

第3節 健康管理システムにおける ナチュロパシーの実践と実施

エイミー・スチール, ND PhD

主な内容

- 自然療法に関連する直接的なリスクは、ごくまれにしか報告されておらず、その大部分は軽微なものである。
- 自然療法は、特に長期にわたる慢性疾患や、疾患負荷の高い人に対しては、費用対効果が高い。
- 自然療法士/NDは、ライフステージを通じて多様な慢性・急性健康状態に対するヘルスケアを提供し、予防・緩和ケアをサポートしており、患者の4人に3人が非感染性疾患の対策として自然療法士によるケアを求めています。
- 自然療法士は世界的に大きな存在感を示していますが、自然療法相談の普及率に関するデータは限られています。世界の自然療法士は毎月550万人以上の患者を診察していると推定されています。
- 世界には100以上の自然療法コミュニティクリニックがあり、社会から疎外された人々や十分なサービスを受けていない人々に医療を提供しています。
- 自然療法士/NDは、様々な形で地域社会の教育や健康増進活動に積極的に取り組んでおり、地域社会の健康リテラシーを高めることを目的とした公衆衛生活動を支援することができます。
- 自然療法士・NDは、臨床の場で様々な知識や情報を活用し、他者からだけでなく、他者へも積極的に知識を動員します。

自然療法士・NDは、臨床の場で様々な知識や情報を活用し、他者からだけでなく、他者へも積極的に知識を動員します。

自然療法の治療法と実践に関連する臨床成果を説明する広範なエビデンスがあり、自然療法実践の他の多くの側面を検討する広範なエビデンスベースは、世界のヘルスケアシステムに自然療法/自然医学がどのように適合しうるかの指針を提供するものです。

医療従事者を最適化し、自然療法士/自然療法医を政策、プログラム、地域利益のためのサービスに統合する最善の方法を理解しようとする政策立案者やその他の関係者は、現代の自然療法実践の文脈でこの証拠を考慮する必要があります。以下は、このセクションの各章のハイライトである。

自然療法診療の安全性とリスク（第7章）は、自然療法診療に関連するリスクの主なカテゴリーを説明し、これらは広い診療範囲を採用する他の医療専門職と同様であることを報告している。自然療法診療に関連するリスクは、主に自然療法士/自然療法医のプライマリーケア診療の状況や彼らの「商売道具」に起因するものである。

- 自然療法に関連する直接的なリスクは、ごくまれにしか報告されておらず、その大部分は軽微なものである。
- 自然療法士という職業がもたらすその他のリスクには、不正な開業医や「自然療法士」という肩書きの共同利用による自然療法ケアの不当表示などがあります。後者は、自然療法専門職の免許の問題や、メディアにおける不正確な報道によって、さらに影響を受ける。

自然療法ケアの経済学（第8章）は、自然療法ケアの費用対効果についてのレビューを提供している。自然療法の介入に関する数少ない経済評価は、特に長期的かつ慢性的なアウトカムや、より高い疾患負担を持つ人々に対して、自然療法が費用対効果に優れていることを確実に示している。

- 自然療法による社会的経済効果として、プレゼンティズムの改善や欠勤率の低下、一人当たりの保険料総額の減少などが研究により示唆されています。また、集学的環境における補完療法の統合は、一般入院患者、腫瘍患者、疼痛患者において、同等以上の臨床成果を上げながら医療費を削減する能力を示しており、このような知見は、集学的環境における自然療法士/自然療法医の有益な役割を示唆するものである。
- 自然療法は、世界的に、主に第三者保険会社または自己負担によってカバーされています。政府資金によるものではなく、消費者によるものです。プログラムです。複数の国で政府主導の自然療法は限定的なものです。特定の集団のため、または(退役軍人のケアなど)、または状況(労働者のケアなど)。

自然療法患者に関する国際調査と実践（第9章）より抜粋して紹介します。というタイトルの査読付き研究論文。

自然療法診療と患者の特徴：結果 14カ国における横断的な調査から"と記載されています。自然療法士の実践行動と患者さんの特徴。

- 自然療法士/NDは幅広い症状に対応しています 患者の70%以上が慢性疾患を抱えておりを使用します。

第3節 健康管理システムにおけるナチュロパシーの実践と実施

- また、自然療法士/NDは急性疾患の治療や予防・緩和ケアにも力を注いでいます。
- 一般的な自然療法の診察では、平均して4種類の自然療法、治療法、実践法の処方、推奨、使用を伴います。
- 自然療法士/NDは、プライマリーケアとして、また他のヘルスケアプロバイダーと協力して、幅広い健康状態を治療します。

自然療法士/自然療法医への相談の国際的な有病率（第10章）は、相談の有病率を報告する利用可能な研究をレビューしている。一般人口における自然療法士/自然療法医との接触。自然療法士は世界的に大きな存在感を示しているが、そのデータは限られている。自然療法相談の普及率について。

- 自然療法士による診察の12ヶ月間の有病率は、一般人口の1%（米国）から6%（欧州・西太平洋地域）であったが、地域間および地域内で大きな差がある。これは、さまざまな政策、法律、社会的要因によるものと考えられます。

自然療法ケアにおけるアクセスと公平性（第11章）は、無料または低コストの自然療法ケアを提供する自然療法コミュニティクリニック（NCC）の重要な役割について論じた査読付き研究論文「Naturopathic community clinics: international cross-sectional survey」の要約版である。

- 世界には100以上のNCCが存在します。NCCは30年以上にわたって、さまざまな自然療法教育機関を通じて提供されてきました。
- NCCは、低所得者層、移民、難民、ホームレス経験者、先住民、HIV/AIDS患者、依存症や薬物使用者、トランスジェンダーやノンバイナリーなど多様な性別の人々など、十分なサービスを受けられず、弱い立場にあり、社会から疎外されている人々を対象としています。
- NCCは、一般的な自然療法診療と同様の自然療法ケアを提供し、慢性および急性症状の両方を治療します。
- 消化器、精神、内分泌、筋骨格系の症状が、NCCを訪れる人々の最も一般的な症状です。

