

わが国の代替医療の現状とその市場規模

中 村 直 行

キーワード：代替医療，安全性と有効性，医療経済，医療情報，複合ネットワーク

目 次

1. はじめに
2. 代替医療とは如何なる医療か
 - 2-1 定義の確認
 - 2-2 分類
 - 2-3 代替医療が注目される理由
3. 代替医療の現状
 - 3-1 わが国で利用されている代替医療
 - 3-2 学術的な研究活動
 - 3-3 科学的な根拠について
4. 代替医療における医療経済
 - 4-1 代替医療と医療経済学
 - 4-2 わが国における代替医療の市場規模
 - 4-3 アメリカにおける代替医療の市場規模
 - 4-4 医療保険と医療費の削減について
5. おわりに

1. はじめに

平成16年に厚生労働省が纏めたわが国の平均寿命によると、男性の平均寿命は78.64年、女性が85.59年となっており、各年齢の平均余命も、前年に比べ、男女とも全年齢で上回っているとともに⁽¹⁾、総人口に占める65歳以上の割合も17%を超えている⁽²⁾。また、社会保障審議会介護保険部会が発表した将来展望によると、21世紀半ばにわが国は総人口の1/3を占める高齢化社会に移行すると推計されている。さらに、高齢者の独居世帯も2015年には約570万世帯で高齢者世帯の1/3を占め、高齢者夫婦世帯は約610万世帯に達すると共に痴呆性高齢者も増加し、2015年には約250万人になると見込まれている⁽³⁾。これ

に伴い国民医療費の絶対額は経済成長の伸び率を上回るスピードで増加し続けており、2025年には59兆円（国民所得比11%）を超えるとの推計も出ている⁽⁴⁾。

このような社会的背景の中で、国民は現在の医療支援環境に対して満足しているのだろうか、また不安はないのだろうか。2004年1月に「厚生労働白書」の基礎資料として成人男女1,300名に対して行われた意識調査によると、医療機関や医師などに対して不安を感じている人は全体の73.3%であった。そのように感じるのは、「医療者と十分にコミュニケーションがとれない時」や「医療者の技術が未熟そうに見える時」であると報告されている⁽⁵⁾。一方で、インフォームドコンセント（Informed Consent：以下インフォームドコンセントと称する）やセカンドオピニオン

(Second Opinion：以下セカンドオピニオンと称する)等によって患者やそのご家族に病態や治療方針を説明し納得していただいたり、治療方法の選択等のために主治医(担当医)以外の医師の所見を提供したりするといった環境も整い始めているが、他方では、同基礎資料で「十分な診療時間の確保」が安心して受診するための要望として38%で最も多く、まだまだ浸透しているとは言い難い⁽⁶⁾。

ところで、正統的現代医療環境は、西洋医療が中心であり2,300年前のヒポクラテスの誓いに遡る。わが国の場合は、この西洋医療におよそ3,000年の歴史がある東洋医療を組み込んで正統的現代医療として日進月歩を遂げてきた⁽⁷⁾。いうまでもなく、長年の治療データの積み重ねによる科学的根拠に基づいた医療(Evidence Based Medicine：以下E. B. M.と称する)や前述のインフォームドコンセントやセカンドオピニオン等々によって患者に対する医療支援環境を充実させるべく努力しているのであるが、1970年代以降おもに非医療者から注目されている領域がある。それが代替医療である。

そこで、この代替医療を照射し、当該分野における先行研究の視点や論点を踏まえ、わが国の代替医療産業の市場を俯瞰し、問題点や課題に対する対策を導き出すことが本論文の目的である。なお、代替医療は一般的に補完代替医療・相補代替医療と呼称されることもあり、補完医療・相補医療と一元同義的に総称されることが多いが、本論文では、代替医療と補完医療・相補医療との間における歴史的背景の違いを勘案すると共に語義の混同を避けるため、文脈上必要としない限り補完代替医療・相補代替医療等の呼称をせず、代替医療という表現を用いる。

2. 代替医療とは如何なる医療か

2-1 定義の確認

代替医療と総称されるようになったのは1970年代に入ってからで、アメリカに端を発する⁽⁸⁾。現在、国立補完代替医療センター(National

Center for Complementary and Alternative Medicine：以下、NCCAMと称する)を中心として様々な研究が行われているが、NCCAMは次のように定義している⁽⁹⁾。

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

要訳すると、

「NCCAMの定義によれば、補完代替医療というのは、現時点で従来の医学の一部であると看做さない、種々の医療やヘルスケアシステムの分野、諸慣習および製品である。補完代替医療の中には、いくつか科学的な根拠に基づくものもあるが、これらの治療が安全かどうか、それらが疾病そのものや治療で利用されるときに病状に作用するのかどうかというような重要な質問に対して、しっかりデザインされた科学研究を通して未だに答えられていないものが殆どである」

となろう。すなわち、現代西洋医学領域において科学的未検証および臨床未応用の医学・医療体系の総称としている。

ヨーロッパでは、現在でも代替医療という表現はあまり用いられず、補完あるいは相補医療と呼称されることが多い。ヨーロッパにおける補完医療・相補医療の意味は、元々主流の医療があるのに対し、それを補ったりお互いに補い合ったりする医療として認識されている。これに対して、代替医療とは、主流の医療に代わる独自の医療とい

う捉え方である。換言すれば、最初から補完代替医療という医療があったのではなく、ヨーロッパにおける補完医療・相補医療とアメリカにおいて1970年代に入ってから総称されるようになった代替医療とを一括りにして補完代替医療と表現している。一方、日本補完代替医療学会によると、補完代替医療とは「現代西洋医学領域において科学的未検証および臨床未応用の医学・医療体系の総称」と定義されている⁽¹⁰⁾。

このように、NCCAMでも日本補完代替医療学会でも、代替医療の定義に関しては現代西洋医学領域をベースとして、科学的に検証されているかどうかや臨床で応用されているかどうかを基準にしているが、その解釈には疑問点もある。詳細は第3節の代替医療が注目される理由で後述するが、以下に疑問点を整理する。

第1点は、代替という呼称である。代替医療における代替とは、*The New York Times* のコラムニストであるJames Restonが、1971年の同紙の第1面に自らの鍼治療体験および鍼麻酔に関する記事を掲載してから、西洋医学以外の治療法をalternativeと呼称するようになり、それが代替と翻訳され定着しているのであるが、鍼治療や鍼麻酔は3,000年の歴史があり、東洋においては代替ではなく正統な医療である。すなわち、洋の東西に拘らず国際的標準医療とされる正統的現代医療でなくても、医療として悠久の歴史を積み重ねてきているのである。したがって、2300年の歴史のある西洋医療に代わるといふ捉え方よりも、いくつかの正統医療の選択の一つとみるのが妥当ではないかと考える。このことは、5000年の歴史があるインドのアーユルヴェーダや、3500年の歴史があるアラビアのユナニ医学においても同様であるといえよう。

第2点は、科学的な検証や臨床への応用という点である。安全性や有効性を担保するために、当該医療に対する科学的な検証や臨床への応用が有効であることは言うまでもないが、科学的根拠に基づき臨床応用のみが優先されるという医療だけが望まれる唯一の医療なのかどうかという議論を現出させている。すなわち、病気を診て病人を診

ないとかカルテを診て患者を診ないと揶揄されるように、患者あるいはご家族の心や治療環境への配慮や実践が指摘されているのである。また、わが国に限らず、それぞれの国には独自の社会的・文化的・歴史的背景もあり、科学的根拠だけで患者やご家族のニーズに充分に応えられるのかという問題点も析出されている。

こうした背景を受け、近年では代替医療や補完代替医療に代えて、インテグレイティブメディシン(Integrative Medicine:以下統合医療と称する)という考え方も出てきている。統合医療とは、世界中の有効とされる伝統医療を患者の病態や心、さらには治療環境に応じて、受けられる医療の選択肢の幅を拡げながら治療に活かそうとする集学的な医療のことで、実際にアメリカのアリゾナ大学で既に研修教育も実践されているが、一方では、代替医療そのものの定義も浸透しないまま、何をどう統合するのかという指摘もある。代替医療が正統医療として認知されたとき、その医療が引き続き代替医療と呼称されるかどうかは不明だが、代替医療の定義に関するさらなる検討が必要なのではないかと考える。

2-2 分類

代替医療は広範囲に亘って分類されている。1970年代から代替医療と総称されているアメリカの例を見ると、国立衛生研究所(National Institutes of Health:以下、NIHと称する)に1992年に設置された代替医療事務室(Office of Alternative Medicine:以下、OAMと称する)が、1998年にNCCAMに昇格し、表1に示すように代替医療をおもに5つの領域に分けて研究を行っている⁽¹¹⁾。

2-3 代替医療が注目される理由

第1節で、代替医療という呼称は、1970年代からアメリカで始まったと述べたが、「American Journal of Health Promotion」によると、代替医療を利用する主な理由として以下が挙げられている⁽¹²⁾。

- ・正統的現代医療による治療に満足できない

表1

研究領域	内 容
代替医学システム Alternative medical system	代替医療の中でも体系化された領域で、心と体の調和を重視。西洋医療以外の医療で、思想や信条に基づいて確立されている伝統医療。具体的には、古代インドの伝統医療体系であるアーユルヴェーダや中国の伝統医療、さらにはホメオパシー（同種療法）やナチュロパシー（自然療法）等がこの領域に組み込まれている。
精神と身体への作用による療法 Mind-Body Interventions	身体の機能や症状に対して、精神へ働きかけることで身体の障害や症状に作用する医療。具体的には、心理学的・行動科学的な療法で、催眠・イメージ・音楽・芸術・ダンス・笑い・瞑想・ヨガ等の療法がある。
生物学的療法 Biologically Based Therapies	生物学的な作用に基づいて、食事・薬草・プロダクトを用いた療法。具体的には、食事療法・ビタミンやミネラルなどのサプリメントを用いた分子栄養療法・薬草を利用したハーブ療法・EDTA（エチレンジアミン四酢酸）やオゾンを利用した療法等がある。
手技・身体療法 Manipulative and Body-Based Methods	施療者の手技を用いたり受療者の身体を動かしたりする療法。具体的には、脊椎を操作することによって身体の健康と正常な機能を回復させようとするカイロプラクティックや指圧・リフレクソロジー・オステオパシー等のマッサージ療法、さらにはカラーセラピーや温熱療法等がある。
エネルギー療法 Energy Therapies	身体内部にエネルギーの源があるという考え方にに基づき、その源をエネルギーの場としたり、外部の電磁気場から身体に働きかけたりするエネルギー医学の理論を用いた治療法。具体的には、気功、セラピューティックタッチ、ヒーリングタッチ、生物電磁気学的療法等がある。

