヘルスケア企業との包括連携協定には防災に関する事項や防災協定が盛り込まれており、マルチビタミンやマルチミネラルといったサプリメントの支援が含まれている。一般に、サプリメント・機能性食品は、非常食には含まれていないが、被災時/非難時に不足しがちな栄養素を補う目的で災害食としての有用性が考えられる。一方、サプリメント・健康食品については、内閣府の調査では消費者の 6 割が健康食品を利用しているという報告があり、適正使用情報の啓発が求められている。今後、サプリメント・健康食品は、平時での適正使用の啓発を通じて、各自のライフステージや基礎疾患の有無など個人の状態に応じた、災害食としての利活用が期待される。

9）提供（利用）手順

本モデルでの取り組みは、産官民協働による施策である。

したがって、手順としては、

① 基礎自治体と DHC との協議による事業の決定、

② 実施主体である基礎自治体が、行政の広報などを通じて、対象となる住民に周知、

③ 基礎自治体の担当部署と、DHC が、事前に決定された役割分担に応じて、 取り組み内容を実施、

という大まかな流れになる。
なお、数十名規模を対象にした単回の講座から、1,000 名以上を 1 年間フォローアップする取り組みなど、実施の規模やスケジュールはさまざまである。

6. 留意事項

・本モデルでは、統合医療の社会モデルに近い要素を持っている。
・自治体の保健事業のうち、医療介護が必要な住民よりも、健康な人を対象とする取り組み（健康増進、未病改善、認知症・脳卒中予防、子供子育て支援など）が多い。
・これまでの地方自治体と企業との公民連携/官民連携の取り組みは、企業の CSR（社会的責任）協賛が中心であった。ただし、企業サイドからの持続可能性を考えるとき、CSR では限界が生じるのは自明である。
・そこで、本取り組みは、企業にとっては、CSV（共創活動、共通価値の創造、Creating Shared Value）としての位置付けである。（なお、CSV は、ハーバード大学の M.ポーターにより提唱された。本邦では、近江商人の「三方よし」に近い概念である。）

7. 期待される効果

①産官民協働に基づき、健康づくりや未病改善のための施策の企画・立案・実行において、総合ヘルスケア企業のノウハウを利活用することで、従来、地方自治体が行ってきた施策よりも、効率的な取り組みが期待できる。いわば、「民間にできることは民間に」という考えに基づく取り組みである。

②特に「統合医療」を明記した取り組みでは、佐賀県みやき町が「統合医療によるまちづくり」を推進している。ハード面でも統合医療施設である「メディカルコミュニティみやき」の整備が進行しており、DHC も参画予定である。
（佐賀県みやき町、社会医療法人天神会古賀病院グループ、株式会社ディーエイチシーは、3 者で連携協定を締結している。）

8. 課題

本モデルは、産官民協働による共創活動を目指す新しいスキームであるため、下記のような、多くの課題が存在する。

・「健康寿命延伸と地域活性化の推進を通じた健康長寿社会の実現を目的とした新しい産官民協働での取り組みを」、という考えで協議しても、地方自治体にとっては前例がなく、ハードルが高いスキームである。
・企業にとっては、単なるCSRではなく、CSVであることから、新しい取り組みであり、人的資源の配分の検討が必要となる。
・課題解決型保健事業として、行政としての予算化が必要な場合、財源の確保や調整が必要となる。（連携自治体では、既存の施策の見直しや政府の助成金の申請により対応。）　なお、財源確保ができる場合に、企業にとってはそれを受託する形式になるが、一般に、企業にとっては、本業に、人的資源を投入するほうが効率的である。(そのため、従来型のCSRでは、本業に注力して得られた利益の一部を還元するという考えであった。この場合、CSRでの事業に対しては、企業側からの人的資源、例えば、医療やIT系の専門職の提供はごく限定的となる。)
また、当然のことなら、地方自治体にとっては、地方自治法等に定められている方式に従い、予算執行が行われる必要がある。
・今回の取り組みの目的は、健康寿命延伸と地域活性化を通じた健康長寿社会の実現」である。この目的については、地方自治体もヘルスケア企業も一致できる。一方で、社会において、行政の枠割と企業の意義は大きく異なることから、具体的な事業の推進となると、さまざまな調整が必要となる。
・行政は、役割分担が明確であり、いわゆる縦割り組織であることから、健康に関することでも、住民の年齢層別に担当部署が異なることから、企業にとっては、非常に煩雑な調整が必要となり、負担となる。
・本モデルにおいて、先進的な取り組みが実施できている地方自治体は、例えば、首長のモットーが、「政治はスピード感とアカウンタビリティ（説明責任)」として明言されているような自治体に限定される。(そのため、

他の自治体が追随することはほぼ不可能である。）

9. 今後の対応策・展望

今後、産官民協働による保健事業での課題を検証し、地方創生と健康寿命の延伸によるおよび健康長寿社会の実現に向けた取り組みを継続する予定である。

参考文献

1）蒲原聖可：不育症・早産・産後うつ病・児の自閉症を防ぐビタミンMの効果！ － プレコンセプションケアに不可欠な葉酸の働きと公民連携,医学と看護社，東京，2019.

2）蒲原聖可：ビタミンMが認知症と脳卒中を防ぐ！ － 日本人が知らない健康長寿のための葉酸の効果,医学と看護社，東京，2019.

10. 統合医療地域包括 IPW モデル

鶴岡　浩樹

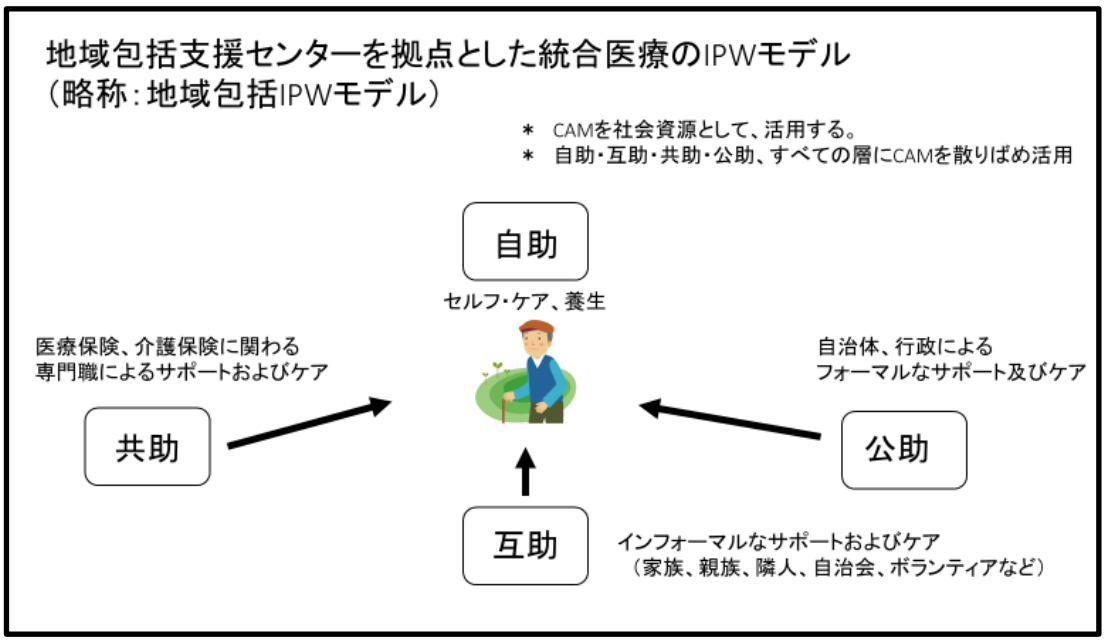
1．健康次元類型　（　健康増進・予防　医療　看護　ケア　）
2．医療機関類型　（　地方型クリニック　）
3．次元類型　（　提供　利用　生活　社会　）（　平常時　災害時　）
4．統合医療モデル