地域社会の教育と健康増進活動（第12章）は、査読付き研究論文「自然療法士/自然療法医の地域社会教育と健康増進活動：国際横断調査の結果」の結果を示し、地域社会の教育と健康増進について報告している。自然療法士/ナチュロパシー・ドクターの取り組みを紹介します。

自然療法士/NDは、健康リテラシーを向上させるために、いくつかの教育ツールを、多くの場合、患者や消費者に無償で使用しています。使用されるツールは、健康行動を変える方法、セルフケアのガイドラインを提供する方法、健康不安を管理する方法、そして将来の健康問題を予防する

主なツールには、情報シートや配布資料、ソーシャルネットワークや専門家ネットワークでの地域社会のコミュニケーション、会員向けの情報講演会などがあります。

自然療法士/NDのもとを訪れた人は、より積極的な健康行動に取り組む意欲を持つ可能性があるという研究結果が出ています。このように、患者中心の教育と意欲的な患者集団の組み合わせは、自然療法士が行

う地域教育活動が、その患者集団に著しい影響を与えることを意味しているのかもしれない。

自然療法臨床における知識と情報の動員（第13章）は、「自然療法士の臨床における知識と情報の動員：国際横断調査」と題する査読付き研究論文の要約版であり、自然療法士/自然療法医が臨床において知識と情報を使用し共有する方法を検証している。

- 自然療法士/NDは、発表された研究、伝統的な知識、臨床経験、そして患者自身の健康に関する専門知識など、多様な情報源から知識を得て、臨床上的意思決定を行っています。
- 自然療法士は、自分の知識を患者やより広いコミュニティと積極的に共有していると報告しており、知識の仲介者として機能している可能性が示唆されている。

7 自然療法診療の安全性とリスク

ジョン・ウォードル, ND PhD

主な内容

- 自然療法に関連する直接的なリスクは、ごくまれにしか報告されておらず、その大部分は軽微なものである。
- 無免許の施術者は、より高いリスクプロファイルを持っているようです。
- 自然療法士"という用語は、職業認可のない管轄区域で共同使用されており、一般市民をより多くのリスクにさらしている。
- 自然療法のリスクに関するメディア報道を分析すると、報道はしばしば、議論されている状況のメリットを正当化することなく、また客観的な分析を含むことなく、批判的であることが示唆される。
- 自然療法の実践は、専門的で資格のある自然療法士が行う場合は安全であり、患者の安全性は管轄区域内の教育水準と規制設定に大きく依存する。

どのような診療行為や健康介入の提供についても、その相対的なメリットを十分に理解し評価するために、意思決定者はその使用に伴う様々な潜在的リスクを念頭に置く必要があります。すべての医療行為には、潜在的な利益と比較し、適切な使用を決定する際に考慮しなければならない何らかのリスクがある。予防可能なリスクは、適切な臨床、規制、政策の枠組みが整備されたときに最小化される。自然療法/ナチュロパシー医学も例外ではなく、その実践の規制は、リスクを最小化するための効果的な手段である [1]。自然療法の実践に関連する主なリスクの種類は、幅広い実践範囲を採用する他の医療専門職のものと同様であり、主に商売道具と彼らが働くプライマリーケアの文脈から生じる [2, 3]。しかし、規制監督のない管轄区域では、非自然療法士による自然療法ケアの不当表示も一般市民へのリスクとなる。

自然療法の実践がより低リスクの介入に焦点を当てていることは、自然療法実践が比較的安全で低リスクの実践と考えられることを意味するが、いくつかの害が時折発生する可能性がある。このレビューは、自然療法診療による有害事象と害を具体的に報告するエビデンスに焦点を当てている。発表された文献、症例報告、法的データベースの系統的な検索によって特定された、自然療法実践から生じる有害事象と合併症に関するエビデンスが含まれています。

自然療法診療に関連するリスク

次のセクションでは、自然療法ケアのリスクに焦点を当てた現代研究の概要を説明します。オーストラリアで行われた労働力調査、リスクや副作用を強調した事例研究のレビュー、所見に副作用を含む自然療法発表事例研究の概要、不正開業医に関する特定事例、報告された自然療法による死亡事例の概要が含まれています。

リスクの分類

リスクは、直接リスク、間接リスク、非健康リスクに分類される [4]。直接リスクはヘルスケアの提供に直接関連するもので、自然療法/ナチュロパシー医学では非常にまれにしか報告されていない。自然療法/ナチュロパシー医学に関連する直接リスクの例としては、植物性医薬品の使用による潜在的な肝毒性や相互作用、熱の適用を伴う治療による火傷などが挙げられる。プライマリーヘルスケアの幅広い診療範囲を持つ治療的な折衷的な職業として、自然療法士/自然療法医が使用する各治療様式や診療には、それ固有の関連リスクがあります。間接的なリスクとは、医療介入や計画や実行の誤りによって引き起こされないリスクであり、しばしば不作為の行為と呼ばれる [5]。間接的なリスクには、他の効果的な医療サービスの利用不足や拒絶をもたらすケアの独占による機会費用や、診断の遅れ、適切な治療の提供の失敗、治療量以下の薬の使用などの質の問題がある。非健康リスクもまた、以下のようなリスクと定義される。患者または消費者に害を及ぼす医療サービスの利用 健康とは関係のない形で、最も一般的には次のような形で現れます。医療費の結果としての経済的損害として または患者からの金銭的搾取。