出典：JAM (Japan Alternative Medicine) News Letter, Vol. 4 および NCCAM 発表の「What are the major types of complementary and alternative medicine? NCCAM classifies CAM therapies into five categories, or domains:」を基に筆者が作成。

- ・ 正統的現代医療は患者を機械のように扱い、感情や信条を持った人として扱っていない
- ・ 異なる文化圏に種々の医療が存在することに気がついた
- ・ 病気の発生には、栄養、感情、ライフスタイルが関係していることが明らかになってきた
- ・ 単に病気ではないというだけでなく、より良く生きるということへの期待や願望
- ・ 服用する医薬品を少なくして副作用による弊害をできるだけ減らすため
- ・ 医療費負担を減らすため
- ・ 著名な医師が代替医療を支持するようになったため

いうまでもなく、正統的現代医療は、疾患原因の分析や治療法・治療薬の発見、メタデータの蓄積、体系的な医学教育等々により、感染症を初め数々の疾病や損傷に対応し、外科手術を発展させたりするなど、人類に多大な貢献をしてきた。しかしながら、一方では、今西二郎（2003）が指摘するように、その科学的や統計学的なアプローチ

による平均的な医療にも限界がないわけではない。具体的には、原因不明の慢性疾患、精神的な面が影響する疾患、抗生物質に対する耐性菌の問題、糖尿病で血糖値のコントロールが首尾よくできたとしてもなお多くの自覚症状を訴える患者に対して対応するのが困難な場合もある⁽¹³⁾。小内亨（2001）も、糖尿病や高血圧などの慢性疾患の管理がその治療の中心となりつつある現代では西洋医学にも限界があるので、患者が希望を持って治療に望むために他の選択肢を探すとしている。すなわち、多くの患者が期待するような特定の薬剤で疾患が即時に治癒するということはなく、その後は薬剤を服用しなくても大丈夫ともいえない現状において、患者自らが医師だけに頼らない方法のひとつとして代替医療を選択していると主張する⁽¹⁴⁾。渥美和彦（2001）は、正統的現代医療は、科学のみに基盤をおいたが故に心の癒しや微妙な感情の動きによる心身相関など人間本来の多様で複雑な存在に対応できなくなってきたと述べている。さらに、この傾向は個人をすべて平均的

に考える西洋医学から個人の個性や特徴を中心とした東洋医学へのパラダイムシフトであり、価値観の変化や文明的な視点から深く洞察しないと代替医療の到来の本質は把握できないと強調する⁽¹⁵⁾。また、詳細は後述するが、今西も渥美も医療経済学的な面からも代替医療への関心が高まっていることを併せて指摘し、国家経済を脅かしかねない医療費の高騰も患者のみならず国家や関係者に対して代替医療へ目を向かしているとしている。

このように正統的現代医療だけではカバーできない不定愁訴に対応したり、患者の視点に立った考え方の必要性が訴求されたり、科学的や統計学的なアプローチによる「個」への対応の限界を補完したり、医療経済学的な問題点の解決の対象として代替医療が注目されていると分析している。しかし、代替医療が注目される本質的な理由は他にもあるように思われる。それは極めて単純かもしれないが、人の心と体という複雑な構造に対峙する医学という難解な学問や医療行為という高度で専門的な知識に対する非医療者のリテラシーの不足や正統的現代医療に従事する医療者側と家族を含めた患者側とのコミュニケーションの不足である。3時間待って3分の診察と揶揄されて久しいが、実際に日本の医療機関での平均診察時間は、アメリカの22分に比べて総合病院クラスで平均12分と短い。これは、一人の医師が年間に何人の外来患者を診ているかという患者の数に反比例して短くなっている。アメリカでは一人の医師が年間に診る患者数が2,222人であるのに対し、日本では6,421人である。世界平均は2,167人であることからすると、日本の医師は年間で世界平均のおよそ3倍の患者を外来で診ていることになる⁽¹⁶⁾。すなわち、十分に丁寧な説明をしようにも物理的に制限されている現状を看過して、医療者側にもっと時間を掛けて丁寧なインフォームドコンセントをするよう求めても、現実的には厳しい診察環境と言わざるを得ない。また、セカンドオピニオンにしても、アメリカと日本とでは医療制度が異なり、アメリカで有用視されている他の専門医の所見を治療に活かすというシステムも日本

では根付きにくいのではないかという指摘も否めない。アメリカの場合は、各医師が病院とそれぞれ契約をして各々が患者の希望に応じてインデペンデントに患者と接し独自の見解を述べることができるが、日本の場合は患者の病態や治療方針をあらかじめ同一病院内におけるカンファレンスで議論した後患者や家族に伝えるため、患者や家族にはある程度統一した見解しか伝えられない。これでは患者や家族がもし治療の選択肢を拡げるためにセカンドオピニオンを受けたいのであれば、違う医療機関に行きセカンドオピニオンを受けなくてはならない。しかしその際、もし診断書や直近の検査結果や診療経過報告書がなかったら、また一からやり直さなくてはならない。慣習的に他の病院に行ったら今の主治医に見放されるとか話しづらいつつ不安や遠慮があるために、診断書や直近の検査データや診療経過報告書を現在掛かっている医師や病院から貰い辛いという事実も少なくない⁽¹⁷⁾。このような状況下でインフォームドコンセントやセカンドオピニオンがなかなか機能しにくいという背景が造られているのではないかと懸念される。したがって、患者や家族が特に非医療者である場合は、治療の選択肢を拡げようとする際に、「体験者が語る真実」とか「これがかんが治った。奇跡の生還」とか「学会で好評を得た」という比較的理解しやすい健康食品のメーカーや販売会社が発信する代替医療の情報に注目するのも是非はともかく無理からぬことといえよう。

3. 代替医療の現状

3-1 わが国で利用されている代替医療

代替医療は実際にわが国でどのように展開されているのだろうか。あるいは学術的な研究活動は行われているのか、行われているとするならばその実態はどうなっているのか。さらには科学的な根拠は存在するのか。本章ではこれらのテーマに対して論及を進める。

まず、わが国で利用されているおもな代替医療を纏めると表2のようになろう⁽¹⁸⁾。

表2

NCCAMによって分類されている領域	代 替 療 法
代替医学システム Alternative medical system	漢方薬・鍼灸・アーユルヴェーダ・ホメオパシー・ナチュロパシー
精神と身体への作用による療法 Mind-Body Interventions	催眠療法・イメージ療法・音楽療法・芸術療法・ダンス療法・笑い（ユーモアセラピー）・瞑想・ヨーガ・太極拳・リラクゼーション・運動療法・アニマルセラピー・イルカ療法・園芸療法・アロマセラピー・宗教的治療法
生物学的療法 Biologically Based Therapies	食事療法・分子栄養療法・ハーブ療法・オゾン療法
手技・身体療法 Manipulative and Body-Based Methods	カイロプラクティック・オステオパシー・指圧・リフレクソロジー・カラーセラピー・温熱療法
エネルギー療法 Energy Therapies	気功・セラピューティックタッチ・生物電磁気学的療法・温泉療法

出典：http://nccam.nih.gov/health/whatisncam/index.htm#sup2（2005年12月2日アクセス）と『医療従事者のための補完・代替医療』（今西二郎編集）を参考にして筆者が作成⁽¹⁹⁾

3-2 学術的な研究活動

わが国における代替医療に関する学術的な研究活動のひとつに学会活動があるが、代替医療に関連する学会は表3のように纏められる。

わが国における代替医療に関連する学会活動の特徴は、おおよそ次のように纏めることができるのではなかろうか。第1に、温泉や漢方や指圧等、歴史的・伝統的に国民に馴染みのある療法は、学会活動も四半世紀以上の実績がある。第2に、米国において代替医療が注目されだした1990年代半ば以降にわが国においても様々な分野の学会が始動している。第3に、代替医療に関連する学会総数が増加していることである。このことは、医療者・研究者が何らかの形で代替医療に係わっているか、あるいは関心を持つようになってきているか、さらにはICTの急進展による医療に関連する情報の入手に伴う非医療者からのニーズという社会的な背景により、医療者や研究者も看過できずに代替医療に関心を持たざるを得なくなっているということが窺われる。また、東洋医学などのようにもともと歴史的に確立された医療体系と新興の療法とが並存するのも、わが国における代替医療に関する学会活動の特色といえよう⁽²⁰⁾。

3-3 科学的な根拠について

正統的現代医療において重要視される E. B. M. は、代替医療においてもその有無が問われていると思われるが、本節では代替医療における E. B. M. について分析する。分析対象としたのは、Pub Med, Cochrane Library である⁽²¹⁾。

まず、Pub Med で、科学的根拠に基づく医療 (E. B. M.)、代替医療 (Alternative Medicine) に関する書誌を検索すると、1996年から2006年までの1,161件の文献が確認できた⁽²²⁾。年代別にグラフにすると図1のようになる。

一方、Pub Med で代替医療だけで検索すると、1949年から2006年までに110,537件の文献があり、このうち1996年から2006年までの文献は49,002件であった。このことから、代替医療に関する文献のうち約2.3%が E. B. M. に関連したものであることが判る⁽²³⁾。また、1990年代以降代替医療に関する文献が増加したのは、ハーバード大学のデービッド・アイゼンバーグ (David Eisenberg: 以下アイゼンバーグと称する) が、アメリカ国民がどのくらい代替医療を用いているかについての調査報告を1993年に「New England Journal of Medicine」に発表したことと関連性がある。調査結果によると、1990年の段階で米