1）役割・目標

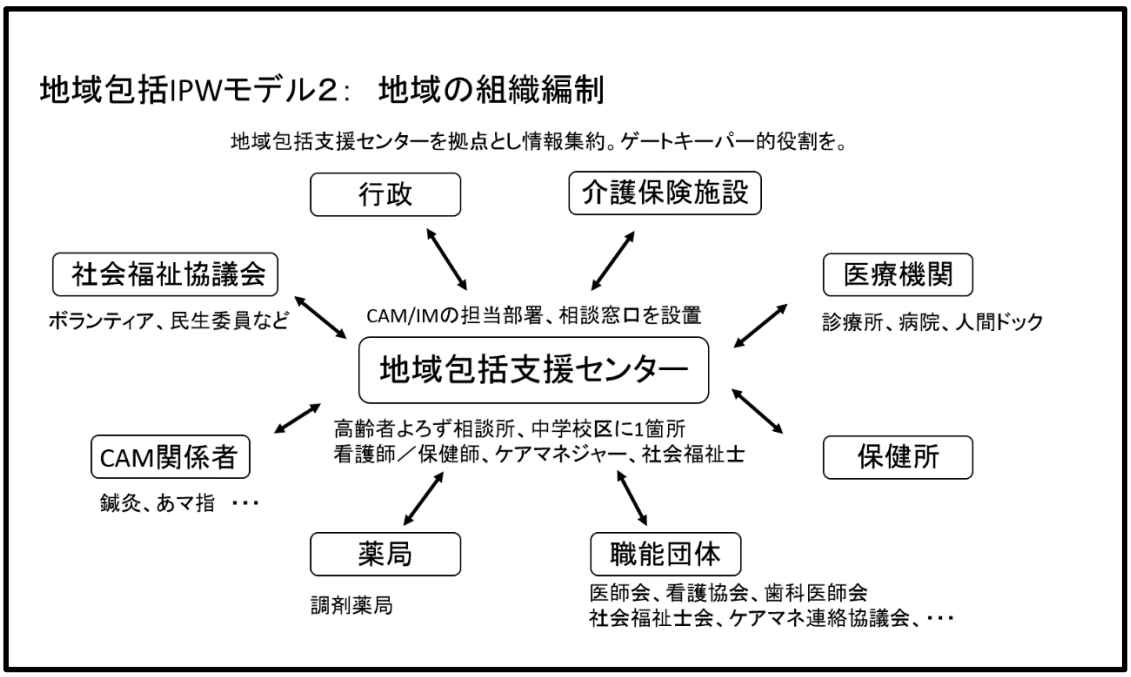
CAM を地域の社会資源として地域包括ケアの４つの層（自助・互助・共助・公助）で効果的に活用するシステムをつくること。そのためには医療・保健・介護従事者、CAM 関係者、行政の協働（Interprofessional Work: IPW）が必須。

2）モデル図

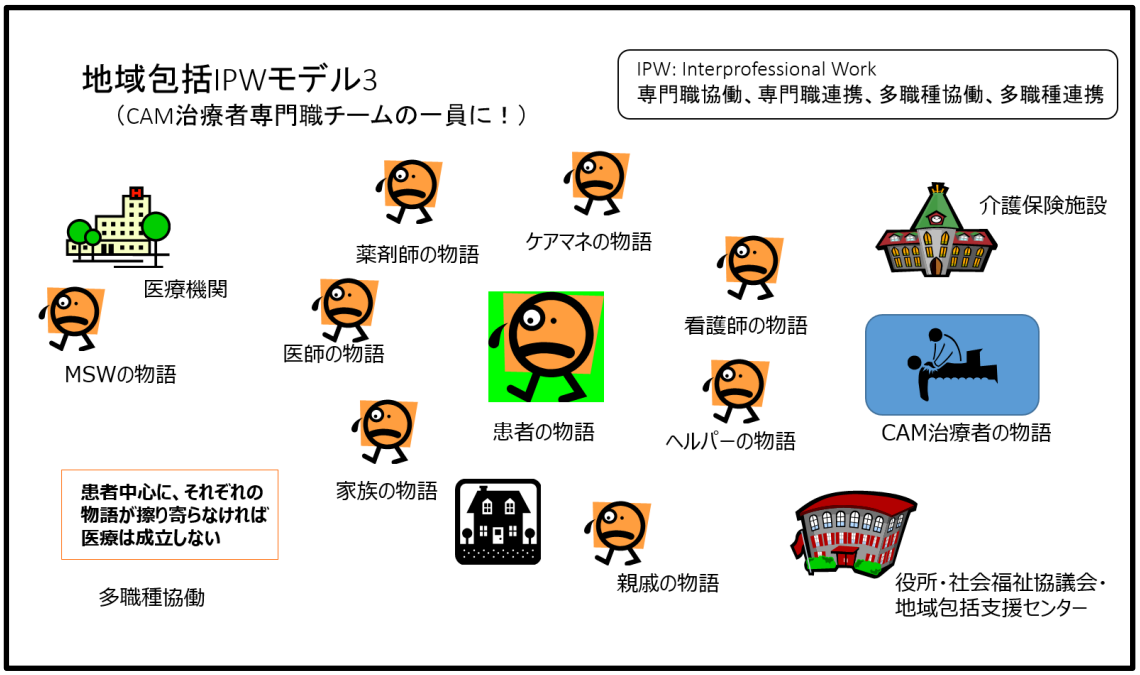
ハード(施設・設備・体制)、ソフト（提供内容)、提供(利用)手順の可視化
モデル１



モデル２


地域包括IPWモデル2： 地域の組織編制
地域包括支援センターを拠点とし情報集約。ゲートキーパー的役割を。
行政
介護保険施設
社会福祉協議会
ボランティア、民生委員など
CAM/IMの担当部署、相談窓口を設置
医療機関
診療所、病院、人間ドック
地域包括支援センター
高齢者よろず相談所、中学校区に1箇所
看護師／保健師、ケアマネジャー、社会福祉士
CAM関係者
鍼灸、あマ指 ・・・
保健所
薬局
調剤薬局
職能団体
医師会、看護協会、歯科医師会
社会福祉士会、ケアマネ連絡協議会、・・・

モデル３


地域包括IPWモデル3
（CAM治療者専門職チームの一員に！）
IPW: Interprofessional Work
専門職協働、専門職連携、多職種協働、多職種連携
医療機関
MSWの物語
薬剤師の物語
ケアマネの物語
介護保険施設
医師の物語
看護師の物語
患者の物語
ヘルパーの物語
CAM治療者の物語
家族の物語
患者中心に、それぞれの物語が擦り寄らなければ医療は成立しない
多職種協働
親戚の物語
役所・社会福祉協議会・地域包括支援センター

5. モデル図の概説・説明

１）モデル１：地域包括 IPW モデル

CAM を地域の社会資源として、専門職・行政・住民に認識させるには、高齢者の相談窓口である地域包括支援センターを拠点とすることが望ましい。地域包括支援センターは中学校区に設置されており、言い換えれば、中学校の数だけ日本国内に存在する。

具体的には地域包括ケアシステムの基本的な考え方である「自助」「互助」「共助」「公助」、４つの全ての支援で CAM の活用を目指していく。そのプラットフォームとして地域包括支援センターが位置づけると理解しやすい。そのためには、地域包括支援センターを中心とした多職種連携（Interprofessional work: IPW）が重要となってくる。この IPW には専門職ばかりでなく当事者や住民も含まれている。つまり当モデルは「地域包括支援センターを拠点とした統合医療の IPW モデル」であり、略称を「地域包括 IPW モデル」とした。

４つの支援のうち最も重要なことは、自助を重視し、促進させることである。これは WHO の提唱するプライマリ・ヘルス・ケアやヘルスプロモノーションと重なり、当事者や住民が主体性を持って健康増進に取り組むことを意味している。そこに介入する選択肢の１つとして CAM があればよい。例えば、セルフケアや養生を支援するために、地元の食材を使った食事や健康体操などを自助として取り入れるなどの取組を指している。続いて説明する互助・公助・公助は自助の支援を前提に組み立てることが望ましい。互助は家族、隣人、自治会、住民組織、ボランティアなどによるインフォーマルなサポートやケアを意味する。自治会や高齢者サロンでは、健康法などのトピックは頻出するので、ここに CAM のアクションを起こすことも良いであろう。各地区の社会福祉協議会にはボランティアセンターがあり、CAM 関係者はここに登録しておくことで啓発につながる。共助の解釈については様々な解釈があるが、ここでは厚生労働省のいう地域包括ケアシステムの考え方から、保険と解釈して話を進める。すなわち共助は、医療保険や介護保険によるサービスとなる。したがって、サービス提供者は医師、看護師、介護職など専門職が中心となるので、フォーマル・サービスである。医療における CAM の位置づけは従来通りで、保険診療との兼ねあいやエビデンスなどに注意しながら統合医療進めていけばよい。訪問看護師や介護職もまた当事者や家族へ助言する立場であり、共助の立場からすれば、エビデンスにもとづいた療養指導に CAM を考慮していただくことで啓発につながるであろう。公助は、行政、自治体などによるフォーマルなサポート及びケアを示す。独居高齢者向けの配食サービスには地域ならでは健康食を盛り込むことができるであろう。自治体、保健センター、地域包括支援センターなどが企画する健康教室、介護予防教室、料理教室などは CAM が入り込める良い機会である。

以上、地域包括ケアシステムに CAM を統合するというモデルであり、後述のモデル２・３は、これを実現させるための補足モデルと考えていただきたい。

２）モデル２：実現に向けた組織編制

高齢者のよろず相談窓口である地域包括支援センターは図のように行政、介護保険施設、医療機関、保健所、薬局、社会福祉協議会、職能団体などと常時連携しながら地域住民から相談に応えている。看護師または保健師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士という３職種の設置義務があり、医療・保健・介護・福祉など様々分野と渡り合うことができる。言い換えれば、専門職が常勤でいるからこそ、CAM の情報収集やゲートキーパーの役割が可能となる。したがって、同センターに CAM/IM の担当部署および相談窓口を設置できれば、地域における CAM/IM の啓発は進むであろう。そのためには CAM 関係者が地域包括支援センターのネットワークに飛び込んでいかねばらない。

３）モデル３：多職種連携（IPW）を実現するために

病院と地域の大きな違いは、患者毎に専門職のチーム構成、事業所が異なることだ。各専門職の価値観、知識、技術、態度などを総じて「物語」という言葉で表現すれば、各専門職の物語が、患者の人生に物語に寄り添わなければならない。そのためには IPW の理論とスキルを習得する必要がある。CAM 関係者も IPW チームの一員となり、保健・医療・介護の専門職と対等な議論ができなければならない。