有害事象の発生 自然療法の 全体的な実践 研究内容

オーストラリアの大規模な全国的労働力調査により、以下のことが明らかになりました。自然療法の実践による有害事象の発生率は 規制を検討する大規模なプロジェクトの一環として実施されました。自然療法士という職業に必要な条件として ビクトリア州[6]。有害事象に関する5つの調査項目 自然療法の業務全体、そして特にその業務に関連するイベント 臨床栄養学と漢方医学の実践のために。

自然療法士/自然療法医には、診療期間中に有害事象が発生した回数を記入するよう求めた。調査参加者が報告した最も一般的な有害事象は、軽度の胃腸症状（報告された有害事象全体の44.7%）、頭痛（9.1%）、著しい皮膚反応（4.2%）、嘔吐や吐き気などの著しい胃腸症状（2.9%）または痛み（2.8%）であった。また、報告された有害事象のうち82件（1.1%）で病院への紹介が必要とされました。859人の自然療法士の調査結果を分析した結果、オーストラリアの自然療法士は、1人年当たり平均1.2件の有害事象があり、1,000人の診察につき2.3件の有害事象があることが示唆されました。ただし、より重篤な有害事象を考慮し、軽度の胃腸症状を分析対象から除外していることに留意する必要があります。軽度の胃腸症状を含めると、記載されている数値はほぼ2倍になります。このような数字は、自然療法/ナチュロパシー医学が不適切に実践された場合、潜在的な有害事象のリスクがあることを示しています。しかし、これらの結果は、長期的な研究により1000人年当たり少なくとも6.0件の有害事象が確認されている従来の医療プライマリーケアの研究 [7] や、1000件の診察当たり75.4件の有害事象が確認されている伝統的な中国医学の研究と比較しても好ましいもので、主に鍼治療に関連しています[8]。

自然療法による有害事象を報告したケーススタディ

自然療法の実践による有害事象に焦点を当てた研究事例報告が8件、査読付き文献に掲載されています。米国（n=4）、オーストラリア（n=1）、ドイツ（n=1）、カナダ（n=1）、香港（n=1）からの報告であった。報告された有害事象は、特定の療法（漢方薬（n=4）、臨床栄養（n=3）、遅延ケアによる有害（n=1））の不適切な使用または害から生じたものであった。以下は、それらの知見の要約である。

- 米国のある症例報告では、自然療法士が推奨する生ニンニク湿布を足に貼ることで火傷と蜂巣炎が発生した証拠が示されている[9]。
- ドイツの事例では、自然療法医によるビタミンCの静脈内投与後、衛生管理の不備から重度のSerratia liquefaciens敗血症になったことが報告されている[10]。
- オーストラリアの症例報告では、治療した自然療法士が他の治療を敬遠してコンフリー湿布と食事療法を選択した後、頭部外傷が巨大なびらん性病変に進行した症例が取り上げられている[11]。
- 癌の治療のために非放射性塩化セシウムを自然療法士から処方された後に、Torsade de Pointes（潜

在的に致命的な心室頻拍）の香港のケースレポートが報告されました[12]。

- 自然療法士による加熱したマスタード湿布の処方による火傷から生じた慢性的な色素沈着の米国での症例報告[13]。
- 静脈血栓症、甲状腺機能亢進症、性腺刺激ホルモン欠乏症のアメリカの症例報告は、アンチエイジングの一環で自然療法士が処方したサプリメント薬の使用に起因するものであった[14]。
- 骨髄移植患者における肝性ムコルミオコーシス（真菌感染）の米国での症例報告は、自然療法士から提供されたキノコの濃縮エキスの摂取が原因であった[15]。
- カナダの事例では、自然療法士が処方した複合サプリメントの使用により、薬剤性肝炎を発症したことが報告されています[16]。

文献には、「自然療法」製品または実践の有害事象に関するさらなる事例報告がありましたが、さらなる分析の結果、自然療法とは無関係であることが判明しました。例えば、最近のレビューでは、他の医療専門家（例：従来の医療従事者）が自己処方または使用しているにもかかわらず、診療または製品を自然療法と特定したいくつかの事例研究が確認された[17]。これらは、自然療法の実践や特定の自然療法士・自然療法医との関連性よりも、自然療法の同義語として「自然療法」が使用された結果であることが多い。

自然療法研究からの有害事象報告

症例報告は、発表された文献の中で有害事象を記録するための好ましい出口の一つである[18]。2017年、18の自然療法症例研究のレビューで、約3分の1が有害事象の報告に関するものであることがわかりました[17]。自然療法研究者が行ったオリジナルの臨床研究の分析（セクション5と6を参照）では、多くの研究が有害事象を評価し、ほとんどの試験では、重度または臨床的に重大な有害事象がない、または対照群と自然療法介入群のいずれにおいても有害事象に差がないことが報告されています[19]。また、個々の自然療法研究の中には、特定の療法や介入による有害事象を報告しているものもある。これらには、主要アウトカムにおける症状スコアの悪化を示す結果が含まれ、アセチル-L-カルニチン処方に関連した化学療法誘発性末梢神経障害の増加[20]が2年後にも持続した。

[21]、および心臓の予後を改善する目的で処方されたハーブの介入（サンザシ特別抽出物WS 1442）に関連した心不全への進行の増加[22]がありました。その他の研究では、以下のような主要アウトカムとは無関係の有害事象が確認された：乳がんの女性における孤立した不安のエピソード免疫反応を改善するためにキノコのTrametes versicolorの凍結乾燥エキスを投与した場合[23]、がんに関連する疲労に対して自分で行う指圧に関連した重大な打撲[24]、分離した植物化学物質aを20mg/kg体重まで増やす段階的処方に関するアナフィラキシーの発生1件を含む高い有害事象発生率がありました[25]。