わが国の代替医療の現状とその市場規模

表 3

学 会 名	設立	学術大会	学 会 誌	資格認定制度
日本バイオフィードバック学会	1983	年1度	「バイオフィードバック」	技能士
社団法人 全日本鍼灸学会*1	1980	年1度	「全日本鍼灸学会雑誌」	
日本補完代替医療学会	1997	年1度	「日本補完代替医療学会誌」	
日本アロマセラピー学会	1997	年1度	「日本アロマセラピー学会誌」	学会認定医療従事者
日本伝統鍼灸学会	1972	年1度	「日本伝統鍼灸学会誌」	
経絡治療学会	1939	年1度	「経絡治療」	
和漢医薬学会	1984	年1度	「和漢医薬学雑誌」	
日本アロマケア学会*2	1999	セミナー		認定資格
日本養生学会（旧・大学体育養生学研究会）*3		年1度	「大学体育養生学研究」	
日本良導絡自律神経学会	1960	年1度	「日本良導絡自律神経学会雑誌」	医師・鍼灸師にそれぞれ認定証
日本鍼灸史学会*4		年1度		
社団法人日本東洋医学会*5	1950	年1度	「日本東洋医学雑誌」	認定専門医
漢方鍼灸会	1993	年1度	「漢方鍼灸」	
日本臨床漢方医会	1997	年1度	「日本臨床漢方医会会報」	
日本指圧師会	1957	年1度		
日本音楽療法学会*6	2000	年1度	「日本音楽療法学会誌」	学会認定音楽療法士
日本ホリスティック医学協会	1987	年1度	「ホリスティックマガジン」 「ホリスティック医学研究」	
日本芸術療法学会	1969	セミナー	「日本芸術療法学会誌」	
日本温泉気候物理医学会	1935	年1度 （総会）	「日本温泉気候物理医学会雑誌」	専門認定医
日本代替・相補・伝統医療連合会議	1998	年1度	「日本代替・相補・伝統医療連合会議会誌」	
日本統合医療学会	2000	年1度	「日本統合医療学会誌」	

出典：http://www.google.com/Top/World/Japanese/健康/代替療法（2006年5月1日～5月8日アクセス）と今西二郎編集『医療従事者のための補完・代替医療』金芳堂、2003年、19頁を参照および直接学会事務局に確認して筆者が作成。

*1 1948年に設立された日本鍼灸学会と1951年に設立された日本鍼灸治療学会が1980年にそれぞれ改組され社団法人全日本鍼灸学会として発足した。

*2 2006年3月31日をもって、同学会は閉会した。

*3 旧大学体育養生学研究会が日本養生学会と名称変更した。

*4 旧日本鍼灸臨床文献学会が日本鍼灸史学会と名称変更した。

*5 1977年に社団法人日本東洋医学会として認可された。

*6 日本バイオミュージック学会と臨床音楽療法協会とがひとつの学会に組織変更した。

国成人のうち16種類の代替医療のうち少なくとも1つを利用していた者は33.8%（6,000万人）であった⁽²⁴⁾。さらに、1997年に行われた同様の調査では利用率が42.1%（8,300万人）と上昇していた。すなわち、代替医療を利用する人が増えているので、それに伴い代替医療に関連する文献も増加しているのではなかろうか。さらに、図1で見られるように、代替医療の科学的根拠に関連した文献も年々増加しているのは、代替医療にお

ける科学的根拠の必要性を示唆していることが窺われる。

次にCochrane Libraryで上記と同様の検索をすると、Cochrane Libraryが行った体系的評価は、臨床試験に関するものは全体で4,320件あった。このうち科学的根拠に基づく医療（E. B. M.）、代替医療（Alternative Medicine）に関するものは、僅かに1件のみであった。一方、代替医療だけで検索すると、1997年から2006年までに91

*2006年は5月9日時点

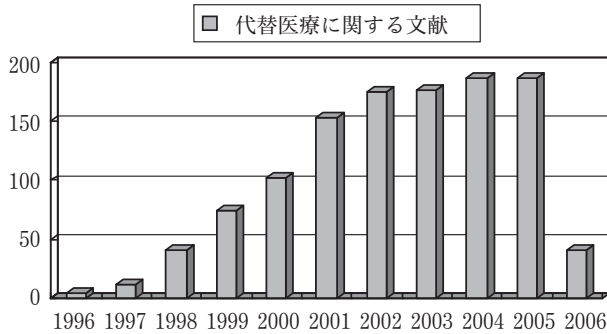


図1

*2006年は5月22日時点

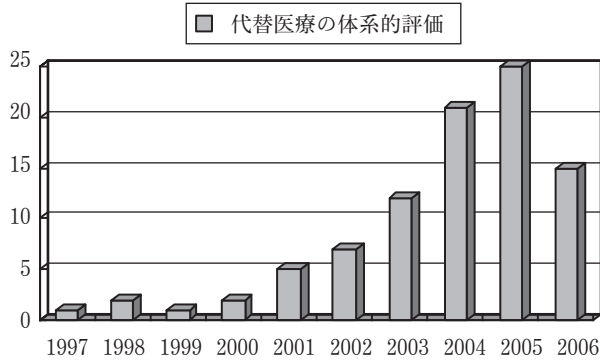


図2

件であった⁽²⁵⁾。このことから、Cochrane Libraryにおいては、代替医療に関するE. B. M.に関連した体系的評価は、Pub Medに比較して少ないといえるが、1997年から2006年までの推移をグラフにすると図2のようになる。

図2を見て判るように、Cochrane Libraryにおいても代替医療の体系的評価が2000年代に入って増加しており、代替医療に関する関心の高さが窺われる。しかしながら、一方で科学的根拠については、臨床試験で殆んど実績が無いことが判った。

このようにPub MedやCochrane Libraryを検索する限りにおいては、代替医療に関する文献や体系的評価が年々増加傾向にあることが判ったが、一方で代替医療に関する科学的根拠はまだ不足している。E. B. M.を前提とするならば、より大がかりで精度の高い臨床試験の積み重ねが今後の課題といえよう。

4. 代替医療における医療経済

4-1 代替医療と医療経済学

前章では、代替医療は実際にわが国でどのように展開されているのか、学術的な研究活動は行われているのか、さらには科学的な根拠は存在するのか等々を鳥瞰してきた。そこで、本章では、代替医療を医療経済学的な視点で見るとどのような特徴が析出されるのかを考察しその市場規模を概観すると共に、医療保険と医療費の削減について言及することにする。

厚生労働省が平成17年に発表したわが国の平成15年度の国民医療費は、31兆5,375億円で前年度に比べ1.9%の増加となっている。また、国民一人当たりの医療費は24万7,100円で前年度に比べ1.8%増加している⁽²⁶⁾。この額には診療費、調剤費、入院時食事療養費、訪問看護療養費のほ

かに、健康保険等で支給される移送費等である⁽²⁷⁾。したがって、一般に流通している健康食品の販売額は含まれておらず、医療機関で実際に施療されている代替医療も自由診療であり健康保険の対象外となるため、その費用についてはどの程度含まれているかは推計できないのが実態であるといえよう⁽²⁸⁾。

ところで、OECDは加盟各国の医療費の対GDP比率を毎年発表している。結果を表4に纏めた。ただし、OECDのデータは、国ごとの違いを一定程度補正した数字であり、わが国の国民医療費と比較すると、非処方薬、公衆衛生費、施設管理運営費、研究開発費を含んだ総医療費概念を採用しており、日本の国民医療費とは必ずしも一致しない⁽²⁹⁾。

OECD(2005)の発表によると、OECD加盟国のGDPに対する医療費の比率が最も高いのは、アメリカで15.0%と突出している。小野(2003)によると、アメリカにおいては医療に対する公的保障が非常に少ないために医療費が極めて高くなり、中産階級を中心に医療費負担が深刻な問題になっていることが代替医療への関心を引き起こしていると分析する⁽³⁰⁾。これに対してわが国は、世界で最も長寿の国といわれるが、GDPに対する医療費の比率はOECD加盟30カ国中17位の7.9

%である。したがって、医療費水準をより正しく評価するためには高齢化比率や医療供給体制との相関をみる必要があると思われる。

まず、高齢化比率であるが、内閣府は「平成17年版 高齢社会白書」の中で、国際連合の統計資料による高齢化率の国際比較に基づき、先進諸国の中においてわが国は1980年代までは下位、90年代にはほぼ中位であったが、21世紀初頭には最も高い水準となり、世界のどの国もこれまで経験したことのない本格的な高齢社会が到来するものと見込まれていると発表している⁽³¹⁾。

次に、医療供給体制について、厚生労働省社会保障審議会医療部会が医療供給体制の各国比較(2001年時点)を発表しているので、表5に示した。

表5に示す通り、国によって統計年度に差があるので、厳密な比較とはいえないが、この比較を見る限りにおいては、わが国は千人当たり病床数、平均在院日数、外来受診率は表5の国の中では一番多く、アメリカは病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数が最も多い。逆に、外来受診率を除けば、わが国が最も多いところはアメリカが最も少なく、アメリカが最も多いところはわが国が最も少ない。すなわち、わが国の場合、上記の資料に基づいて見る限りにおいては、高齢化

表4 OECD諸国の医療費対GDP比率(2003年) (単位:%)

1	アメリカ	15.0	16	ニュージーランド	8.1
2	スイス	11.5	17	日本	7.9
3	ドイツ	11.1	18	ハンガリー	7.8
4	アイスランド	10.5	19	スペイン	7.7
5	ノルウェー	10.3	20	イギリス	7.7
6	フランス	10.1	21	オーストリア	7.6
7	カナダ	9.9	22	チェコ	7.5
8	ギリシャ	9.9	23	フィンランド	7.4
9	オランダ	9.8	24	アイルランド	7.3
10	ベルギー	9.6	25	トルコ	6.6
11	ポルトガル	9.6	26	メキシコ	6.2
12	オーストラリア	9.3	27	ルクセンブルグ	6.1
13	スウェーデン	9.2	28	ポーランド	6.0
14	デンマーク	9.0	29	スロバキア	5.9
15	イタリア	8.4	30	韓国	5.6
OECD 平均					8.6

出典：OECD Health Data 2005 June 05 所収のデータに基づき作成

表 5 医療供給体制の各国比較 (2001)

国名	千人当たり 病床数	平均在院 日数	病床百床当たり 医師数	病床百床当たり 看護職員数	外来受診率
日本	12.8 (2003)	28.3 (2003)	15.6 (2002)	42.8 (2002)	14.5
ドイツ	9.1	11.6	39.6 (2000)	102.2 (2000)	7.3 (2000)
フランス	8.2	13.5	35.2 (1998)	69.7 (1997)	6.9
イギリス	4.1	8.3	43.9 (2000)	129.2 (2000)	4.9 (2000)
アメリカ	3.6	6.7	77.8 (2000)	230.0 (1999)	9.0