6. 留意事項

３つのモデルを提案したが、あくまでもメインはモデル１であり、モデル２と３は補足事項である。モデル１は理念、モデル２はシステム、モデル３は実践者の視点と考えるとわかりやすいかもしれない。

実際にモデル２のように地域包括支援センターで CAM を扱うことになった場合、どのような CAM を取り入れ、どのような CAM は取り入れないのか、選択基準が課題となるであろう。また、CAM によるアクシデントが生じた場合の責任の所在なども考えておかねばならない。

7. 期待される効果

地域包括 IPW モデルから期待される効果と思われることを列挙した。

＊ 患者が自ら考え、選択できるオプションが広がる。
＊　地域の社会資源の発掘。
＊　パンフレット、社会資源マップの作成（可視化）
＊　地域の産業の活性化につながる。
＊　統合医療もしくは統合的ケアが地域に浸透する。

8. 課題

当モデルの実現にはいくつかの課題もある。例えば、CAM 関係者が対話に応じないこ

とが考えられる。意識の問題か、教育の問題か明らかではないが、CAM 関係者と医療介護関係者が同じ土俵で語り合える雰囲気づくりが必要であるし、地域における対話の積み重ねが必要であろう。

地域包括支援センターの 3 職種（看護師／保健師、社会福祉士、ケアマネジャー）のうち、特に社会福祉士とケアマネジャーは CAM/IM に関する知識が少ない。地域で育てるのは勿論のこと、学会として福祉や介護の専門職教育に働きかけができないか検討を要す。

その他の課題については、前項６（留意事項）と事項９（今後の対応策・展望）にも記したので、合わせて参照されたい。

9. 今後の対応策・展望

当モデルの実用化について、まずは Good Practice 例の提示が必要であろう。具体的には、都会、郊外、へき地など複数の地域で、地域包括支援センターによる CAM 導入の取組みが紹介されるとイメージがつきやすい。地域によって進め方は大きく異なることが予想されるからである。

同時に、組入れる CAM をどうするか、一定の基準をつくらなければ前に進めないであろう。この時に、鍼灸、あん摩マッサージ指圧など制度化されている施術を優先することが地域のネットワークづくりで重要と思われる。基準については、本学会のような学術団体や職能団体の知恵が必要であろう。

このような作業を経て、行政への提案、交渉、仕組みつくりを行うことが望ましい。保健・医療・介護・福祉に関わる現場の専門職への CAM/IM の啓発活動も必要で、これは地域で開催される多職種向け勉強会などを活用すると効率的である。特にこれまで統合医療と関係の薄かった社会福祉士、ケアマネジャー、介護福祉士など介護・福祉領域の専門職への啓発を新たに行う必要があろう。また、専門職の卵たち、様々な職種の学生教育においても CAM/IM を授業で取り扱う機会があれば、座学だけでなく多職種連携教育（Interprofessional education: IPE）の形式で行われることが将来につながる。

一方、CAM 関係者に対しては、医学・介護・福祉の基礎知識を伝えるとともに、地域包括ケアシステムや地域共生社会の理解を促す必要があろう。また CAM 関係者へ IPW 実践のスキルアップセミナーなど、CAM 関係者を含めた IPE が実現できれば地域全体のケアの質向上につながろう。

参考文献

１）厚生労働省．地域包括ケアシステム．厚生労働省ウェブサイト．
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/

11．統合医療災害モデル

小野　直哉

１．健康次元類型　（　健康増進・予防　医療　ケア　）
２．医療機関類型　（　医療機関以外；避難所　仮設住宅　他　）
３．次元類型　（　提供　利用　生活　社会　）（　災害時　）
４．統合医療モデル（　災害支援モデル　）

１）　役割・目標

災害支援モデルは、自然災害及び人為的災害の被災者と災害支援者（以下、支援者）を対象に、各災害時期に統合医療による必要且つ適切な支援とケアを行うものであり、持続可能な災害支援の一翼を担うことが目標である。

２）モデル図

ハード(施設・設備・体制)、ソフト（提供内容)、提供(利用)手順の可視化

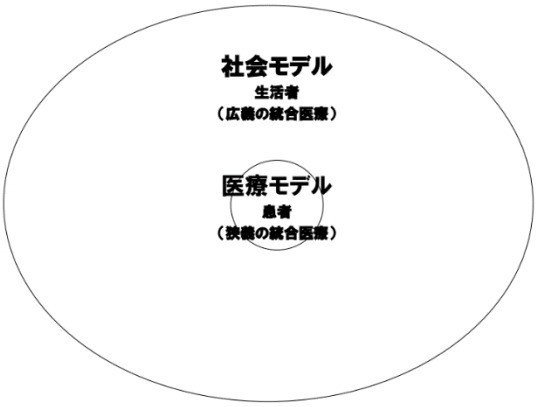


図１　統合医療の医療モデルと社会モデル

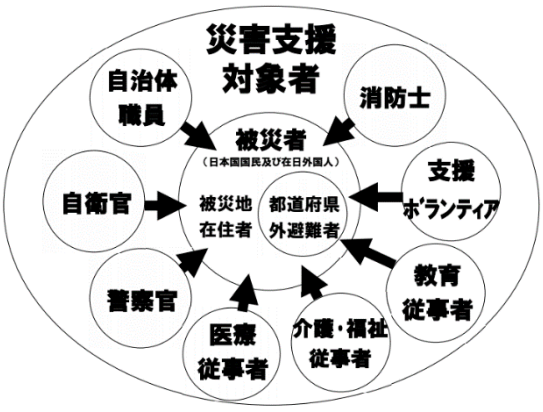


図２　統合医療の災害支援対象者

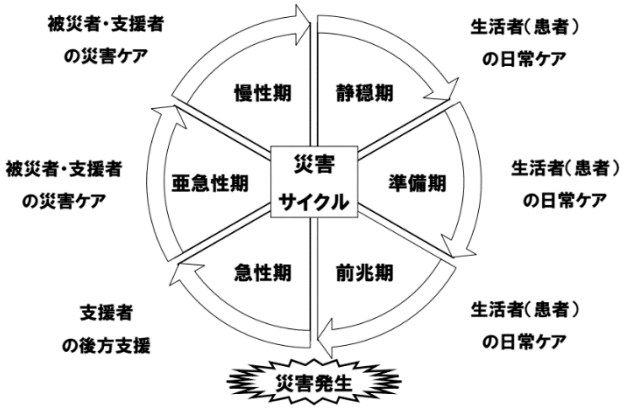


図３　各災害期と統合医療による支援

5. モデル図の概説・説明

統合医療では近代西洋医療と共に非近代西洋医療である伝統医療や相補・代替医療が用いられ、多分野・多領域の多職種連携により、人（患者を含む生活者）を全人的に健やかにすることが目的である。

統合医療には、狭義の統合医療である「医療モデル」と広義の統合医療である「社会モデル」がある（図１）。「医療モデル」は主として病院や診療所での患者を中心とした疾病の治療（Cure）が目的であり、「社会モデル」は主として日常の生活の場での生活者を中心とした疾病予防や健康増進（Care）が目的である。統合医療の「医療モデル」と「社会モデル」は、互いに補完し合いながら有機的な繋がりの中で機能し、患者の Cure から生活者の Care まで対応し、地域コミュニティの住民である患者や生活者の尊厳の保障、健康格差の是正に寄与する。住民の絆が強く、お互いを支え合う地域コミュニティでは、住民の生活の質（QOL）が高い、住民は病気になりにくい、住民の健康寿命が延びる、住民の医療費が安い、地域の出生率が高い、地域の就学率が高い、地域の就職率が高い、地域の犯罪率が低い、地域の自殺率が低い、地域経済が発展する等の特徴があり、災害時のレジリエンス（resilience）も高いと考えられている[1)]。

「医療モデル」と「社会モデル」を内在する統合医療の災害支援対象者には、被災者（日本国民及び在日外国人を含む被災地在住者や都道府県外避難者等）のみならず、支援者（自治体職員、消防士、警察官、自衛官、医療従事者、介護・福祉従事者、教育従事者、支援ボランティア等）も含まれる（図２）。被災者も支援者も統合医療の「医療モデル」においては患者であり、「社会モデル」においては生活者である。超少子・高齢・人口減少・独身社会が進展する日本では、人的にも医療的にも災害時の支援資源には限りがある。今後、南海トラフ地震や首都直下地震等、大規模な地震の発生が高い確率で予測・危惧される中、被災者のみならず、限られた災害時の支援資源として支援者も支援しなければ、持続可能な災害支援は望めない。