その他の試験では、有害事象が確認されました。主要評価項目とは無関係な事象として、以下のものがあります。乳がんの女性における不安のエピソード キノコTrametesの凍結乾燥エキスを投与した。パーシコロールは、免疫反応を改善するために使用される[23]。のための自己管理指圧に関連する打撲傷。がん関連疲労[24]、高い有害事象の発生率 アナフィラキシー1件を含む事象が発生しました。を段階的に増加させるレジメンを処方したこと。を20mg/kg 体重まで摂取した。アンドログラフォラ

イド（アンドログラフィス・パニキュラータ由来）の試験で、免疫反応の改善も確認されました。HIV感染者[25]、腹痛、下痢および23名の患者を対象とした試験で、逆流（n=1）および痛風（n=2）が確認されました。緑イ貝を変形性関節症に使用する。または胃腸の心配がある[26]。

悪徳開業医

自然療法診療のリスクの中には、以下のようなものがあります。不正な施術者が自分の範囲を超えて施術すること。ほとんどの場合、その自然療法士によって対処されています。規制当局が、時にはさらに広範な裁判制度にまで発展しています。例えば米国対ファインゴールド裁判 米国裁判所は、米国で起きた犯罪に対する有罪判決を支持しました。アリゾナ州の自然療法医を不法行為で逮捕した。麻薬(オピオイド)薬の流通。同州の自然療法士は、特に以下のような特徴があります。することを禁じている[27]。United States v Livdahlでは、米国の裁判所は、アリゾナ州の別の裁判所に対する有罪判決を支持しました。自然療法士が未承認のA型ボツリヌス毒素を販売した。FDA認可の医薬品であると偽っていた [28]。自然療法が行われている地域でも が許可されているにもかかわらず、少数の開業医が関連する法律によって裁判所は、公衆を危険にさらす行為をしていると判断した。を表示することにより、業務範囲外であることを表明している。専門医でないにもかかわらず、専門医であるかのように装う 例えば、オーストラリアで起きた事件である マラグチ対オーチャード裁判では、規制当局の訴えにより、以下のことが禁止されました。自然療法士が、その資格を持たずに腫瘍専門医と名乗った場合 専門医の資格は支持された[29]。裁判所は また、専門家ではない行為で開業医を処分することもあります。と職業上の不正行為。ドイツの裁判所は 自然療法士は、患者への警告を怠ったとして責任を負うことがある。治療によって引き起こされる可能性のある二次的な害について。例えば、お灸で皮膚に水泡ができることがある。[30]、これらのリスクを伝えなかったことが原因です。専門家としてあるまじき行為と見なされている。アメリカのベイリー事件では v アーカンソー州 心神喪失で条件付釈放された者 処方された薬の服用に基づき、再発した。その結果、そのような薬物を中止した後、法的措置がとられた 自然療法士のアドバイスに基づき、自然療法士に依頼しました。裁判所は、この行為を業務上の不正行為として強調しました。とはいえ、この開業医は、管轄内であった[31]そのような人ではないので、処分はされませんでした。また、裁判所は 自然療法士による刑事犯罪を扱った。オーストラリアの 自然療法士は、複数の性的行為で有罪になった。患者に対する暴行と強姦 患者からの苦情は、当初 に関する詐欺的な表現により、行動を起こさなかった。性行為の医学的性質について[32]。

不正な自然療法士／自然療法士の存在 法廷に立つ医師は、その文脈で見る必要がある。重要なプライマリー・プラクティショナーとして高度に利用されている。を行うことができ、犯罪の種類は似て非なるものである。他の医療従事者と同じです。例えば、あるカナダで刑事告訴された医療専門職のレビュー 専門家としての誤りに関連した過失の疑いで 自然療法士がこのようにケースに巻き込まれるのは 他の医学・非医学分野と比較して の職業は、その規模からすると予想以上ではありませんでした。とその職業の範囲 [33]。過失がある場合 自然療法士/自然療法医が、以下のような

結果を招いたことがある。刑事裁判（例：医療過失致死罪）[34, 35]、これは他の規制がないことが主な原因であった。自然療法士は無登録の職業です。多くの国で専門職があり、他の手段はほとんどない。他の職業で利用できるような法的手段を利用できる) [36, 37]、特定の、あるいは固有の要因というよりも 自然療法の実践に関連した、または、自然療法の実践に関連した、または、自然療法の実践に関連した 他の医療専門職に比べて、より多くの不正開業医がいるのグループです。適切な規制体制の構築 自然療法診療の安全性を向上させる可能性が高い。自然療法士が関与する事件の数を減らすことができます。

自然療法ケアによる死亡例

コミュニケーションの断絶、診断ミス、判断の誤り、不十分な技術などは、患者への危害だけでなく死亡にも直結し、医療過誤は世界的に見ても医療における重要な死亡原因である [38]。世界中で11万人以上の施術者が実践しているが、自然療法の治療エラーに起因する死亡は極めてまれである。2000年以来、自然療法診療に起因する死亡は、医学および法律の文献に公的に報告された9件のみである。報告された死亡例のうち4つは、薬剤の静脈内投与による反応に起因するものである。