出典：厚生労働省第3回社会保障審議会医療部会配布資料1『医療機関の機能分化・重点化・効率化について——医療供給体制の各国比較(2001)——』1頁より抜粋

*1 外来受診率：1人の国民が1年間に外来医を受診する平均回数

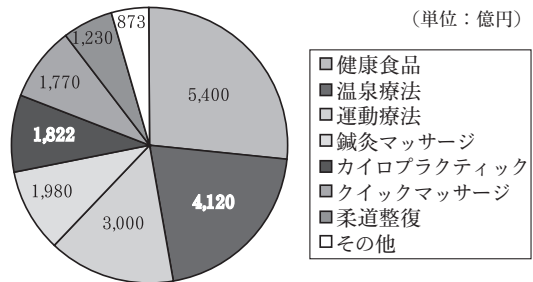
*2 原資料は日本(外来受診率を除く)：厚生労働省医療施設調査, 病院報告(平成14, 15年)医師・歯科医師・薬剤師調査, 衛生行政報告例(平成14年), その他：「OECD Health Data 2002」, 「OECD Health Data 2004」千人当たり病床数, 病床百床当たり医師数, 病床百床当たり看護職員数：「OECD Health Data 2002」, 平均在院日数, 外来受診率：「OECD Health Data 2004」

比率は世界の中でも最加速しているのにも拘らず、医療供給体制面では病床数、平均在院日数、外来受診率を除き充分に対応できていないことが窺われる。

さて、アメリカが国民医療費のGDP比率の最も高い国であるというのは確認したとおりであるが、小野(2003)が指摘するように、その比率を抑制するためにも代替医療が期待される大きな要因のひとつになっているかどうかを経済学的視点から分析する必要がある。何故ならば、医療はサービスとして国民に最適配分されなければならない大切な資源であり、少なくとも有効性や安全性とともに経済性が医療を受ける患者にとって重要な秤となるからである。

4-2 わが国における代替医療の市場規模

矢野経済研究所が2002年に纏めた代替医療の市場規模調査によると、わが国における市場規模は、2兆195億円と算出されている⁽³²⁾。同研究所では、代替医療を食事・栄養に関する分野、手技・トリートメントに関する分野、その他療法にそれぞれ分類し、市場規模と成長性について報告しているが、アメリカで代替医療の範疇で取り扱われている漢方については含まれていない⁽³³⁾。図3に整理する。



出典：矢野経済研究所「2003年版 代替医療市場の実態と将来予測」17-18頁, 2002.11の数字を参考に作成

図3 代替医療の市場規模

市場規模においては、健康食品が5,400億円と最も大きく、次いで温泉療法の4,120億円、フィットネスクラブを含む運動療法が3,000億円と続いている。

ところで、市場規模が最も大きい健康食品とは如何なる食品を指すのか。

糸川(2000)によると、健康食品という言葉は法律で規定された言葉でも学術用語でもなく、便宜的に用いられているとしており、通常の食品以上の健康増進効果が期待できる食品でなければならないとする⁽³⁴⁾。糸川は、いずれの健康食品も毎日摂取する食事から生活習慣病などを予防したり治療したりしようという目的がある限り代替医療の範疇に入るとしている。一方、厚生労働省のホー

ムページをみると、医薬食品局食品安全部基準審査課新開発食品保健対策室が、「健康食品のホームページ」というコーナーを設営しているか⁽³⁵⁾、ここでは、健康食品の適切な利用や健康や栄養に関する表示、あるいは安全性について厚生労働省の見解を公表している。健康食品の適切な利用については、「主食、主菜、副菜を基本とするバランスのとれた食生活を健康づくりの基本とした上で、科学的・中立的なデータベースによる情報や、専門知識を持った身近な助言者などを活用して適切な健康食品の利用を心がけよう」と呼び掛け⁽³⁶⁾、国民が健康づくりを進める上で、健康食品を適切に利用することができるよう、独立行政法人国立健康・栄養研究所において、健康食品の安全性・有効性データベースを開設している旨を紹介している。このように厚生労働省も、国民が健康食品に対して高い関心を持っていることを背景に、健康食品に対する正しい理解や利用の仕方に関する注意を喚起しているわけであるが、健康食品の市場規模に関しても、2003年に厚生労働省で開かれた第1回「健康食品」に係わる制度のあり方に関する検討会では、健康食品の製造・流通の実態として、2001年に特定保健用食品の売上高が4,121億円で、特定保健用食品、機能性食品（機能性甘味料等）、健康補助食品、栄養機能食品を総称した「健康志向食品」としては、2000年の市場規模が1兆3,000億円と推計し、2010年にはこの規模が3兆2,000億円になると市場の拡大を予測している⁽³⁷⁾。

いうまでもなく、糸川も指摘するように、わが国は一方では、過去の栄養欠乏の時代から現在では飽食の時代へと食生活の大きな変化を経験しており、それに伴って健康も増進し世界の最長寿国になっているが、他方では、高齢化により生活習慣病の有病率も増加し、国民の食品に対する関心がいっそう高まってきているので、健康食品の市場も拡大を続けていくことが考えられる⁽³⁸⁾。しかしながら、健康食品という名のもとで発信されている情報や健康食品の販売に携わる関係者やその利用者の医学・栄養学等のリテラシーの低さに伴う国民の健康障害の拡大もまた杞憂されるところ

となっている。

わが国における代替医療の市場規模で2番目に大きいのは温泉療法である。環境省の発表によると、2002年の時点で温泉地数は全国で3,102箇所、施設宿泊利用者数は延べにして13,700万人である⁽³⁹⁾。観光も含めた温泉に関連する全体の市場規模は、経済産業省にも国土交通省にも具体的な統計がないが、年間で延べにして13,700万人が宿泊施設を利用しているならば、わが国の国民が最低年1回は宿泊施設を利用していることになり市場としては大きいことを否定できない⁽⁴⁰⁾。矢野経済研究所（2002）の調査では、わが国における温泉療法および関連市場の市場規模は4,120億円と推計されており成長性も高いと推測されているが、この数字は入場料や入湯料のみの集計であり宿泊に伴う費用は含まれておらず、総費用を算出すると規模がさらに大きくなることはいうまでもない⁽⁴¹⁾。一方、厚生労働省から認定を受けた温泉利用型健康増進施設で組織されている温泉利用型健康増進施設連絡会によると、厚生労働省の定めた一定の基準を満たし、温泉を利用した健康づくりを図ることができる施設は、2004年6月現在全国に29箇所ある⁽⁴²⁾。この温泉利用型健康増進施設は、温泉療養を行った場合、要件を満たせば施設の利用料金や施設までの往復交通費について所得税の医療控除を受けることができるので、今後団塊の世代を中心としてますます需要が増すものと同連絡会は予測している。しかしながら、他方では、医療機関との密接な連携や利用者の健康意識の多様化や変化にどのように対応していくかが課題になることも考えられる。

ところで、温泉の利用目的は観光、懇親、リフレッシュ等も含め多岐に亘るため、療法目的だけに絞込んだ市場規模が把握できない中で、代替医療としての温泉療法の市場規模について論じるのは妥当ではないという考え方もあろう。しかしながら、その点を勘案して矢野経済研究所（2002）の調査では、あえて宿泊費や飲食費等の費用を除いているものと思われるし、観光や懇親目的等の宿泊者でも健康の増進や予防医療の一環として温泉利用を捉えていないとも限らないため、

有用な参考値にはなるのではないかと考える。

3番目に大きい市場である運動療法は、3,000億円の規模であるが、運動療法を提供する主体は医療法人が運営する施設と民間フィットネス施設の二つに分類される。医療法人が運営する運動療法の施設とは、医療法第42条第4項に規定されている疾病予防のための施設である。具体的には、「疾病予防のために有酸素運動（継続的に酸素を摂取して全身持久力に関する生理機能の維持又は回復のために行う身体の運動をいう。次号において同じ）を行わせる施設であって、診療所が附置され、かつ、その職員、設備及び運営方法が厚生労働大臣の定める基準に適合するものの設置」⁽⁴³⁾を認められた医療法人が運営している。これに対し、民間フィットネス施設は、厚生労働省に申請して認可されれば厚生労働大臣から指定を受けることができる。指定を受けているものであれば、疾病により医療機関にかかっている場合は、治療効果がある運動療法を治療費と看做し医療法人が運営する運動療法とともに医療費の控除対象とすることができる。日本経済新聞が実施したサービス業総合調査によると、民間フィットネス施設は営業譲渡や買収の効果もあり大手はほぼ堅調に業績を伸ばしつつある。牽引役は健康への意識が高い中高年層で、他のレジャーなどに流れやすい若年層の比率は低下傾向にあると報告されている。また、今後欲しい施設についても、中高年を意識した「スパ（温浴施設）」が6割を超えている。医師と連携した健康診断プログラムなどを導入するクラブも増えており、特に団塊の世代の取り込みが今後の課題のひとつとなっている⁽⁴⁴⁾。

鍼灸マッサージの市場規模は1,980億円であり、代替医療の市場では4番目に大きい。鍼灸マッサージは、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師という国家資格保持者によって施療され、「あはき」と通称されている専門的な経験や知識を必要とする分野のひとつである。すなわち、文部科学大臣の認定した学校又は厚生労働大臣の認定した養成施設で、3年以上、解剖学、生理学、病理学、衛生学その他必要な知識及び技能を修得し、さらに国家試験に合格しなければ与えられないと

いう専門職である⁽⁴⁵⁾。厚生労働省による集計では、2002年から2004年までに新たに資格を有し名簿に登録された数は、表6で示すように増加している。2002年までに登録されたそれぞれの有資格者数は、財団法人東洋療法研修試験財団が集計したところによると、あん摩マッサージ指圧師が約168,000人、はり師が約118,000人、きゅう師が約117,000人となっている⁽⁴⁶⁾。しかし、実際の就業者数は図4のように、有資格者数に対して6割前後で推移している。ところで、社団法人日本鍼灸師会では、健康保険で鍼灸治療がうけられることをホームページで公開しており⁽⁴⁷⁾、その情報によれば、神経痛、リウマチ、腰痛症、五十肩、頸腕症候群、頸椎捻挫後遺症、その他これらに類似する疾患などは、健康保険の対象であることが明記されている。鍼灸による治療中は医院や病院で同患部の治療は受けられず不安がないとは言いがたないが、正統的現代医療が数分の治療時間であるのに対し最低でも40分以上の治療時間が必要とされる鍼灸やあん摩マッサージは、施療者とのコミュニケーションを通じQOL（Quality Of Life：生活の質）を向上させるという点からも効果があることが見直され始めており、今後も市場としては安定しているのではないかと推察される。しかしながら、治療効果に関する科学的根拠の積み重ねや施術者による技術のバラツキの是正、さらには保険制度における治療費の明確なシステム化が課題となろう。