災害には、自然災害（気象災害、地震、噴火等）と人為的災害（交通事故、原子力事

故、戦災等）がある。災害サイクルには、急性期（災害発生後 48 時間程度）、亜急性期（災害発生後 2 週間程度）、慢性期（災害発生後 2 週間以降年単位：復旧復興期）、静穏期、準備期、前兆期がある（図３）。日本の災害対策関係法律に則し、災害時に設置される現地の災害対策本部の指示の下、統合医療従事者で主に日本の医療国家資格の有資格者は、急性期は近代西洋医療による災害医療専門団体の支援者の後方支援（ロジスティクス）を主に行い、亜急性期及び慢性期に被災者と支援者へ災害ケアの支援を行い、静穏期及び準備期、前兆期には生活者（患者）の日常ケアを行ない、各災害サイクル期と各被災地のニーズと実情に則した、統合医療による適切な支援とケアを行う。統合医療従事者で主に日本の医療国家資格の無資格者は、災害時に設置される現地の災害ボランティアセンターの指示の下、慢性期に被災者と支援者へ災害ケアの支援を行い、静穏期及び準備期、前兆期には生活者（患者）の日常ケアを行ない、各災害サイクル期と各被災地のニーズと実情に則した、統合医療による適切な支援とケアを行なう（図３）。

6. 留意事項

災害医療支援も含め、日本における災害に係る事柄は、日本の災害対策関係法律（災害対策基本法、災害対策基本法施行令、災害対策基本法施行規則、災害救助法、災害救助法施行規則、災害救助法施行令第一条第一項第三号の内閣府令で定める特別の事情等を定める内閣府令等）[2~7] に明確且つ厳格に規定されている。災害時は、これらの法律に則し、災害対策本部（政府管轄、自治体管轄：都道府県・市町村）が設置される[8, 9]。従って、統合医療従事者で主に日本の医療国家資格の有資格者は、災害時に設置される現地の災害対策本部（自治体管轄：市町村）の指示の下、現地での支援を行うことになる。また、統合医療従事者で主に日本の医療国家資格の無資格者は、災害時に設置される現地の災害ボランティアセンター（市町村の社会福祉協議会管轄）の指示の下、現地での支援を行うことになる。

但し、統合医療従事者の主に日本の医療国家資格を有する者でも、統合医療では近代西洋医療と共に非近代西洋医療である伝統医療や相補・代替医療が用いられることへの現地の災害対策本部の理解と認識の如何では、災害対策本部の指示の下、現地での統合医療による支援を行えないことがある。同様に、統合医療従事者の主に日本の医療国家資格を有しない者も、統合医療では近代西洋医療と共に非近代西洋医療である伝統医療や相補・代替医療が用いられることへの現地の災害ボランティアセンターの理解と認識の如何では、災害ボランティアセンターの指示の下、現地での統合医療による支援を行えないことがある。

7. 期待される効果

すべての災害に共通する健康障害や健康問題には、感染症、クラッシュ症候群、エコノミークラス症候群、廃用症候群、慢性疾患の増悪、熱中症、低体温症、心的外傷（PTSR

やPTSD)、リロケーションダメージ、アルコール依存症、災害関連死（震災関連死）等がある。統合医療による災害支援では、①被災者及び支援者の肉体疲労の軽減、②被災者及び支援者のストレスの解消、③被災者の疾病予防・健康増進（感染症予防、生活不活発病予防等)、④被災者のコミュニティの維持、再構築のためのきっかけ、⑤被災者の災害関連死の予防・抑制等、少なくとも5つの成果が期待される。これら5つの期待される成果をもって、すべての災害に共通する健康障害の軽減や健康問題の解決に寄与する。

8. 課題

明治政府の医制発布（1874年）以降、日本で制度化された正統医療は近代西洋医療のみであり、現在でも非近代西洋医療である日本の伝統医療は半制度化（準制度化）された状態にある[10,11]。故に、日本の政府や自治体、医療従事者の多くは、統合医療では近代西洋医療と共に非近代西洋医療である伝統医療や相補・代替医療が用いられることを理解し、認識しているとは言い難く、統合医療を医療資源として捉えていないため、災害時の支援資源としても捉えていないのが、日本の現状である。そこには以下7つの課題が存在する。①統合医療とは何かを災害医療専門団体（DMAT、DPAT、DHEAT、日赤救護班、AMDA等）は理解・認識していない、②統合医療とは何かを災害医療対策本部は理解・認識していない、③統合医療とは何かを災害支援ボランティアセンターは理解・認識していない、④統合医療で用いられる各伝統医療及び相補・代替医療団体の災害支援時の窓口が分散している、⑤統合医療とは何かを平時から地域住民は理解・認識していない、⑥統合医療従事者には多分野・多領域の多職種と連携できる知識と技能と経験を有する者が少ない、⑦統合医療従事者には多職種連携で支える災害医療[12]を含む災害支援に係る基礎知識を有する者が少ない。

また、災害支援での統合医療従事者個人の以下6つの行為は、統合医療への被災者及び支援者の理解と認識が得られず、信頼関係構築の失敗により、災害支援に至らない要因となっている。①被災地で自己の職能・技術・生業しか行わない、②特定の療法や個人や団体の売名・宣伝をする、③災害支援を自己の職種仲間に強要する、④災害支援を政治的に利用する、⑤無自覚に上から目線で被災者に迷惑をかけ、災害支援において自己完結していない、⑥無自覚な自己満足のために災害支援をする、⑥被災者に「善意の誤謬」を強要する。

統合医療では近代西洋医療と共に非近代西洋医療である伝統医療や相補・代替医療が用いられ、多分野・多領域の多職種連携により、人（患者を含む生活者）を全人的に健やかにすることが目的である。しかし、統合医療を自らの職能・技術・生業・個人や団体の名声を拡大する手段と捉えている者も少なくない。故に、自覚・無自覚を問わず、統合医療が活用される機会を自らの職能・技術・生業・個人や団体の名声を拡大する機会と捉えている者も少なくない。謂わば、手段が目的化し、多分野・多領域の多職種連

携による、人（患者を含む生活者）中心の統合医療の在り方と成り得ていない状況がしばしば見受けられる。統合医療の志が有るのなら、「私心が有っては、志とは言わない」。それは災害支援も同様、災害支援の志が有るのなら、「私心が有っては、志とは言わない」のである。

9. 今後の対応策・展望

上記の課題を解決するには、以下７つの対応策が必要である。①統合医療とは何かを災害医療専門団体（DMAT、DPAT、DHEAT、日赤救護班、AMDA 等）に理解・認識してもらうための啓発と信頼関係の構築、②統合医療とは何かを災害医療対策本部に理解・認識してもらうための啓発と信頼関係の構築、③統合医療とは何かを災害支援ボランティアセンターに理解・認識してもらうための啓発と信頼関係の構築、④統合医療で用いられる各伝統医療及び相補・代替医療団体の災害支援時の窓口の一本化、⑤統合医療とは何かを平時から地域住民に理解・認識してもらうための啓発と信頼関係の構築、⑥統合医療従事者による多分野・多領域の多職種と連携できる知識と技能と経験の育成、⑦統合医療従事者による多職種連携で支える災害医療[12]を含む災害支援に係る基礎知識の習得。

特に災害支援現場となる自治体との連携は重要である。統合医療従事者が自治体と連携するには、統合医療従事者には以下４つに努めることが求められる。①統合医療で用いられる各伝統医療および相補・代替医療団体の自助努力による災害支援時の各業団の窓口（情報伝達）の一本化（＊現地の災害対策本部と連携するには必要不可欠）、②平時からの地域住民と顔の見える信頼関係の構築（例１：地域包括ケアシステムでの地域ケア会議への参加。例２：町内会や消防団に参加し、地域の防災訓練への参加等）、③自治体との災害時応援協定締結、④多分野・多領域の多職種と連携するための知識と技能の習得。

更に災害支援での統合医療従事者個人が、統合医療への被災者及び支援者の理解と認識を得、信頼関係を構築し、災害支援に至るためには、以下６つの対応策が必要である。①被災地で自己の職能・技術・生業以外も行う、②特定の療法や個人や団体の売名・宣伝をしない、③災害支援を自己の職種仲間に強要しない、④災害支援を政治的に利用しない、⑤自覚的に上から目線をせず、被災者に迷惑をかけず、災害支援において自己完結する、⑥自覚的に自己満足のための災害支援をしない、⑥被災者に「善意の誤謬」を強要しない。

2011 年 3 月に発生した東日本大震災では、大規模災害発生後、ライフラインや交通網等の社会基盤（infrastructure）が断たれた際、被災地に医療資源が届かず、近代西洋医療の脆弱性が露呈し、その限界が明確となった[13]。統合医療では近代西洋医療とともに、非近代西洋医療である伝統医療や相補・代替医療が用いられるが、伝統医療や相補・代替医療には物資およびエネルギーを必要としないものが多く、すでに海外では米

軍[13~16]やキューバ[13, 17~19]での災害支援や国内では、東日本大震災の災害支援[20~23]をきっかけに、伝統医療や相補・代替医療が災害支援に活用され創めている。日本では、前人未到の超少子・高齢・人口減少・独身社会が進展し、災害時の支援資源に限りがある中で、発生する自然災害や人為的災害を、生きなければならない。「備えあれば憂いなし」の故事成語通り、平時に準備していれば、災害時に憂いることはない。平時と災害時は表裏一体である。平時から地域住民と多分野・多領域の多職種へ統合医療の啓発を行い、特に地域包括ケアシステムにおいて、地域住民や多分野・多領域の多職種と統合医療従事者が顔の見える信頼関係の構築が出来れば、統合医療は平時の医療資源として捉えられ、災害時の支援資源としても捉えられるであろう。つまり、平時の地域包括ケアシステムと災害時の災害支援は表裏一体なのである。地域包括ケアシステムで統合医療が理解され、認識され、活用されることが、多職種連携で支える災害医療[12]を含む災害支援で、統合医療が理解され、認識され、活用される近道になるものと考えられる。然すれば、統合医療は平時にも災害時にも用いられる通常の「医療」となり、近代西洋医療と伝統医療や相補・代替医療が分離しているが故に「統合」しなければならない状況下で用いられる「統合医療」の名称は消滅し、「医療」のみが存在することになるであろう。その時、統合医療は名称の消滅と共に、真に持続可能な災害支援の一翼を担うことが可能となるのである。

文　献

1) Lisa F. Berkman, Ichiro Kawachi, M. Maria Glymour : Social Epidemiology 2nd Edition, Oxford University Press; 2014.