- 2003年には、冠動脈疾患、頭蓋内疾患、傷害などの所見がない53歳の女性が、米国（オレゴン州）の自然療法クリニックで、重金属を体外に排出するキレーション療法EDTAを静注した後、死亡している。死因はEDTA治療に伴う低カルシウム血症による心不全と判断された[39]。
- カナダのR. v. Javanmardiのケースでは、ケベックの自然療法士が行った栄養剤の静脈注射が緩和ケアを受けていた患者の死因とされたが、自然療法士に刑事上の過失は認められていない[40]。
- 2017年の別の米国（カリフォルニア州）の事例報告では、自然療法クリニックでアレルギー治療のために提供されたクルクミン溶液の注入による副作用の後、蘇生が長引き、二次的に無酸素脳症で31歳の女性が死亡したことが詳細に報告されている[41]。
- カナダ（オンタリオ州）の自然療法クリニックで、統合的がん治療の一環として術後サポートのためにセレンを含む組織・創傷治療剤を静脈内投与した際に、確立されたプロトコルに従わなかったことが患者の死亡と関連した。この患者は過去に12回、問題なくこの製剤を投与されていたが、「マイクログラム」ではなく「ミリグラム」と記録したことによる調査ミスで、致命的な過剰摂取を受けた [42]。

他の死因はオーストラリアからの3件で、1件はがん治療におけるケアの独占によるもの、もう1件は過剰な熱、水治療、断食治療による腎不全によるもの [36]、3件目は43歳の自然療法患者の頸椎操作後の椎骨動脈解離による死亡 [43] であった。日本の事例報告では、急性リンパ性白血病の2歳の乳児の死が取り上げられており、その予後は、両親が従来のがん治療をすべて拒否し、自然療法を利用したという事実によって悪化したと考えられている。唯一の選択肢とした [44]。ニュージーランドの女性は、自然療法士によって行われた結腸洗浄中に受けた直腸穿孔による敗血症のため、多臓器不全の結果として死亡した [45]。

自然療法ケアにおける不当表示

自然医療への関心の高まりと自然療法の教育水準や規制は多様化していますが、「自然療法」という言葉を使いこなす施術者、無免許の自然療法士の存在、誤解を招くメディアの傾向など、自然療法に特有の、あるいはより一般的なリスクも存在しています。

"ナチュロパス"という用語の共同使用について

自然療法が規制されていない地域では、"ナチュロパス"という用語の共同使用は問題があり、一般市民を危険にさらすことになる。最低基準のトレーニングや教育などの入学要件を満たしていることを確認する。このことは、自然療法士でない開業医が、自然療法を行うことを意味する可能性がある。

訓練や資格のない者が自然療法士を名乗ることがある。例えば、オーストラリアのある女性は、餓死寸前の極端な断食の処方によって、乳児に無謀にも重大な身体的危害を加えたとして有罪判決を受けた [46]。地域社会では自然療法士として広く知られているが（そして彼女のサービスが誤ってその資格で求められている）、この女性は自然療法や自然療法医学の正式な訓練を受けていなかった [47]。また、ある職業ですでに問題があると認識されている開業医が、ナチュロパス/ナチュロパシクドクターとして再ブランディングすることになったケースもある。オーストラリアのヘルスケア苦情委員会対バオクィーン・グエン・パウックのケースは、その実例で、裁判所は個人を禁止する特定の措置を取る必要があった。

不正行為により従来の医療従事者としての登録を抹消され、自然療法サービスを提供するという名目で医療行為を再開しようとした後、自然療法士として活動する [48]。これは証拠にはならないが自然療法の実践による害はあるが、自然療法士/自然療法医の選択が適切な資格であることを保証できない場合、自然療法によるケアを求める一般市民を危険にさらすことになる。これらのリスクは現実のものであるが、自然療法の実践と教育の最低基準を保証する積極的な規制と立法機構によって容易に改善することができるだろう。

また、このような協力体制は、自然療法士/自然療法医が安全かつオープンに診療することを困難にし、自然療法診療に対するエビデンスに基づかない規制措置につながり、逆効果となる可能性がある。例えば、フランスでは、省庁間の機関であるMiviludesが、自然療法士に対する複数の行動を促進しています。

自然療法は、自然療法士の直接的な行動というよりも、スピリチュアルな運動や宗教的な運動によって容易に利用されるという前提で、専門職が成り立っている [49]。この規制活動自体は、その国における自然療法実践に悪影響を及ぼし、基準の著しい異質性とばらつきをもたらし、適切に訓練され資格を持った実践者を特定することを困難にしている [49]。これは、スロベニアのような他の国でのアプローチとは異なり、裁判所は、その国における不適切な

実践の影響を減少させるとして自然療法実践基準の開発を認めている [50]。いくつかの国では、自然療法実践は、法律や規制手段よりも急速に拡大している。例えばチリでは、自然療法は他の治療（例えばがん治療）を拒否する人にとって有効な選択肢であり、それらの治療を補完するものであるが、そのような治療は従来の医療行為と同様の行動規範に従わなければならないと裁判所に判断されている [51]。

自然療法のリスクを最小化するために適切な規制が必要なのと同様に、不適切な規制はリスクを増大させる可能性があります。例えば、ドイツの公衆衛生当局が、地方大都市の自然療法士の間で不衛生、診療に不可欠な機器の不足、地域の公衆衛生手順の知識の欠如の高い発生率を発見したとき、それは開業医のコミュニティによる特定のアクションではなく、新しいガイドラインに関する更新情報を受け取るから自然療法士を除外する要因は、これらの失敗の主要因であると判断された [52]。

無免許と免許を持つ自然療法士の比較

患者の安全性は、管轄区域内の規制設定、および施術者の訓練と説明責任のレベルに大きく依存します。これは自然療法診療における懸念であり、特に規制のない管轄区域では、規制されていない施術者はより高いリスクプロファイルを持つように見えるからである。例えば、米国では、自然療法士/ナチュロパシー医師に対して、未承認、誤表示、誤誘導の製品や治療法の主張に対して、FDAの措置や警告書がいくつか出されているが、ほとんどは免許取得者ではなく、無免許者に向けられていた [53]。オーストラリアでは、未登録者（自然療法士を含む）と登録開業医の規制当局からの懲戒データの分析により、さまざまな問題を含む多くのカテゴリにおいて、登録開業医と未登録開業医の間で苦情の割合がほぼ同じであることが判明した。しかし、観察された最も顕著な違い-そして自然療法のデータで観察されたものは、「専門的行為」と「治療」のカテゴリ間であり、これは、変動する訓練レベルと強制された訓練最低基準がないことに関連する基準の不均質性に直接関連すると考えられた [36]。