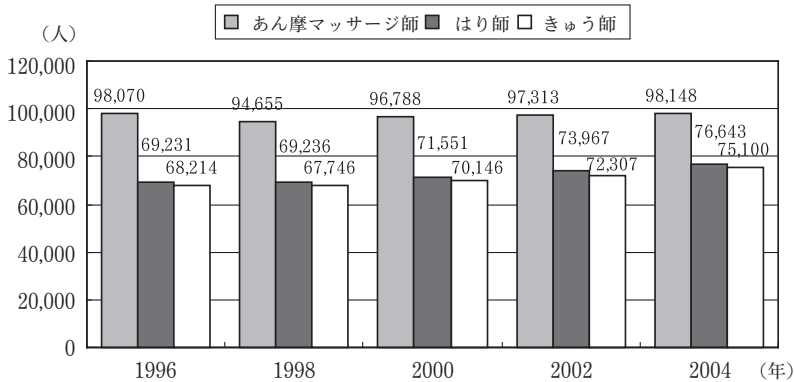
カイロプラクティックの市場規模は1,822億円で、クイックマッサージの1,770億円とともに前述の鍼灸マッサージの市場規模に肉薄している。

表6 年間名簿登録者数

	あん摩マッサージ指圧師	はり師	きゅう師
2002年度	約1,800人	約2,300人	約2,300人
2003年度	約1,900人	約2,700人	約2,600人
2004年度	約1,800人	約3,000人	約3,000人

出典：厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/houjin/dl/1-13.pdf> (2006年6月14日アクセス) を参照して作成。

わが国の代替医療の現状とその市場規模



出典：厚生労働省統計表データベースシステム「衛生行政報告例」1996年～2004年 http://www.dbtk.mhlw.go.jp/IPPAN/ippan/scm_k_Ichiran (2006年6月20日アクセス) を参照して作成

図4 わが国のあん摩マッサージ師・はり師・きゅう師の就業者数推移

鍼灸マッサージに対して、カイロプラクティックやクイックマッサージは国家資格がなく容易に開業できる。このため鍼灸マッサージ以上に施術者の技術格差が問題になっているが、鍼灸マッサージだけでなく整形外科や理学療法、さらには後述の柔道整復の治療内容と近似の部分があり、一般の利用者にはそれぞれの明確な違いが判りにくいところであろう。

カイロプラクティックは、脊椎矯正指圧療法といわれ、主として背骨の構造と機能の関係に注目し、その関係がどのように健康の維持や回復に影響するのかということに的を絞って、手先の技術を利用した療法である。1992年に設立された日本カイロプラクティック連絡協議会によると、カイロプラクティックはアメリカで1895年にダニエル・デビッド・パーマーによって創始され、現在では世界60カ国に普及し発展を続けており、発祥地のアメリカではすでにドクターとしての地位が確立され、イギリスもそれに近付きつつあるとしている⁽⁴⁸⁾。鍼灸マッサージや柔道整復との違いについては、鍼灸マッサージが人体の軟部組織を対象にした静的（一点圧）または動的（律動的）な手技であったり、柔道整復が四肢の骨折・打撲・脱臼・捻挫など外傷による後遺症を扱ったりするのに対し、カイロプラクティックは主として脊椎関節の機能障害を扱い、鍼灸も用いない点を独自の治療法としてホームページで主張している⁽⁴⁹⁾。

このように鍼灸マッサージや柔道整復とは一線を画すことにより、独自性をアピールすることで鍼灸マッサージの市場へ食い込んでいることが窺われる。経営形態は、鍼灸マッサージや柔道整復と同様に1～2人程度の小規模事業者によるもので労働集約的といえるが、初期投資が少なく省スペースでの開業が可能という点では新規参入が容易な分野といえよう。

クイックマッサージは、1990年代半ばからリラクゼーションの一環として、足裏マッサージという俗称で知られつつあるリフレクソロジー（反射療法）とともに市場を拡大してきている。具体的には、JR東日本が東北新幹線の車内で始めて話題となったマッサージサロン（写真）やチェー



写真 マッサージサロン

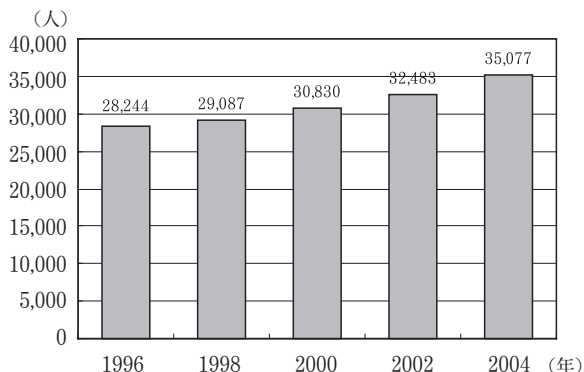
ンによる多店舗展開により広く知られるようになりつつある⁽⁵⁰⁾。前述のようにマッサージという言葉は医療行為と看做されるため広告や宣伝では使用できず、リラクゼーションとして利用者にとってみれば手軽な低料金でサービスを提供している⁽⁵¹⁾。カイロプラクティック同様、初期投資が少なく省スペースでの開業が可能という点ではやはり新規参入も容易であり、今後市場も拡大していくものと思われるが、もみ返しという反作用に対する対応を含め医療過誤に繋がりがかねない不測の事態に対する対応という懸案事項も抱えている。

柔道整復は、鍼灸マッサージとともにわが国では長い歴史があり、医療保険も適用されている。市場規模は1,230億円で、新興のカイロプラクティックやクイックマッサージに比較すると少ないが、厚生労働省が実施している調査によると、図5に示すように就業者数は10年間で微増だが増加していることがわかる。具体的には、1994年での就業者数が26,221人であったのに対し、10年後の2004年では8,856人増の35,077人になっている。一方、施術所数を見ると、1996年に21,412箇所あったものが、2004年には27,771箇所と同様に増加している⁽⁵²⁾。1996年以降の統計を見る限りにおいては、1施術所において1.2~1.3人の柔道整復師が就業しており、経営形態は、鍼灸マッサージやカイロプラクティックと同様に小規模事業者によるものでやはり労働集約的といえるが、

初期投資が少なく省スペースでの開業が可能という点では柔道整復も同様で新規参入が容易な分野といえよう。また、柔道整復は、受領委任制度によって健康保険が適用され、施療を受ける側にとってみれば利用しやすい状況ではあるが、科学的根拠に基づく施術とは言い難い点や正統的現代医療である整形外科との領域区分が曖昧な点は、今後も課題として指摘される可能性がある。

図3に示したその他の873億円としては、アロマセラピーが225億円、カウンセリングを含む心理療法が115億円、足裏マッサージのリフレクソロジーが81億円、ホメオパシーが22億円、タラソセラピーが20億円と推計されている⁽⁵³⁾。

一方、この他にもわが国における代替医療の市場規模に関する調査報告は、山下仁等(2003)によっても実施されている⁽⁵⁴⁾。この調査では、わが国において過去1年以内に代替医療を利用したものは76%であったと報告されている。また、1年間の代替医療への負担額は約19,000円で、正統的現代医療への出費約38,000円のおよそ半分であった。ただし、回答内容を見ると、栄養ドリンクやサプリメントの利用者がそれぞれ43%あり、疾病治療における代替医療というより日常生活における栄養補給もしくは補完的な体調改善のためにどのようなものを利用しているかという報告といえよう⁽⁵⁵⁾。また、福田早苗(2003)が熊本県小国町に住む35~64歳の町民3,501人全員を



出典：厚生労働省統計表データベースシステム「衛生行政報告例」1996年~2004年 http://www.dbtk.mhlw.go.jp/IPAN/ippan/scm_k_Ichiran (2006年6月20日アクセス)を参照して作成

図5 柔道整復就業者数推移

対象に実施した「日本における代替医療と健康に関する疫学調査」では、調査対象の約57%が温泉以外の何らかの代替医療を利用していることが明らかになったとされている⁽⁵⁶⁾。この調査では、漢方薬、栄養補助食品、健康食品（カルシウム・ビタミンなど）、整体、マッサージ、イメージ療法、ヨーガ、瞑想、鍼灸、気功、太極拳、アロマセラピー、ハーブ等々代替医療の選択肢があり、調査の対象者にとっては自らの利用体験をベースにより具体的に回答した形になっている。山下、福田いずれの調査でも、代替医療の利用率は76%、57%と高い結果が報告されているが、もし山下の報告に基づきわが国の代替医療利用者の年間出費額を試算すると、どのくらいの規模になるのであろうか。総務省が発表した2004年10月1日現在のわが国の人口推計によると、山下が調査対象とした20～79歳の人口は98,799,000人であるが⁽⁵⁷⁾、このうちの76%である75,087,240人が代替医療に年間19,000円を費やしたとすると、合計で1兆4,266億5,756万円となる。福田の57%に基づき、総務省が発表したわが国の総人口127,687,000人のうち57%である72,781,590人が年間19,000円を代替医療に費やしたとすると、合計で1兆3,828億5,021万円となり、いずれも矢野経済研究所が2002年に纏めた代替医療の市場規模調査結果の2兆195億円には及ばないが、これは健常者や通院患者のみを対象とした調査であり、入院患者は含まれていないことを勘案すると実数増加の可能性がある。そこで、厚生労働省の「我が国におけるがんの代替療法に関する研究」（課題番号13-20）班が纏めた報告をみよ⁽⁵⁸⁾。

この研究班では、主にかん患者を対象に代替医療の利用状況を全国的な規模で調査をしているが、代替医療の利用率は以下の表7の通りであった。

全国がん（成人病）センター協議会や全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会の協力を得て、全国3,094人の患者の代替医療利用率を調査した結果、全体の44.6%の患者が代替医療を利用していることが判った。この利用率調査の中で明らかになったことが2点あった。第1点は、がん患者全体の44.6%が代替医療を利用しており、次節でも言及するがアメリカにおいてアイゼンバーグ（1993 & 1997）が実施した代替医療利用率調査結果の42%と奇しくも近似のものになったことである。ただし、アイゼンバーグは、がん患者に特定せず広く健常者をも対象にしているので、アメリカと同程度の利用率があることにはならない。第2点は、一般のがん患者の代替医療利用率よりがんが進行しホスピスを利用しているがん患者やがん性疼痛に代替医療がより多く用いられていることである。また、この調査では代替医療への費用についての調査も実施した。その結果は図6で示す通りとなった。