2) 災害対策基本法（昭和三十六年法律第二百二十三号），施行日：平成三十年六月二十七日，最終更新：平成三十年六月二十七日公布（平成三十年法律第六十六号）改正.

3) 災害対策基本法施行令（昭和三十七年政令第二百八十八号），施行日：令和二年四月一日，最終更新：令和二年三月二十七日公布（令和二年政令第六十一号）改正.

4) 災害対策基本法施行規則（昭和三十七年総理府令第五十二号），施行日：平成二十九年七月一日，最終更新：平成二十九年七月一日公布（昭和三十七年総理府令第五十二号）改正.

5) 災害救助法施行令（昭和二十二年政令第二百二十五号），施行日：平成三十一年四月一日，最終更新：平成三十年十二月二十八日公布（平成三十年政令第三百五十九号）改正.

6) 災害救助法施行規則（昭和二十二年総理庁・厚生省・内務省・大蔵省・運輸省令第一号），施行日：平成三十一年四月一日，最終更新：平成三十年十二月二十八日公布（平成三十年内閣府令第五十五号）改正.

7) 災害救助法施行令第一条第一項第三号の内閣府令で定める特別の事情等を定める

内閣府令（平成二十五年内閣府令第六十八号），施行日：平成三十一年四月一日，最終更新：平成三十年十二月二十八日公布（平成三十年内閣府令第五十六号）改正.
8) 佐藤喜久二:覚悟の対策本部活動、そして体制整備,内外出版,2011 年 10 月 28 日.
9) 佐藤喜久二，山本忠雄：大規模災害を迎え撃つために～自治体における防災体制整備のノウハウ～，内外出版株式会社，2014.
10) 佐藤純一：「医療の制度化」に関してのメモ - 鍼灸医療の「(半) 制度化」を考えるために，Ⅱア・ラ・カルト,【特集】鍼灸の法制度を考える，鍼灸 OSAKA，森ノ宮医療学園出版部，27 (4)：33～40（通巻 104 号），2012.
11) 佐藤純一：第 3 節　クロスオーバーする民間医療,「第 1 章　民間医療のトポロジー」,『文化現象としての癒しー民間医療の現在ー』,pp.20-26,メディカ出版， 2000 年 11 月 1 日.
12) 小井土雄一：多職種連携で支える災害医療：身につけるべき知識・スキル・対応力，医学書院，2017 年.
13) 小野直哉：「第 1 部　総論Ⅲ　世界の統合医療の現状－Integrative Medicine & Health Care の国際比較と今後の動向－」，医学・看護・福祉原論－いのちに基づいた医療 & 健康－，ビイング・ネット・プレス，pp.44-64，2019.
14) Patricia Hinton Walker, Arnyce Pock, Catherine G Ling, Kyung Nancy Kwon, Megan Vaughan： Battlefield Acupuncture: Opening the Door for Acupuncture in Department of Defense/Veteran's Administration Health Care, Special Issue: Military and Veteran Health, 64 (Issue 5)：491～498, Nursing Outlook, September 1, 2016.
15) Niemtzow Richard C., Marcucci Lisa, York Alexandra, Ives John A., Walter Joan, Jonas Wayne B.：The Roles of Acupuncture and Other Components of Integrative Medicine in Cataclysmic Natural Disasters and Military Conflicts To cite this article: Medical Acupuncture. October 2014, 26(5): 255-263. doi:10.1089/acu.2014.1063. Published in Volume: 26 Issue 5: October 16, 2014, Online Ahead of Print: September 24, 2014.
16) Acupuncture in the Military, Medical Acupuncture, December, 23(4): 203～285, 2011.
17) 諫山憲司，小野直哉，柴山慧：「持続的かつレジリエントな社会へ向けてわが国の災害医療対策－キューバの自然伝統医学と災害対策の調査研究からの教訓－」，事例報告，Japanese Journal of Disaster Medicine， 21 (2)，2016.
18) Isayama K, Ono N.：Steps Toward Sustainable and Resilient Disaster Management in Japan: Lessons from Cuba, Int J Health Syst Disaster Manage, 3(2):54～60, 2015.
19) MINFAR. Guía de Procederes terapéuticos de la medicina Tradicional y

Natural en las FAR. Atención médica Básica. Sección de Servicios Médicos JLFAR. Ciudad de La Habana. Cuba. 1997.

20) Masataka Miwa, Shin Takayama, Soichiro Kaneko : Medical support with acupuncture and massage therapies for disaster victims, J Gen Fam Med, 19(1): 15～19, 2018.

21) Shin Takayama, Takehiro Numata, Natsumi Saito, Soichiro Kaneko, Tetsuharu Kamiya : Kampo, a Traditional Japanese Medicine, for the Body, Mind, and Soul, Complementary Therapies for the Body, Mind and Soul, Chapter 7, p163-176, InTech., April 24th 2015.

22) Takehiro Numata, Shen GunFan, Shin Takayama, Satomi Takahashi, Yasutake Monma, Soichiro Kaneko, Hitoshi Kuroda, Junichi Tanaka, Seiki Kanemura, Masayuki Nara, Yutaka Kagaya, Tadashi Ishii, Nobuo Yaegashi, Masahiro Kohzuki, Koh Iwasaki : Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Using the Traditional Japanese Herbal Medicine Saikokeishikankyoto: A Randomized, Observer-Blinded, Controlled Trial in Survivors of the Great East Japan Earthquake and Tsunami, Hindawi Publishing Corporation, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Volume 2014, Article ID 683293, 6 pages, http://dx.doi.org/10.1155/2014/68329

23) Shin Takayama, Tetsuharu Kamiya, Masashi Watanabe, Atsushi Hirano, Ayane Matsuda, Yasutake Monma, Takehiro Numata, Hiroko Kusuyama, Nobuo Yaegashi : Report on Disaster Medical Operations with Acupuncture/Massage Therapy After the Great East Japan Earthquake, Integr Med Insights, 7: 1～5, 2012.

12. 統合医療災生モデル

諫山　憲司、小野　直哉

1．健康次元類型　（ 健康増進・予防　ケア ）
2．機関類型　（ 健康増進施設・リトリート ）
3．次元類型　（ 利用　生活　社会 ）（ 平常時　災害時 ）
4．統合医療モデル（ 2015 災生モデル ）

1）役割・目標

日本は、大規模災害のみならず近年複雑化する国際情勢において懸念されるテロ災害など、国の存亡に関わる様々な危機が目前に迫っている現状である。日本国民の一人一人の災害対応能力を向上させ、救急救助隊員が助けに来るまでの数日間を生き延びる知恵と能力を磨く必要がある。

防災では、自助・共助・公助が重要だとされている。しかし、まずは自助（個人・家族）、そして隣近所の互助までが重要である。防災の出発点となるのは、あくまでも個人（自分自身）であり、その次に互助があり共助がある。その過程で、災害を生き抜くために、多くの課題を乗り越えるサバイバル力が養われ、「国民強靭化」へと向かうための統合医療モデルが必要である。