誤解を招くメディア

補完医療をめぐるメディアの言説を分析すると、しばしば不釣り合いなほど批判的で、潜在的なリスクを過度に強調したり [54, 55]、限定的な視点を提示したり [56, 57]、こうしたアンバランスが増している [58] ことに気づくそのため、自然療法に関連する有害事象の事例を強調しながらも、関連する文脈の詳細を提供することを怠り、そのような情報源は信頼できないか、代表的でない可能性があることを認識することも重要である。たとえば、カナダの乳児が髄膜炎で死亡した事件では、当初、親が必要な救急医療を避けたのは自然療法医のアドバイスに基づくものだと報道されたが、規制当局の調査により、自然療法医のアドバイスはエビデンスに基づくもので、親は自然療法医のアドバイスを無視してすぐに病院に行き、救急医療を受けていたことが明らかになった [59]。自然療法に関するカナダの新聞報道のレビューによると、自然療法の報道は否定的である傾向があり、リスクがしばしば誇張され、このケースでは、自然療法医が両親に緊急治療を避けるように説得したことを誤って示唆することが多かった [59]。注目されるメディア・レプリゼンテーションにおける偏った、あるいは不完全な報道の可能性は、

自然療法診療の潜在的なリスクと利益に関するさらなる厳格で体系的、かつ客観的な研究と、安全で効果的な自然療法診療を最もよくサポートする規制モデルの重要性を強調する。

まとめ

自然療法の実践に伴うリスクは本当に稀であるが、リスクを最小化することを目的とした規制の取り組みが奨励されるべきほど重要である [60]。自然療法診療にリスクがないわけではないが、そのようなリスクは、重大な臨床的利益を提供する自然療法診療の利益（セクション5と6を参照）の文脈と範囲内で見べきであり、リスクの範囲は、一次医療機能を果たす他の職業とほぼ同様である [2, 3]。本章の結果は、他の医療専門職のリスクと照らし合わせて見る必要がある。

この章で報告された自然療法診療に関連するリスクのほとんどは、自然療法診療に特有のものではない（例えば、植物療法や点滴治療による有害事象）か、自然療法診療の代表というよりは、不正開業医に関連している（例えば、性的暴行や詐欺的行動）。自然療法実践のリスクの類型は、実質的なプライマリーヘルスケアの役割を持つあらゆる医療専門職に期待されるものとほぼ同様であり、通常、同様の役割を果たす他の実践者集団よりも実質的に少ない。

この章に記載されている有害事象は、すべてを網羅しているわけではないことに注意が必要である。広範なレビューの過程で見つかった論文の多くは、リスクに関する情報源として、査読文献ではなく、灰色文献（政府報告書や機関調査）、新聞や雑誌のニュース記事、裁判所の文書に言及しており、これらは包括的かつ代表性のある体系的検索に容易に適していない。また、規制当局の決定も、登録・未登録を問わず、判例と同様、公表されたり、アクセスできたりすることはあまりない。このレビューはまた、自然療法診療における有害事象の報告をさらに発展させ、標準化することが有益であることを強調している。

このレビューから、いくつかのリスクはあるものの、専門的で資格のある自然療法士が行う自然療法は安全であり、この分野の患者の安全性は、管轄区域内の教育水準と規制設定に大きく依存していると結論づけることができる自然療法の実践に関連するリスクは、本質的にこの職業に特有の問題点ではなく、むしろヘルスケアにおける自然療法専門職の範囲と範囲を持つあらゆる職業に見合ったものである。リスクが存在する場合、そのほとんどは適切な規制の開発を通じて効果的に最小化することができる。自然療法医学の潜在的な利益が最大化され、潜在的な害が最小化されることを保証するために、優先的に奨励されるべきものである。