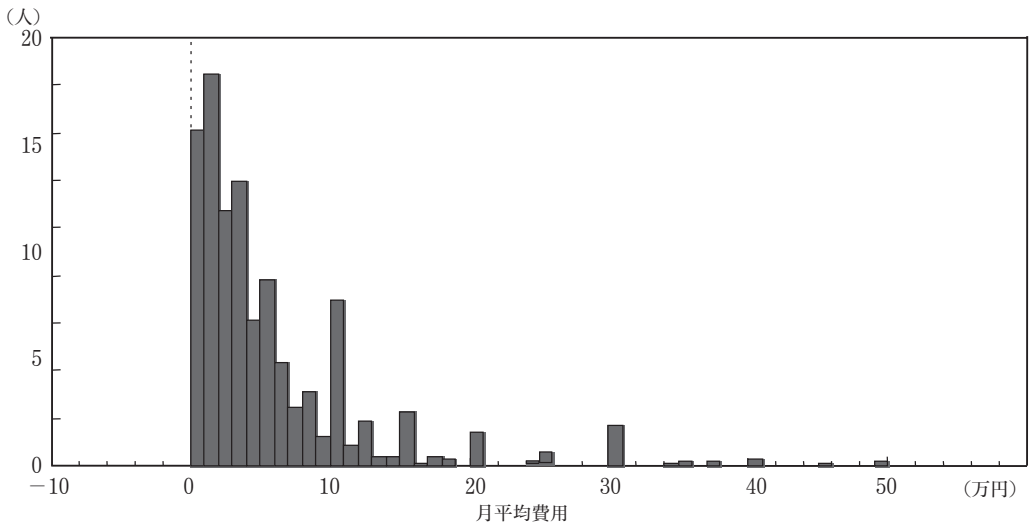
調査対象のがん患者3,094人のうち、代替医療を利用している患者は全体の44.6%で1,379人であったが、そのうち1,203人が回答した1ヶ月あたりの代替医療に要する平均費用は、57,000円であった。もし、この結果の数字を用いてわが国のがん患者がどの程度年間で代替医療に出費しているかを試算すると次のようになる。厚生労働省が発表している2002年度のがん患者総数1,280,000人⁽⁵⁹⁾の44.6%、570,880人が月間で代替医療に平

表7 代替医療利用率

(単位：人)

	全国がん（成人病） センター協議会		全国ホスピス・緩和ケア 病棟連絡協議会		合 計
	入 院	外 来	入 院	外 来	
がん患者数	1,459	1,349	204	82	3,094
利用者数	592	610	124	53	1,379
利 用 率	40.6%	45.2%	60.8%	64.6%	44.6%

出典：癌治療学会における厚生労働省「我が国のがんの代替療法に関する研究」班（課題番号13-20）発表2002.10.18



出典：癌治療学会における厚生労働省「我が国のがんの代替療法に関する研究」班（課題番号13-20）発表2002.10.18

図6 代替医療に要する1ヶ月あたりの費用

均 57,000 円費やしたとすると、月間で 32,540,160,000 円、年間では 390,481,920,000 円となる。すなわちがん患者だけでも代替医療の市場規模は 3,900 億円になる。ただし、この調査結果には入院患者だけでなく通院患者も含まれているのであくまでも参考値にすぎないが、この他にも疾病の種類はあるので、もし仮にこの調査結果に妥当性があるならば、前述の山下や福田の調査結果に基づく推計値と合算すれば、代替医療市場規模全体としては矢野経済研究所が 2002 年に纏めた代替医療の市場規模調査結果の 2 兆 195 億円という推計値も整合性が出てくるという見方も否定はできない。

以上、視てきたようにわが国における代替医療の市場規模は、2002 年時点において前述の調査結果からおおよそ 2 兆円という見方がひとつの推計値として参考になろう。しかしながら、2 兆円というのはあくまでも代替医療の総自己負担費用であって、あん摩マッサージや鍼灸および柔道整復などのように医療保険が適用される代替医療もあり、国民の代替医療費の総額についてはさらに増えるということになる。ところで、山下は、調査の結果 1 人当たりの代替医療自己負担額を平均 19,000 円としているので、この報告に基づいて国

民の総自己負担額を算出すると年間 1 兆 8,129 億円が代替医療のために自己負担されていることになる。また、小野（2003）は山下の試算に沿って 1 人平均 6,500 円を代替医療に関する国の負担額としているので、国民の代替医療費の総額を 2 兆 3,855 億円と推計しているが⁽⁶⁰⁾、山下の調査結果には栄養ドリンクが代替医療に組み入れられている。さらに福田の調査結果も温泉療法を含む代替医療の利用率ということになると 80% を超え、いずれも正確な市場規模を算出できているとはいえないかもしれないが、正統的現代医療の医療費総額およそ 30 兆円に対して代替医療費が決して小額でないことが窺われる。

4-3 アメリカにおける代替医療の市場規模

1970 年代のアメリカにおいて代替医療と呼称されるようになったことは前述の通りであるが、アメリカの市場規模はどうなっているのだろうか。アイゼンバーグは、1990 年と 1997 年にそれぞれ全国的な規模で行われた代替医療利用状況調査を踏まえた分析結果を 1998 年に「アメリカ医学協会雑誌」（「The Journal of American Medical Association」）に発表した⁽⁶¹⁾。

アイゼンバーグ（1997）によると、アメリカ国

民は1997年の時点で代替医療に対して年間270億ドルを費やしているとしている。1997年当時の為替レート121円/1ドル/年平均で換算すると3兆2,670億円となり、アメリカの人口を2億4,000万人とするとアメリカでは1人当たり年間平均13,612円の支出となる。前節で述べたように山下は、わが国での代替医療利用調査結果において1人当たりの代替医療自己負担額を平均19,000円としているので、栄養ドリンクを含めるとすればわが国国民の代替医療自己負担額の方が、アメリカ国民の負担額より大きいということになる。そこで、アイゼンバーグ（1997）の調査内容を具体的に見てみることにする。アイゼンバーグは、1990年～1991年には1,539人の成人、1997年には2,055人の成人に対して16の代替医療に関して調査を実施した。その結果、16種類の代替医療のうちひとつでも利用したことがあるかどうかを確認したところ、1990年の33.8%から1997年の42.1%まで増加していたとし、最も増加した治療として薬草剤、マッサージ、大量のビタミン、自助グループ、民間療法、エネルギー治療およびホメオパシーが含まれていたと報告している。また、代替医療治療従事者を訪ねる利用者の可能性は同年比較で、36.3%から46.3%まで増加しているとしている。さらに利用者の代替医療を受ける目的を見ると、両方の調査結果とも悩み事や、うつ病および頭痛を背景にした慢性疾患のために最も頻繁に利用されていたとし、利用目的は2調査年の間に特筆すべき変化はなかったとしている。すなわち、アイゼンバーグの報告に見る限りでは、調査項目の中に栄養ドリンクの記載が見当たらず、栄養補給や滋養強壮のための代替医療というよりも、むしろ正統的現代医療の補完的作用機序を期待して代替医療を利用している数が増加していることが判明したというのが報告の文脈である。したがって、一概にわが国国民の代替医療自己負担額の方が、アメリカ国民の負担額より大きいということは言い難いが、医療費が150兆円を超えるアメリカで代替医療費に対する個人負担が3兆2,670億円であるとするアイゼンバーグに対し、医療費が30兆円であるわが国で代替

医療費に対する個人負担が年間1兆8,129億円という山下（2002）の調査結果の数字が栄養ドリンクを含んでいたとしても、人口比およそ2:1を勘案すると、アメリカは医療費についてはわが国より高いが両国それぞれの医療費に比較した代替医療費への個人負担比率は日本の方が高いといえよう。

4-4 医療保険と医療費の削減について

医療保険についてわが国の実態を見ると、アメリカと異なる点がある。具体的には、まず、保険への加入比率の違いがある。すなわち、わが国の場合は1961年に国民皆保険制度が施行され、生活保護の受給者の一部を除く全ての国民がその恩恵を受けているのに対し、アメリカでは加入していない人の数は3,500万人にのぼる⁽⁶²⁾。次に、この医療保険が代替医療とどのような関連性を持っているかということ、いうまでもなく代替医療費の個人負担額に差異が生じてくる。前節で山下（2002）が、調査結果からわが国国民一人当たりの代替医療費を19,000円と算出し、アイゼンバーグ（1997）の調査結果に基づくアメリカ国民一人当たりの代替医療費負担額の推計が13,612円となることをみてきた。この山下の調査結果報告に沿って小野（2003）が国民一人当たりの代替医療費に対する国の負担額を6,500円とし、わが国の代替医療費総額が2兆3,855億円と試算している。そこで、アイゼンバーグ（1997）の調査結果で報告されている代替医療費個人負担総額3兆2,670億円およびアメリカ国民一人当たりの代替医療費負担額の推計13,612円をベースに、患者の自己負担15%、民間保険35%、国の支出45%、3,500万人未加入等々を勘案すると、民間保険や国の支出で賄われている代替医療への支出総額は17兆4,270億円となる。したがって、アイゼンバーグ（1997）の調査結果に基づけば、アメリカの代替医療費総額は20兆6,940億円ということになり、わが国のおよそ10倍の金額が代替医療に投入されていることになる。アメリカの医療費はおよそ150兆円であるから、約13.8%が代替医療に使われているのである。これに対して、わが国の医療

費は30兆円で、そのうち2兆3,855億円が代替医療費の総額とするならば、約8%が代替医療に使われていることになる。アメリカ議会がアイゼンバーグの報告を受け、即座に、それまで国立衛生研究所の一部署にしか過ぎなかった代替医療事務室を1998年に国立補完代替医療センターとして昇格させ、研究費も2003年時点で1億1,000万ドルの予算計上するに至ったのは、膨張する医療費の中で支出が大きい代替医療が、本当に効果があるのかということが背景になっているものと推察される。わが国においては、漸く2002年から厚生労働省の研究班で同様の研究が行われるようになったが、目的はやはり膨張する医療費の中における代替医療への支出が小額でないのに対し、本当に効果はあるのか副作用等安全性は大丈夫かというような背景があったからである。以上みてきたようにわが国とアメリカの医療保険は異なる点があるが、小額ではない代替医療費が膨張する医療費の対策として本当に有効なものかどうかという経済的側面からのアプローチをも内包しているという点では同様の模索をしているのである。