本統合医療モデルでは、災害時の統合医療利活用の根幹を成す新たな概念である「災生」を提言し、Survival Healthcare を提示する。

2）モデル図

ハード(施設・設備・体制)、ソフト（提供内容)、提供(利用)手順の可視化

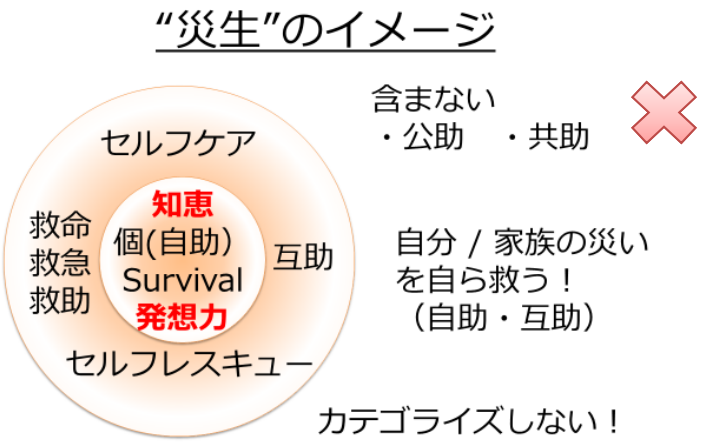


Fig. 1

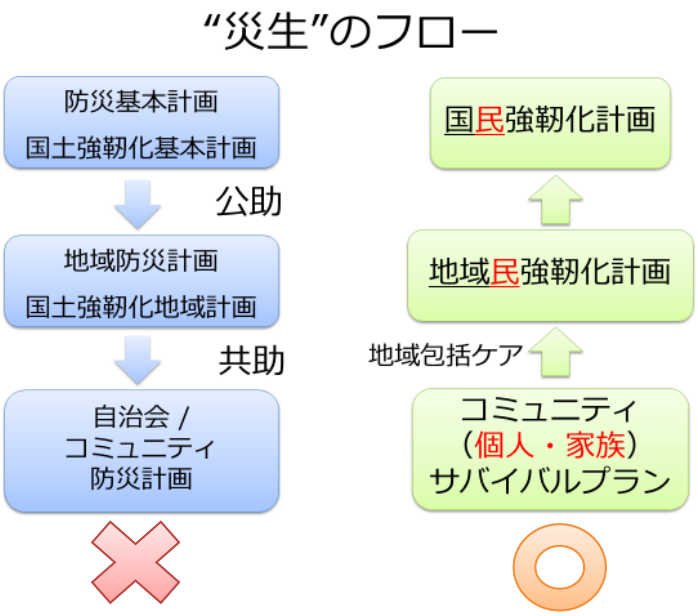


Fig. 2

Fig. 3

Fig. 1～3　統合医療の災害モデル（災生：SAISEI）

5. モデル図の概説・説明

災生とは、さまざまな“災い”から個人（自分自身）を救い、生き抜くことであり、その中心となるのは個、自助である。サバイバルキャンプのように火を起こす技術や身の回りの物で応急手当する技術を身に付ける、あるいはキューバの事例のように、地域に自生する植物を薬用や食用として災害時に活用する[1)]。このように身近にある物を活

用し、見方を変えれば、これまで無価値と思われていたものから、新たな価値を見つけ出すよう、五感や身体感覚を蘇らせ、視点を柔軟にすることがサバイバルであり、そこから生き残るための知恵や発想力が生まれる。「災生」では、セルフケア・セルフレスキューが主であり、手が届く範囲の互助までを含む。但し、大規模災害発生時には共助や公助が期待できないことが多いため、これらは災生の概念には含めない（Fig. 1)。

あくまでも、個人（自分自身）や家族を自らが救い、生き抜くことである。

災生のフローは、従来の国からの指針に従うのではなく、個人や家族のサバイバルプランから地域住民や国民の強靭化が図られるべきである。国や行政から出された大規模災害の被害想定などをヒントに、それぞれの地域の住民自らが、具体的に何をどのように対応しなければならないかを考えることが重要である[2)]。災害対策また地域包括ケアシステムにおいても災生のフローからの中で整備されていくべきものと考える。

災生のフローとは、従来の受動的な国（公助）から地域：地方自治体（共助)、隣近所・自治会・コミュニティ（互助)、個人・家族（自助）への指針フローではなく、個人や各家庭によって、年齢・生活スタイル・家族構成と多様である中、自助・互助を細分化し強固にするため、能動的な個人・家族（自助）から隣近所・自治会・コミュニティ（互助)、地域：地方自治体（共助)、国（公助）へのサバイバルプランフローであり、従来のフローとは全く逆のフローとなる（Fig. 2)。

大規模災害発生後のヘルスケアとして、ライフラインや交通網が断たれた場合、被災地に医療資源が届かず近代西洋医学のみのケアには限界があることは、東日本大震災でも明らかになった。そこで、平時から自然伝統医学（Natural Traditional Medicine; NTM）に関する様々な分野の専門家がコミュニティに対するヘルスリテラシーのようにNTMリテラシーを高めるよう努め、地域住民自身もNTMの一つとして地域特性の自生植物を薬草活用するなど自主的に学ぶ必要がある。NTMの活用は地域資源の事情によって様々であることから、従来の防災フローで一元化して実施することは、極めて困難である。

被災者自身が生き抜くためには、新たな概念としてSurvival Healthcareが必要である。Survival MedicineとSurvival Healthcareの違いは、Survival Medicineは、発災後の救命医療が主眼であるが、Survival Healthcareは、日常の予防や健康増進を充実させることにより、いつ災害が起きたとしても、それに備えるということである。また、Survival Healthcareの新規性は、日常のヘルスケアの中にSurvival Medicineの要素が極めて薄いことから、漢方（薬草)、鍼（擦過鍼)、灸、アロマセラピー、マッサージなど自分に適したNTMを日常のヘルスケアのみに留まらず、被災時のサバイバル術の一つとして日頃から身に付けることである（Fig. 3)。

NTMは、Survival Healthcareに活用されるひとつのツールである。Survival Healthcareを発展させるためには、NTMを病院や診療所での治療に活用するだけでなく、日常の予防や健康増進に落とし込み、NTMをSurvival Healthcareとしての側面か

らも個人や地域住民自らが身に付ける必要がある。その取り組みの中から、成功例や課題が見つかり学術的にも NTM の様々な分野の専門家が支援し、またそれを Survival Healthcare に落とし込むといったサイクルを実行することが必要である。このサイクルが進めば、様々な NTM の分野が、社会モデルとして、生活へ根ざしたものとなり、災害や医療・ヘルスに関する災いに対応できるツールに成り得ると考えられる。

6．留意事項

我々の生活の中で災いが少ないことにこしたことはない。しかし、便利さと平和に浸かった現在の日本において、様々な危機に対し、持続的かつレジリエントな社会を目指すことは容易ではない。だからこそ、あえて、現在のビジネスの世界では、あたりまえとなっている事業継続性と同様に、日常におけるヘルスケアの継続性が必要となる。
今後の医療・ヘルスケアでは、西洋医学や NTM 等を包括し、人の健康（Health）や生活（Life）をよりよく継続できるよう HLCP が提示されることが重要と考える。近年では、医療やテクノロジーの発展にも伴い、健常者と障害者、医療者と患者といった区分は成立し難くなると考えられる。社会学的な見地から様々なアイデアを活用し、住民と共に、日常から NTM を活用した Survival Healthcare を取り入れ、経済効果を求めることに偏らず個人・家族のサバイバルプランとしての「災生」の概念を踏まえ、HLCP を深めていくことが必要である。

7．期待される効果

日本は、顕著な超少子・高齢社会を迎え、人口減少へ向かう中、従来の概念や対策のみでは、日常の医療・介護だけでなく、ネクストクライシスに対応できない。大規模災害に対応するには、国土強靭化計画等に基づくことも重要ではあるが、平時から「災生」の概念を踏まえ、NTM を活用した Survival Healthcare を取り入れることが不可欠である。さらに、人の健康（Health）や生活（Life）をよりよく継続できるよう、HLCP が提示され、各個人の HCLP を日々更新することが「国民強靭化」につながり、ネクストクライシスに対して強くしなやかな、レジリエンスの高い備えになると考えられる。

8．課題

日本が世界の歴史上経験したことのない社会状況を迎える中、ネクストクライシスに備えるには、まず災害対策の概念を変革する必要がある。そして、医療やヘルスケアにおいても、発災後の対応や復興にだけ重きを置くのではなく、発災前の平時からの持続的な災害対策が重要である。そのためには、概念変革の必要性、目指すべき Survival Healthcare の活用、持続的かつレジリエントな社会構築に向けての日本国民の意識改革が課題である。

９．今後の対応策・展望

日本には国土強靭化以上に、個人の Survival 力を高める「国民強靭化」が必要である。そのため新たな概念である「災生」を提言し、Survival Healthcare を提示する。個人の Survival 力を高めることは、人口規模や人口構成とは関係なく必要なことであるが、今後益々、超少子高齢・人口減少が進む社会では、災害弱者とされる高齢者が増加し、助ける側の人口減少が伴うため[3]、より公助・共助に期待することが困難となる。そのため、概念変革の必要性、目指すべき Survival Healthcare の活用、持続的かつレジリエントな社会構築に向けての日本国民の意識改革への啓発対策が必要である[4]。

文　献

1) Isayama K, Ono N : Steps Toward Sustainable and Resilient Disaster Management in Japan: Lessons from Cuba, Int J Health Syst Disaster Manage, 3(2):54～60, 2015.
2) 岩原廣彦，白木　渡，井面仁志，磯打千雅子，高橋亨輔 : 人口減少・高齢化社会を迎え巨大地震災害に備える社会インフラ整備のあり方に関する研究，土木学会論文集，69(2)，109～114，2013.
3) 室崎益輝 : 高齢社会における災害対策の課題，公衆衛生，78 (9)，633～637，2014.
4) 諫山憲司，小野直哉 :「災生」の概念に基づくネクストクライシスへの備え，日本リスク研究学会誌 25(3)：139～144，2015.