引用文献

1. Lin, V., McCabe, P., Bensoussan, A., Myers, S., Cohen, M., Hill, S., and Howse, G., *The practice and regulatory requirements of naturopathy and western herbal medicine in Australia*. Risk Management and Healthcare Policy, 2009. **2**: p. 21-33.
2. Panesar, S.S., deSilva, D., Carson-Stevens, A., Cresswell, K.M., Salvilla, S.A., Slight, S.P., Javad, S., Netuveli, G., Larizgoitia, I., Donaldson, L.J., Bates, D.W., and Sheikh, A., *How safe is primary care? A systematic review*. BMJ Quality & Safety, 2016. **25**(7): p. 544-53.
3. Nabhan, M., Elraiyah, T., Brown, D.R., Dilling, J., LeBlanc, A., Montori, V.M., Morgenthaler, T., Naessens, J., Prokop, L., Roger, V., Swensen, S., Thompson, R.L., and Murad, M.H., *What is preventable harm in healthcare? A systematic review of definitions*. BMC Health Services Research, 2012. **12**: p. 128.
4. Wardle, J.L. and Adams, J., *Indirect and non-health risks associated with complementary and alternative medicine use: An integrative review*. European Journal of Integrative Medicine, 2014. **6**(4): p. 409-422.
5. Hayward, R.A., Asch, S.M., Hogan, M.M., Hofer, T.P., and Kerr, E.A., *Sins of omission: Getting too little medical care may be the greatest threat to patient safety*. Journal of General Internal Medicine, 2005. **20**(8): p. 686-91.
6. Bensoussan, A., Myers, S.P., Wu, S.M., and O'Connor, K., *Naturopathic and western herbal medicine practice in australia – a workforce survey*. Complementary Therapies in Medicine, 2004. **12**(1): p. 17-27.
7. Woods, D.M., Thomas, E.J., Holl, J.L., Weiss, K.B., and Brennan, T.A., *Ambulatory care adverse events and preventable adverse events leading to a hospital admission*. Quality and Safety in Health Care, 2007. **16**(2): p. 127-131.
8. Endres, H.G., Molsberger, A., Lungenhausen, M., and Trampisch, H.J., *An internal standard for verifying the accuracy of serious adverse event reporting: The example of an acupuncture study of 190,924 patients*. European Journal of Medical Research, 2004. **9**(12): p. 545-51.
9. Dietz, D.M., Varcelotti, J.R., and Stahlfeld, K.R., *Garlic burns: A not-so-rare complication of a naturopathic remedy?* Burns, 2004. **30**(6): p. 612-3.
10. Engelhart, S., Saborowski, F., Krakau, M., Scherholz-Schlösser, G., Heyer, I., and Exner, M., *Severe serratia liquefaciens sepsis following vitamin c infusion treatment by a naturopathic practitioner*. Journal of Clinical Microbiology, 2003. **41**(8): p. 3986-8.
11. Mackinnon, M., *In general practice, 'always expect the unexpected'*. Australian Family Physician, 2008. **37**(4): p. 235-6.
12. Chan, C.K., Chan, M.H., Tse, M.L., Chan, I.H., Cheung, R.C., Lam, C.W., and Lau, F.L., *Life-threatening torsades de pointes resulting from "natural" cancer treatment*. Clinical Toxicology, 2009. **47**(6): p. 592-4.
13. Linder, S.A., Mele, J.A., 3rd, and Harries, T., *Chronic hyperpigmentation from a heated mustard compress burn: A case report*. Journal of Burn Care & Rehabilitation, 1996. **17**(4): p. 351-2.
14. Newey, C.R., Sarwal, A., and Tepper, D., *Iatrogenic venous thrombosis secondary to supplemental medicine toxicity*. Journal of Complementary and Integrative Medicine, 2013. **10**.
15. Oliver, M.R., Van Voorhis, W.C., Boeckh, M., Mattson, D., and Bowden, R.A., *Hepatic mucormycosis in a bone marrow transplant recipient who ingested naturopathic medicine*. Clinical Infectious Diseases, 1996. **22**(3): p. 521-4.
16. Pitre, T., Mah, J., Vertes, J., Rebello, R., and Zhu, J., *Drug induced hepatitis mimicking wilson's disease secondary to the use of complex naturopathic regimens: A case report*. BMC Gastroenterology, 2019. **19**(1): p. 199.
17. Sasagawa, M., Cornell, J.L., Flood, H.A., and Amieux, P.S., *Evaluation of case report publications on naturopathic medicine*. Journal of Restorative Medicine, 2017. **6**(1): p. 77-86.
18. Wardle, J. and Roseen, E., *Integrative medicine case reports: A clinicians' guide to publication*. Advances in Integrative Medicine, 2014. **1**(3): p. 144-147.
19. Myers, S.P. and Vigar, V., *The state of the evidence for whole-system, multi-modality naturopathic medicine: A systematic scoping review*. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2019. **25**(2): p. 141-168.
20. Hershman, D.L., Unger, J.M., Crew, K.D., Minasian, L.M., Awad, D., Moinpour, C.M., Hansen, L., Lew, D.L.,