5. おわりに

第1章から第4章までを通して、代替医療という未成熟な研究領域においてある程度の知見が得られることとなったが、論及や分析を進めていくうちに、代替医療を新領域の医療として単一指向的に捉えるばかりではなく、正統的現代医療や民族伝承医療、さらには医療の情報弱者に対する支援や福祉という視点も加味した統合医療福祉情報という考え方も看過できないのではないかという認識を持つようになった。

アメリカにおいては、前述のように統合医療という領域として、患者の体調や病状に合わせて西洋医療や東洋医療さらには民族伝承医療をそれぞれ組み合わせる治療を行うなど本格的な取り組みが始まっているが、わが国では、第2章で記述した日本統合医療学会によって、平成12年から漸く学術的な研究がすすめられている段階である。また、昭和56年より疾患による死因トップであ

るがんへの対策という分野を見てみると、わが国政府においては、平成16年度より「第3次対がん10ヵ年総合戦略」に基づき、がん予防の推進及びがん医療の向上とそれを支える社会環境の整備を柱としてがん罹患率と死亡率の激減を目指し、がん研究の推進に加え質の高いがん医療を全国に普及することを目的にがん対策に取り組んできた。さらに、厚生労働省においては、平成17年度より「がん対策推進アクションプラン2005」によって、上述の「第3次対がん10ヵ年総合戦略」の具体的推進を図ってきている。しかしながら、がんが依然として国民の生命及び健康にとって重大な課題となっている現状に鑑み、そのより一層の推進を図るため平成19年4月1日、「がん対策基本法」が施行され、その第9条第1項により「がん対策推進基本計画」の策定に取り組もうとしているのである。

そこで、筆者としては、医療の情報弱者に対する支援や福祉という視点も加味した統合医療福祉情報という考え方で、統合医療福祉に関連する情報を如何に整備し、これをどのように活用すれば健康食品も含めた代替医療情報の有効性や安全性が担保されるのかという前提の下で、医療情報における知る者知らざる者の格差是正に資するべく今後の対応策の提言を以下に試みる。

〈統合医療福祉情報に関する提言〉

- ① 所管を内閣府とし、府内に統合医療福祉情報事務室を設置する。何故内閣府かということ、平成17年8月に発表された平成18年度に向けた内閣府本府重点施策の中に、学際的政策研究の推進が盛り込まれているからである。国民が安心して安全な医療を受けたり利用できたりすることは喫緊の課題であるし、そのためには諸制度・政策のかなめ的存在である内閣府が所管となり学際的に研究されることが望ましい。
- ② 統合医療福祉情報事務室の基本的な目的は、国民が統合医療を安心して安全に受療・利用できるようにするために、厚生労働省・総務省・文部科学省・経済産業省・法務省等の関

係省庁、地方自治体、大学や研究所等の教育研究機関、NPO・患者会等の市民団体、病院・医師会・弁護士会等の医療や法務の専門組織、経団連・商工会議所等の経済団体、出版・放送・インターネット検索エンジン運営会社等のメディア機関等々と、どのように連携して如何なる情報基盤を整備すればよいのかの検討をすることにある。

- ③ 統合医療福祉情報事務室での検討結果を叩き台として、上記関係先に対して統合医療福祉情報連絡協議会の設置を通知し参加を呼びかける。統合医療福祉情報連絡協議会の基本的な目的は、それぞれの専門領域や実際に代替医療を受療したり利用したりする立場から、如何にしたら国民が統合医療福祉情報を安全に有効活用できるのかという課題に対し、制度設計や政策立案等に関する議論や提案を積み重ねながら、これらの諸策を実行推進する機関として統合医療福祉情報センターの設立構想を纏め上げ、その内容を内閣総理大臣に提言するところにある。
- ④ 内閣総理大臣は、閣議にこの統合医療福祉情報センター設立構想の実現性を諮り、これを受けて関係省庁で統合医療福祉情報センターの所掌業務詳細を検討する。その結果により、実行可能な領域から関係省庁や地方自治体、教育研究機関、市民団体、医療や法務の専門組織、経済団体、メディア機関等々と連携しながら業務に着手する。
- ⑤ 統合医療福祉情報センターから WHO や NCCAM 等に呼びかけ、世界統合医療福祉情報基盤構築検討委員会を組織する。世界統合医療福祉情報とは、正統的現代医療のみならず、アーユルヴェーダやユナニ医学等の民族伝承医療、さらには情報弱者に対する支援や福祉という視点も加味した、世界における包括的な医療福祉情報を意味する。世界統合医療福祉情報基盤構築検討委員会の目的は、それぞれの組織や機関が保有する統合医療福祉情報のシームレスな情報基盤の協働構築により、世界統合医療福祉情報を世界市民が利

用できるためにはどうしたらよいのかということの検討に取り組むことである。検討結果を関係諸国の首脳に提言し、世界統合医療福祉情報基盤とデータベースの協働構築が可能かどうかを主要国首脳会議の議題のひとつとして取り上げられるよう働きかける。

- ⑥ 主要国首脳会議の構成メンバー国の首脳は、会議の結果をそれぞれの国へ持ち帰り、関連する行政や専門組織および研究機関等々と実行の可否について詳細綿密な検討に入る。その検討結果に基づいて、各国の首脳は、次回の主要国首脳会議で再度情報基盤とデータベースの協働構築の可能性について合意できる内容かどうかその大枠を検討する。もし、大枠で合意できるということであれば、世界統合医療福祉情報基盤構築検討委員会主導にて、情報基盤やデータベースの構築のために必要な人員・コンテンツ・予算等々を個別具体的に検討し世界統合医療福祉情報基盤構築プロジェクトとして纏め上げ、各国首脳へそのプランを提出し人員の派遣やコンテンツの検討や制作への協力、予算に対する応分負担の方針決済等々を取り付ける。
- ⑦ 人員、コンテンツ、予算等々がある程度固まったら、パイロットランを開始するための具体的作業に取り掛かる。作業完了と共に、関係各国の首脳を始め、関連する諸機関や様々な組織の前で、同時にパイロットランを開始する。
- ⑧ パイロットランの稼働状況をみて、問題点や奏効しづらい点を分析し、対策を協議し、必要に応じて数度の試行錯誤を繰り返す中で本格稼働時期の目標を設定する。本格的にシステムが稼働する際には、国連を通じ世界中への PR を図る。

以上、ささやかな提言ではあるが、世界統合医療福祉情報基盤の構築により、世界市民の誰もが安心して安全な統合医療福祉情報を入手・活用できることが究極のテーマである。しかしながら、世界統合医療福祉情報基盤構築への道程は、容易ではなからうし予想も出来ない相当な年月が掛か

るかもしれない。したがって、出来るところからでも早速取り組むということでもいいのではなかろうか。すなわち、実際に開始するのは統合医療福祉情報事務所の設置からというもので、まずは、わが国の国民が統合医療を安心して安全に受療・利用できるようにするために、関係省庁、地方自治体、教育研究機関、市民団体、医療や法務の専門組織、経済団体、メディア機関等々と、どのように連携して如何なる情報基盤を整備すればよいのかを地道に検討することからでも早急に着手することを重ねて提言したい。

さて、本論文を通して、医学的や経済学的な論及や分析が、どの程度できたのかは不安を拭いきれず、今後ご反論やご批判を賜りたいが、代替医療という未成熟な研究領域における学際的な研究の意味や意義を検討する嚆矢となれば幸いである。また、代替医療を単一指向的に照射するのではなく、医療は誰のためにあるのかという本質的な課題をメルクマールとしながら、正統的現代医療や民族伝承医療における情報のあり方まで裾野を拡げ、包括的且つ学際的な医療情報研究が進化することを願う一市民として、誠に微力ながら、より1歩踏み込んだ研究や提言に今後とも関わりを持ち続けたいと切望する。

《注》

- (1) 厚生労働省調査結果「日本人の平均余命（平成17年8月5日修正後）『簡易生命表』」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life04/1.html>（最終アクセス2005.11.14）
- (2) 総務省統計局「人口推計資料（No.76）」第3表（5歳階級及び3区分）によると、平成12年時点で、65歳以上の人口の割合は全体の17.36%を占めている。
- (3) 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」平成16年7月30日を参照。
- (4) 厚生労働省報道発表資料『社会保障の給付と負担の見直し——平成16年5月推計——』平成16年5月を参照。2004年度は予算ベースで、国民所得比7%である。
- (5) 平成16年度『厚生労働白書』（第3章「安全で納得できる医療の確立をめざして」、第3節「患者と医療従事者の信頼関係の強化」（125-132頁）

を参照。

- (6) 前掲平成16年度「厚生労働白書」において、セカンドオピニオンなど第三者の意見を求めることが実際にできているのは調査対象全体の17.9%であった。
- (7) 歴史的にみると、西洋医療も東洋医療も原点はアーユルヴェーダというおよそ5000年前の古代インド医療に遡る。
- (8) 1971年に当時のニクソン大統領の中国訪問に随行した *The New York Times* のコラムニスト James Reston が、同紙の第1面に自らの鍼治療体験および鍼麻酔に関する記事を掲載してから西洋医学以外の治療法が“代替的（alternative）”として欧米において注目され始めた。その後30年の経緯の中で、alternative medicine（代替医療）または complementary and alternative medicine（補完・代替医療）、integrative medicine（統合医療）という用語が一般的に使われるようになった。
- (9) <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/index.htm>（2005年12月2日アクセス）より抜粋した。アメリカでは、代替医療の研究のために、1992年に国立衛生研究所（National Institutes of Health：以下NIHと称する）の中に代替医療事務室（Office of Alternative Medicine：以下OAMと称する）が設置され、このOAMが1998年に国立補完代替医療センター（National Center for Complementary and Alternative Medicine：以下NCCAMと称する）に昇格した。
- (10) 第2回「日本代替医療学会」基調講演（1999年）より抜粋した。
<http://www3.nsknet.or.jp/~jam/index.html>（2002年1月7日アクセス）を参考にした。1998年11月に代替医療に関する学術会議として「日本代替医療学会」が開催された。その後、2000年4月に「日本補完代替医療学会」と名称を変更している。
- (11) 水木信之、*JAM News Letter*, Vol. 4, No. 1, pp. 8-12, 2001, 日本補完代替医療学会を参照。当時は、JAM（Japan Alternative Medicine）と表記されていたが、現在では、JCAM（Japan Complementary and Alternative Medicine）と表記されている。
NCCAM発表の研究領域の分類については、
<http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/index.htm#sup2>（2005年12月2日アクセス）を参照。
- (12) Pelletier, K. R., Marie, A., Krasner, M.,