13. 統合医療国際モデル

板村　論子

１．健康次元類型　（　健康増進・予防　医療　）
２．医療機関類型　（ 大学病院、３次医療機能病院、２次医療機能病院、都市型クリニック　地方型クリニック、離島型クリニック　健康増進施設・リトリート　）
３．次元類型　（　提供　利用　生活　社会　）（　平常時　）
４．統合医療モデル

１）役割・目標

統合医療はその国の文化や伝統と密接に関連しながら、その国独自の医療システムとして発展している。統合医療国際モデルとしてしては米国・欧州モデル、アジアモデル、キューバモデルの三つのモデルが考えられる。

Ⅰ．米国・欧州モデル

近代西洋医学をベースに種々の相補・代替医療（CAM）を相補的に統合して用いる統合医療モデルである。米国では 1970 年以降、近代西洋医学に基づいた医療以外を代替医療 Alternative medicine と位置づけ、その後相補（補完）・代替医療 Complementary and Alternative medicine から 2000 年以降は統合医療 Integrative medicine に、さらに現在では Integrative Medicine and Health となっている。Integrative Medicine and Health の目標はすべての「人」の健康と幸福（Well　being）である。2000 年にはデューク大学、ハーバード大学、スタンフォード大学、カリフォルニア大学サンフランシスコ校、アリゾナ大学、メリーランド大学、マサチューセッツ大学、ミネソタ大学が中心となり統合医療の推進を目的として設立された Academic Consortium for Integrative Medicine & Health には現在 70 以上の大学や医療機関が参画している。多くのは大学医学部に属し、統合医療センターとして種々の CAM を提供している。その一方で、1992 年に米国立衛生研究所（NIH： National Institute of Health）内に相補・代替医療事務局（OAM：Office of Alternative Medicine）が設立され、1998 年に米国立相補・代替医療センター （NCCAM：National Center for Complementary and Alternative Medicine）が活動している。 2009 年の統合医療サミットでは統合医療の原則として① Place the patient at the center. ②Individualize care. ③ Welcome family and loved ones. ④ Maximize healing influences within care. ⑤Maximize healing influences outside care. ⑥ Rely on sophisticated, disciplined evidence. ⑦ Use all relevant capacities-waste nothing. ⑧Connect helping

influences with each other.があげられた。米国での統合医療は、「人」の健康と幸福を目的に、近代西洋医学をベースとした種々のCAMを提供する医療である。

欧州でも個人が医療を選択するという観点から、国の制度下でCAMなどの多元的な選択が可能になっている。ドイツではCAM を約60%の家庭医がプライマリ・ケア の日常診療に利用している。CAMの中でもドイツ発祥のホメオパシーが最もよく利用されている。その他として鍼、植物療法、メディカルハーブ、カイロプラクティックやオステオパシーなども用いられている。ドイツの公的および民間保険では、限定された範囲でCAMが適用される。フランスでは最も利用されているCAMは、ホメオパシー、鍼灸、アロマテラピー、ハーブなどで、医師がCAMを提供する場合に限り、公的あるいは民間保険が還付される。英国では国民保健サービス（NHS：National Health Service）のプライマリ・ケアで家庭医が CAM を用いることができる。多くの NHS の病院では鍼灸を中心に種々の CAM を治療にとりいれている。また幾つかの病院では，家庭医の診療所と連携し，緩和ケアの中で様々なCAMを治療に用いている。2018年にはNHSのひとつとしてNational Center for Integrative Medicine が設立され活動している。

Ⅱ．アジアモデル

アジアにはその国における伝統医学として中国伝統医学（中医学)、韓医学、インドのアーユルヴェーダ、タイやベトナムなど独自のものがある。それらの伝統医学による医療と近代西洋医学に基づいた医療が別々に提供されてきた。アジアモデルは伝統医学が近代西洋医学に基づいた医療と統合的な医療モデルとなっている。1990 年代以降中国は国策として、中医薬の特許保護に動いている。中医学を提供している病院では近代西洋医学の診療と投薬など中西医結合が行われている。また近代西洋医学の病院には中医科が置かれ、中西医結合が進んでいる。中国政府は未病治という中医学の根本概念を医療政策に取り入れ、予防医学は中医学を中心にすすめている。

韓国では1994年伝統医学である韓医学の臨床と研究を目的とした韓国国立東洋医学研究所（KIOM：Korea Institute of Oriental Medicine）が設立された。2003年には韓医学に関する法律と韓医学育成法が制定された。韓国ではかつて韓医学の医師と近代西洋医学の医師が対立していたが、現在では慶熙大学校医療院東西新医学病院では近代西洋医学と韓医学を統合した医療サービスの提供を行っている。

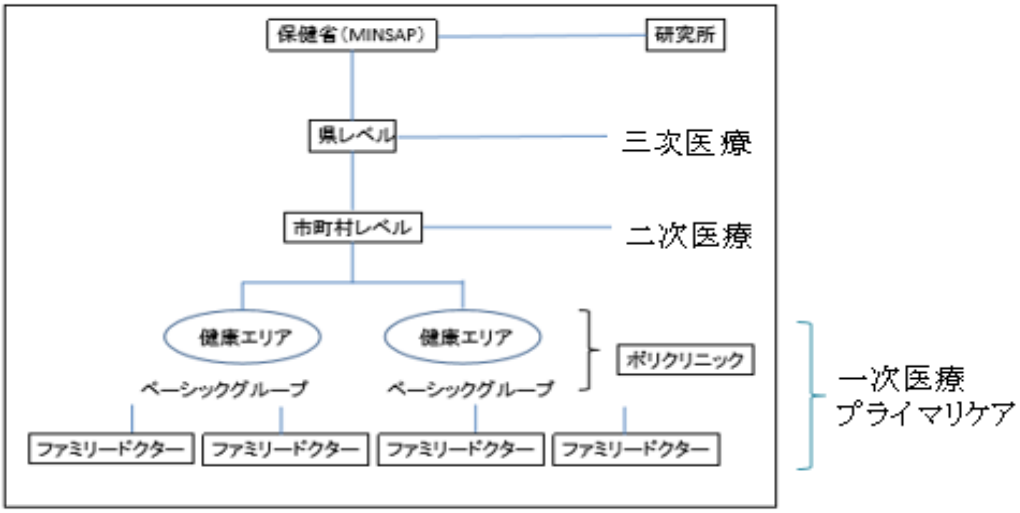
インドでは伝統医学を中心に、アーユルヴェーダ、ホメオパシー、 シッダ、ユナニ、ヨーガ、ナチュロパシーの政府管轄機関として、インド保健家族福祉省に AYUSH（Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy）局が2014年に設置された。近代西洋医学の医師と、インドの伝統医学であるアーユルヴェーダの医師らが協力し，臨床の実践と研究が行われている。

Ⅲ．キューバモデル

統合医療国際モデルとしてバランスのあるモデルはキューバのモデルと考える。キューバはプライマリ・ケア先進国といえる。キューバでは国の政策として治療 ・予防 ・健康増進 ・ リハビリを目的として、自然伝統医療(NTM)(Natural and Traditional Medicine)が近代西洋医学に基づく医療と統合的に実践されている。1990 年代冷戦後のキューバ経済の非常事態のなか、「全ての国民に無料で最良の医療を提供する」医療としてＮＴＭが国策として重要となった。1992 年キューバ保健省内に NTM の専門部がおかれ、医学部卒後のＮＴＭ専門医養成が行われ、2002 年にはキューバの医療においてＮＴＭの利用が位置づけられた。NTM としては植物療法、アピセラピー、ホメオパシー、オゾンテラピー、鍼灸など 10 の療法が用いられている。キューバは治療だけでなく、予防や健康増進を含めた医療政策として、近代西洋医学に基づく医療と NTM が同じレベルで利用できる統合医療モデルとなっている。

２）モデル図

統合医療国際モデルとしてキューバのモデルを示す。



5. モデル図の概説・説明

キューバの医療体制は、一次医療としてのプライマリ・ケアが非常に充実している。プライマリ・ケアとしてポリクリニックとファミリードクター（家庭医）の間に基本的な医療グループがあり、そのチームがファミリードクターの補助と患者の健康を含め指導するようになっている。

一次医療～三次医療のどのレベルの医療サービスでも NMT を活用している． 一次医療（ポリクリニック）には，統合リハビリテーション科があり、NMT の診察室がある．例えばハバナの一次医療のポリクリニックでは、予防・健康増進・リハビリを目的に近

代西洋医学に基づく医療だけでなく、食事指導、ホメオパシーや鍼灸などの NMT が患者にとって最適な状況で提供されている。また三次医療である、最先端医療を実践している 644 病床を有するハーマノス・アメエヘイラス病院では、NMT 部門が病院内で活発に稼働していて、手術前後に必要に応じてホメオパシーやオゾンテラピーが行われ、精神科領域ではホメオパシー薬が従来の治療薬同様に用いられている。

6. 留意事項

世界保健機関（WHO）は 『WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005』 さらに『WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023』のなかで、CAMについて国家政策および規制を必要に応じて策定し、実施すること、また国の状況に合わせて国の医療制度に統合すること。

とくにCAMの治療者の資格、認定もしくはライセンス交付のシステムについてのトレーニングの提供についても促進し支援すること。さらにCAMの健全な使用を促進するために、これらの医療についての確実な情報を消費者および医療提供者に提供することを提案している。

7. 期待される効果

多様な医療需要への対応 ・高額な医療費の節減 ・治療医学より予防医学へと期待される。

具体的には

1）近代西洋医学に基づいた従来の治療や伝統医療や CAM の併用により、近代西洋医学 の治療による副作用を軽減し、治療効果と QOL を向上させる。

２）近代西洋医学に基づいた従来の治療での限界、とくにがんや難治性疾患に対して種々の CAM を治療が選択肢として可能となる。

３）近代西洋医学と伝統医学や CAM の併用により、近代西洋医学の治療による副作用を軽減し、治療効果と QOL を向上させる。

４）健康増進・予防医療、予防介護での新たな介入の選択肢を、伝統医学や CAM により増やし、国民の ADL と QOL を向上させる。伝統医学と CAM の EBM の促進が前提。