- Haskell, W. L., Current trends in the integration and reimbursement of complementary and alternative medicine by managed care, insurance carriers, and hospital providers, *American Journal of Health Promotion*, Nov-Dec; 12(2): 112-22, 1997.
- (13) 今西二郎編集『医療従事者のための補完・代替医療』金芳堂, 2003年, 5-6頁を参照。
- (14) 小内亨「第2章 科学的評価に基づいた適切な代替医療を選択するために」鈴木信孝編著『適切な代替医療』2001年, 30-31頁を参照。
- (15) 渥美和彦, 廣瀬輝夫『代替医療のすすめ』日本医療企画, 2001年, 2-3頁を参照。
- (16) 中村直行「医療情報から見た補完・代替療法」社会情報システム学研究会『学術講演論文集』2004年, 16-18頁を参照。
- (17) 筆者は2000年1月より医療福祉分野のNPO法人でセカンドオピニオンや啓蒙活動を中心とする非営利活動に従事し, およそ600人の患者やご家族に対して医療相談支援業務をしてきた。この活動の中で, 患者やご家族がその時点で掛かっておられる医者や医療機関に遠慮して診断書, 検査結果, 診療経過報告書等々を請求できなかったり, 医師や医療機関から情報の開示を拒否され違う医療機関で再度検査をし直したりするというケースも少なくなかった。
- (18) わが国の場合, 漢方は代替医療として取り扱われていないが, 文脈の一貫性を保持するため, NCCAMのパラダイムに沿って現状を整理した。
- (19) 今西二郎編集『医療従事者のための補完・代替医療』金芳堂, 2003年, 4頁, 71-393頁を参照。
- (20) 日本東洋医学会をはじめとする東洋医学関係者にとってみれば, 西洋医学に対して東洋医学があるという考え方が主流であり, 決して代替や補完的な医療という発想はない。
- (21) Pub Medは, 従来のMEDLINEと基本的には同じデータベースで, 日本の雑誌は約150誌が収録されている。Cochrane Libraryは, 1992年にイギリスのNational Health Service (NHS)の一環として発足したCochrane Collaboration (コクラン共同計画)が, その成果Cochrane Database of Systematic Reviewと関連する資料をインターネットとCD-ROMで提供しているものである。Pub MedもCochrane Libraryも検索は, 「AND」で実施した。
- (22) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Pager&DB=pubmed> (2006年5月9日アクセス)を参照。
- (23) 注(22)と同じ。
- (24) 「New England Journal of Medicine」Unconventional medicine in the United States 1993年, 328巻4号, 246-252頁を参照。
- (25) <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME> (2006年5月22日アクセス)を参照。
- (26) http://www.gov-online.go.jp/news/office/mhlw/mhlw_200508.html (2006年5月22日アクセス)を参照。平成13年度は, 平成14年度より1,491億円多い31兆998億円であった。平成15年度は, 平成13年度に比べても4,377億円増加している。
- (27) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/03/gaiyou.html> (2006年5月22日アクセス)を参照。
- (28) ただし, わが国においては, 漢方調剤や柔道整復等は保険の適用内であり, 国民医療費に包含されている。逆に, 欧米においては漢方調剤や柔道整復が保険に含まれない代わりに, ホメオパシーやオステオパシーは保険の適用が実施されている。
- (29) <http://www2.ttcn.ne.jp/~honkawa/1890.html> (2006年5月24日アクセス)を参照。
- (30) 小野直哉「補完・代替医療と医療経済」今西二郎編集『医療従事者のための補完・代替医療』金芳堂, 2003年, 39頁を参照。
- (31) <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2005/zenbun/html/H1152000.html> (2006年5月29日アクセス)を参照。
- (32) 『2003年版 代替医療市場の実態と将来予測』矢野経済研究所, 2002年, 11頁を参照。この調査を実施するにあたり, 筆者は同研究所から依頼されヒヤリングに協力した。
- (33) 『2003年版 代替医療市場の実態と将来予測』矢野経済研究所, 2002年, 17-18頁を参照。同報告書によると, 2002年時点で漢方薬の市場規模は1,076億円と推計されている。
- (34) 糸川嘉則「健康食品」今西二郎編集『代替医療のいま』医歯薬出版, 2000年, 89-92頁を参照。
- (35) <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/hokenkinou/index.html> (2006年6月12日アクセス)を参照。
- (36) <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/hokenkinou/tekiseturiyou.html> (2006年6月12日アクセス)を参照。
- (37) <http://www-bm.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0423-6b2.html#a> (2006年6月12日アクセス)を参照。

- (38) 糸川嘉則「健康食品」今西二郎編集『代替医療のいま』医歯薬出版, 2000年, 89-92頁を参照。
- (39) http://www.env.go.jp/nature/onsen/use_chrono.html (2006年6月12日アクセス) を参照。
- (40) 2006年6月13日経済産業省および国土交通省へ直接連絡し, 関係資料や報告書の有無を確認した。経済産業省にはこの種の統計資料はなく, 国土交通省へ確認することを薦められた。国土交通省では観光産業全体の統計資料は存在するも, 温泉に限定した統計資料や報告書はこの時点でなかった。
- (41) 『2003年版 代替医療市場の実態と将来予測』矢野経済研究所, 2002年, 125-126頁を参照。
- (42) <http://www.onsen-nintei.jp/> (2006年6月13日アクセス) を参照。
- (43) <http://www.houko.com/00/01/S23/205.HTM#s4> (2006年6月13日アクセス) を参照。
- (44) <http://www.nikkei.co.jp/report/sv11.html> (2006年6月14日アクセス) を参照。
- (45) <http://www.bbhn.jp/~aoyama-t/harimasinbun/gyokai/tekihatsu00.htm> (2006年6月14日アクセス) を参照。
- (46) 『2003年版 代替医療市場の実態と将来予測』矢野経済研究所, 2002年, 89頁を参照。
- (47) http://www.harikyuu.or.jp/ge_insurance.html (2006年6月14日アクセス) を参照。
- (48) <http://www.c-f-j.org/what.index.htm> (2006年6月14日アクセス) を参照。
- (49) <http://www.c-f-j.org/action.index.htm> (2006年6月14日アクセス) を参照。
- (50) <http://homepage3.nifty.com/mado5/n-cafeteria.html> (2006年6月14日アクセス) およびhttp://www.jreast.co.jp/life_service/station/other.html (2006年6月14日アクセス) を参照。
- (51) 客単価は平均して1時間当たり6,000円程度である。実際に東北新幹線内のトレインマッサージでは, 15分で1,600円であった。
- (52) http://www.wdbtk.mhlw.go.jp/IPPAN/ippan/scm_k_Ichiran (2006年6月16日アクセス) を参照したのだが, 施術所数に関しては, 1996年以降となっている。
- (53) 『2003年版 代替医療市場の実態と将来予測』矢野経済研究所, 2002年, 17-18頁を参照。
- (54) Yamashita, H., Tsukayama, H., Sugishita, C., Popularity of complementary and alternative medicine in Japan: a telephone survey. *Complementary Therapies in Medicine* (2002) 10: 1-10, 2002, および山下 仁, 津嘉山洋: 日本における補完代替医療の普及状況——「バブル」「混玉石混淆」「エビデンス」——。医道の日本1月号: 151-157, 2003に詳細が掲載されている。
- (55) 2001年に20歳から79歳までの日本人の男女1,000人を対象に電話調査したもので, その結果過去1年間に76%の日本人が何らかの代替医療を利用したことがあるというものである。
- (56) 熊本県小国町に住む35~64歳の町民3,501人全員を対象に, 代替医療に関連して「漢方薬」「栄養補助食品/健康食品(カルシウム・ビタミンなど)」「鍼灸」「気功/太極拳」「温泉」等々について使用頻度を聞いたところ, 調査対象の約57%(温泉を含めると約8割)が温泉以外の何らかの代替医療を実施していることが明らかとなったとしている。
- (57) <http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2004np/index.htm> (2006年6月19日アクセス) を参照。
- (58) 筆者はこの研究班の研究協力者として, 2002~2005年まで「おもにインターネットによる代替療法情報の発信状況」について調査および分析を担当した。
- (59) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/02syoubu/xls/hyo.xls> (2006年6月20日アクセス) を参照。
- (60) 今西二郎編集『医療従事者のための補完・代替医療』金芳堂, 2003年, 48頁を参照。
- (61) Eisenberg *et al.*, Abstract Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997, Results of a Follow-up National Survey, November 11, 1998, 280 (18) 1569.htm 所収。
- (62) 『2003年版 代替医療市場の実態と将来予測』矢野経済研究所, 2002年, 45頁を参照。
- (63) 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0518-8.html> (2007年6月12日アクセス) を参照。

《Summary》

The present condition and its market size
of the alternative medicine of our country

NAKAMURA Naoyuki

Western medical treatment is present global standard medical treatment, and it has the history which goes back to Hippocrates of 2300 years ago. The medical treatment of our country incorporated the Oriental medical treatment which has 3000 years of history in this Western medical treatment, and has accomplished rapid progress as legitimate present age medical treatment.

Although striven medical workers enrich the medical support environment to a patient by Evidence Based Medicine, Informed Consent, Second Opinion, etc. based on the scientific basis by the pile of a vast quantity of medical treatment data There is a domain which mainly has been attracting attention from the non-medical person since 1970s. It is alternative medicine.

The purpose of this paper is to focus on alternative medicine, to consider the viewpoint and point of argument of precedence research in this field, to study the alternative medicine industrial market of our country, and to draw a measure in a problem or a subject.

As a result, this research proved that there are various problems and subjects in the alternative medicine of our country. Furthermore, it was also able to propose creating global integrative medicine and welfare infrastructure.

Keywords: alternative medicine, evidence, market, medical information, network