５）費用対効果の側面から既存の治療を伝統医学や CAM で代替できるものは代替し、節減された医療費による余剰財源を必要とされる医療分野に適切に最適配分する。

６） 治療中心から、健康増進、予防の医療・介護へ転換する。

７） 新しい医療・福祉・健康産業の創出により雇用が拡大する。

８） 各国独自の伝統医学を各民族の有形・無形の文化遺産として尊重し、 多様な生物遺伝資源および伝統的知識による知的財産の保護・育成 により、 国民や人類の新たな知見と創造に貢献する。

8. 課題

１）統合医療の安全性、有効性、経済性 の評価基準の検討と作成
２）統合医療に関するデータの収集、整理、分析にビックデーターを活用する
３）統合医療の各分野の研究、基礎研究から臨床研究の共同研究の実施
４）有事の際の統合医療の活用実態の調査

9. 今後の対応策・展望

１）高齢者医療・介護への統合医療の貢献
２）進行がんや難治性疾患の患者の救済対策としての統合医療
３）統合医療の健康増進、予防の医療・介護の展開による医療資源の節減効果
４）医療・福祉の新分野の展開による雇用の拡大
５）新しい健康産業の創出（ウエルネス・ツーリズム、統合医療の知的財産の保護など）
６）統合医療の国際的研究連盟の組織化の推進

参考文献

１）Integrative Medicine and the Health of the Public A Summary of the February 2009 Summit,2009.
2) Grant S J and Bensoussan A : The process of care in integrative health care settings - a qualitative study of US practices. BMC Complementary and Alternative Medicine,14:410, 2014.
3) Academic Consortium for integrative medicine & Health; https://imconsortium.org/
4) National Center for Complementary and Integrative Health(NCCIH) : https://nccih.nih.gov/
5) Fisher P, Ward A: Complementary medicine in Europe,BMJ,309:107～111,1994.
6) Joos S et.al.: Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practices in Germany: Results of a National Survey. Evid Based Complement Alternat Med. 2011:495813, 2011.
7) Ostermaier A.et al.: How German general practitioners justify their provision of complementary and alternative medicine - a qualitative study. BMC Complementary Medicine and Therapies,20:111, 2020.
8) WHO traditional medicine strategy: 2014～2023.
9) WHO global report on traditional and complementary medicine 2019.
10) National center for integrative medicine https://ncim.org.uk/
11) Korea Institute of Oriental Medicine : http://www.kiom. re.kr/

12) Kyunghee University East-West Neo Medical Center：
http://inter.khnmc.or.kr/jpn/index.html
13) Ministry of Ayurveda, Yoga and Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy(AYUSH)： https://ayush.gov.in/
14) Departamento de Medicina Naturaly Tradicional:
http://www.sld.cu/sitios/mednat/
15) 板村論子：キューバのホメオパシー.Homeopathic Medicine, 9：36～38, 2017.

Ⅴ.　統合医療モデル掲載の意義と今後への期待

本報告書では、統合医療の理念に基づき、具体的な取り組みを行っている医療従事者や研究者に寄稿をお願いした。専門分野や研究分野が異なる 13 名の執筆者が、それぞれの立場での事例をまとめたものとなっている。

統合医療は、医学・医療のあるべき姿を示す理念であり、健康増進、疾病の予防・診断・治療・再発予防はもちろん、広義では地域づくりまでをカバーする概念である。そのため、「統合医療を実践する」という場合、さまざまな分野での可能性があり、どこから始めればいいのか、わかりにくいかもしれない。そこで、本委員会では、統合医療としての取り組みを計画している IMJ 会員各位に向けて、統合医療の実践をイメージ化・可視化することで、今後の実践と発展に資することを目指した。

本報告書に至るまでに、日本統合医療学会が取りまとめてきた刊行物は次の通りである。

まず、2004 年に、日本統合医療学会の前身である JACT（日本代替・相補・伝統医療連合会議）から「国際統合医療元年」（渥美和彦理事長総監修）が出版された。続いて、2005 年に、日本統合医療学会（JIM）から、「統合医療-基礎と臨床-」が刊行。2007 年に改訂版「統合医療 基礎と臨床 Revised Edition 2007」が出版された。これらは、統合医療に理念の普及とエビデンスの構築を目指した内容であった。

その後、2012 年に「統合医療 理論と実践」を刊行し、統合医療への理解を高め、実践に向けたエビデンスの提供を行った。

さらに、IMJ 認定制度も開始し、統合医療の理念に基づいた実践と展開を支援してきた。

これらの背景があり、2014 年度から、統合医療モデルの検討が行われるようになった。本報告書を取りまとめるに至った経緯および目的については、巻頭の吉田紀子委員長による記載をご参照されたい。

さて、本「統合医療モデル報告書(初版)」では、先駆的な取り組みとして実践されている事例を紹介した。予防・健康増進から治療にかかわる事例、医療機関としてのモデル、地域別や疾患別の事例から、災害や国際関係に係る事例までを網羅している。

診療科別・疾患別のモデルから、健康増進・未病改善のためのヘルスケアモデル、地域包括ケアモデルなど、多彩なモデルが存在し、それぞれに多種多様なステークホルダーが存在する。今後、IMJ 会員各位が、個人や団体としての役割を持ち、統合医療の理念に基づく取り組みを進める上で、参考となる事例が含まれていると考えている。

統合医療モデルは、社会情勢により、新たな対応と進化が求められる。少子高齢化・人口減少といった社会の変化に適切に対応しつつ、限られた医療資源という課題も存在する。社会モデルでは、地域づくり・まちづくりでの深化が必要となる。さらに、2019年末に確認されたSARS-CoV-2による感染症が2020年にはCOVID-19としてパンデミックとなり、新しい生活様式が求められるほどの変化をもたらしている。アフターコロナ・ウィズコロナに向けて、セルフケアやヘルスリテラシーの自助モデルの構築も急務である。

今後、日本統合医療学会では、本報告書で示した統合医療モデルについて、理論構築を進め、エビデンスを検証し、さらに進化・発展したモデルを提示できるように、学術委員会での検討を予定している。統合医療に基づくヘルスケア・地域づくりの推進のために、引き続き、IMJ会員諸氏からのご支援とご協力をお願いする次第である。

著者一覧

浅川　明弘　（一社）日本統合医療学会理事
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科心身内科学教授

諫山　憲司　（一社）日本統合医療学会，神戸大学大学院医学研究科外科系講座
災害・救急医学分野　客員准教授

板村　論子　（一社）日本統合医療学会業務執行理事
医療法人財団　安田病院心療内科
東京大学大学院 新領域創成科学研究科 人間環境学専攻　客員研究員

緒方　昭子　（一社）日本統合医療学会理事
聖泉大学　看護学部　成人看護学教授，統合医療認定看護師

小野　直哉　（一社）日本統合医療学会業務執行理事
公益財団法人 未来工学研究所 特別研究員，明治国際医療大学 客員教授

片村　　宏　（一社）日本統合医療学会，東京療院 MOA 新高輪クリニック院長
一般財団法人 MOA 健康科学センター常任理事

蒲原　聖可　（一社）日本統合医療学会理事
株式会社ディーエイチシー DHC 特別研究顧問

小池　弘人　（一社）日本統合医療学会理事
小池統合医療クリニック　院長，群馬大学医学部講師（非常勤）

鈴木　清志　（一社）日本統合医療学会理事
一般財団法人 MOA 健康科学センター理事長，東京療院 MOA 高輪クリニック院長

鶴岡　浩樹　（一社）日本統合医療学会，日本社会事業大学大学院　福祉マネジメント研究科　教授
つるかめ診療所　副所長

福岡　博史　（一社）日本統合医療学会理事
医療法人社団明徳会福岡歯科理事長

山本　竜隆　（一社）日本統合医療学会，朝霧高原診療所院長
昭和大学医学部客員教授

吉田　紀子　（一社）日本統合医療学会業務執行理事
恩賜財団済生会鹿児島地域包括ケアセンター所長

和田　雄志　（一社）日本統合医療学会，公益財団法人未来工学研究所　理事

（50 音順　敬称略）

（巻頭言，寄稿文著者）

伊藤　壽記　（一社）日本統合医療学会 理事長
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，
（一社）エビデンスに基づく統合医療（eBIM）研究会　理事長

川嶋みどり　（一社）日本統合医療学会業務執行理事
健和会臨床看護学研究所所長，日本赤十字看護大学名誉教授

仁田　新一　（一社）日本統合医療学会名誉理事長
東北大学名誉教授，仙台医健専門学校長

（50 音順　敬称略）

令和元年度日本統合医療学会学術委員会統合医療モデル報告書作成事業

統合医療モデル検討報告書（初版）

令和２年９月発行

発行　一般社団法人 日本統合医療学会
編集　一般社団法人 日本統合医療学会学術委員会
〒170-0003　東京都豊島区駒込１−43−９　駒込 TS ビル４F
一般財団法人 口腔保健協会内
TEL：03−3947−8891，FAX：03−3947−8341
E-mail : imj@imj.or.jp
URL : http://www.imj.or.jp