- Greenlee, H., and Fehrenbacher, L., *Randomized double-blind placebo-controlled trial of acetyl-L-carnitine for the prevention of taxane-induced neuropathy in women undergoing adjuvant breast cancer therapy*. *Journal of Clinical Oncology*, 2013. **31**(20): p. 2627-2633.
21. Hershman, D.L., Unger, J.M., Crew, K.D., Till, C., Greenlee, H., Minasian, L.M., Moinpour, C.M., Lew, D.L., Fehrenbacher, L., and Wade III, J.L., *Two-year trends of taxane-induced neuropathy in women enrolled in a randomized trial of acetyl-L-carnitine (swog s0715)*. *Journal of the National Cancer Institute*, 2018. **110**(6): p. 669-76.
 22. Zick, S.M., Gillespie, B., and Aaronson, K.D., *The effect of crataegus oxyantha special extract ws 1442 on clinical progression in patients with mild to moderate symptoms of heart failure*. *European Journal of Heart Failure*, 2008. **10**(6): p. 587-93.
 23. Torkelson, C.J., Sweet, E., Martzen, M.R., Sasagawa, M., Wenner, C.A., Gay, J., Putiri, A., and Standish, L.J., *Phase I clinical trial of trametes versicolor in women with breast cancer*. *ISRN Oncology*, 2012. **2012**: p. 1-7.
 24. Zick, S.M., Sen, A., Wyatt, G.K., Murphy, S.L., Arnedt, J.T., and Harris, R.E., *Investigation of 2 types of self-administered acupressure for persistent cancer-related fatigue in breast cancer survivors: A randomized clinical trial*. *JAMA Oncology*, 2016. **2**(11): p. 1470-6.
 25. Calabrese, C., Berman, S.H., Babish, J.G., Ma, X., Shinto, L., Dorr, M., Wells, K., Wenner, C.A., and Standish, L.J., *A phase I trial of andrographolide in HIV positive patients and normal volunteers*. *Phytotherapy Research*, 2000. **14**(5): p. 333-8.
 26. Coulson, S., Vecchio, P., Gramotnev, H., and Vitetta, L., *Green-lipped mussel (perna canaliculus) extract efficacy in knee osteoarthritis and improvement in gastrointestinal dysfunction: A pilot study*. *Inflammopharmacology*, 2012. **20**(2): p. 71-76.
 27. LoPuzzo, B., *A bitter pill to swallow: The need for a clearly-defined course of professional practice when prescribing opioids for the legitimate medical purpose of treating pain*. *Hofstra Law Review*, 2018. **47**: p. 1397.
 28. Barnes, M.C. and Worthy, S.L., *Applying lessons from the opioid abuse epidemic to protect consumers from gray market biologics*. *Notre Dame Journal of Law, Ethics & Public Policy*, 2015. **29**: p. 375.
 29. *Malaguti v Orchard [2020] QDC 242*.
 30. *Judgment of the regional court in Bonn (landgericht bonn) 9 0 234/14 of 19 June 2015*.
 31. *Case law developments*. *Mental & Physical Disability Law Reporter*, 2003. **27**(2): p. 233-238.
 32. Crowe, J. and Sveinsson, L., *Intimidation, consent and the role of holistic judgments in an Australian rape law*. *University of Western Australia Law Review*, 2017. **42**: p. 136-153.
 33. McDonald, F., *The criminalisation of medical mistakes in Canada: A review*. *Health Law Journal*, 2008. **16**: p. 1-25.
 34. Tuckett, N., *Balancing public health and practitioner accountability in cases of medical manslaughter: Reconsidering the tests for criminal negligence-related offences in Australia after R v Patel*. *Journal of Law and Medicine*, 2011. **19**(2): p. 377-96.
 35. Dobinson, I., *Medical manslaughter*. *University of Queensland Law Journal*, 2009. **28**: p. 101.
 36. Wardle, J., *Holding unregistered health practitioners to account: An analysis of current regulatory and legislative approaches*. *Journal of Law and Medicine*, 2014. **22**(2): p. 350-75.
 37. Carter, D.J., *Correcting the record: Australian prosecutions for manslaughter in the medical context*. *Journal of Law and Medicine*, 2015. **22**(3): p. 588-609.
 38. Makary, M.A. and Daniel, M., *Medical error – the third leading cause of death in the US*. *British Medical Journal*, 2016. **353**: p. i2139.
 39. Brown, M.J., Willis, T., Omalu, B., and Leiker, R., *Deaths resulting from hypocalcemia after administration of edetate disodium: 2003 – 2005*. *Pediatrics*, 2006. **118**(2): p. e534-e536.
 40. *R. V. Javanmardi, 2019 SCC 54*.
 41. Lasoff, D.R., Cantrell, F.L., and Ly, B.T., *Death associated with intravenous turmeric (curcumin) preparation*. *Clinical Toxicology*, 2018. **56**(5): p. 384-385.
 42. Institute for Safe Medication Practices Canada, *Death associated with an iv compounding error and management of care in a naturopathic centre*. *ISMP Canada Safety Bulletin*, 2018. **18**(1): p. 1-5.
 43. Dunne, J.W., Conacher, G.N., Khangure, M., and Harper, C.G., *Dissecting aneurysms of the vertebral arteries following cervical manipulation: A case report*. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 1987. **50**(3): p. 349-53.
 44. Usumoto, Y., Sameshima, N., Tsuji, A., Kudo, K., Nishida, N., and Ikeda, N., *Medical neglect death due to acute lymphoblastic leukaemia: An autopsy case report*. *Fukuoka Igaku Zasshi*, 2014. **105**(12): p. 234-40.
 45. *Platt [2009] NZCORC 32 (6 May 2009)*.
 46. *Bodnar v Health Care Complaints Commission [2019] NSWCATOD 188 (13 December 2019)*.
 47. Ooi, S.L., McLean, L., and Pak, S.C., *Naturopathy in Australia: Where are we now? Where are we heading?* *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2018. **33**: p. 27-35.
 48. *Health Care Complaints Commission v Bao-Quy Nguyen-Phuoc (no. 2) [2015] NSWCATOD 94 (14 September 2015)*.
 49. Grisoni, A., *De la naturopathie rurale à la santé naturelle: Distanciation et assimilation autour de la notion d'espace*. *Nouvelles Perspectives en Sciences Sociales*, 2012. **8**(1): p. 237-259.
 50. Sajovic, S., *Odškodninska odgovornost zdravilcev [tort liability of healers]*. *Pravnik: Revija za Pravno Teorijo in Prakso*, 2018. **135**(11-12): p. 823-858.
 51. Vivanco Martínez, Á., *Negativa de un menor de edad y de su familia a que este reciba una terapia desproporcionada o con pocas garantías de efectividad: Apelación de medida de protección otorgada por la jueza de familia de valdivia. Sentencia de la i. Corte de apelaciones de valdivia, de 14 de mayo de 2009*. *Revista Chilena de Derecho*, 2009. **36**(2): p. 399-440.
 52. Heudorf, U., Carstens, A., and Exner, M., *[naturopathic practitioners and the public health system. Legal principles as well as experience from naturopathic practitioner candidate tests and hygiene inspections of naturopathic practitioner's practices in the rhine-main area in 2004 – 2007]*.

- Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2010. **53**(2): p. 245-57.
53. Marzen, C.G. and Conklin, M., *Coronavirus 'cures' and the courts*. William and Mary Business Law Review, 2020. **12**(1): p. 1-22.
54. Lewis, M., *Risk and efficacy in biomedical media representations of herbal medicine and complementary and alternative medicine (cam)*. Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine, 2011. **16**(3): p. 210-217.
55. Lewis, M., *CAM products, practitioners, and the state – Perspectives on 'risk' and 'protection of the public' in the Australian media*. Gale N and McHale J (eds) Routledge Handbook of Complementary and Alternative Medicine. Routledge: London, 2015.
56. Lewis, M., *Political citizens, consumers, or passive patients? Imagined audiences in the complementary medicine debate*. Communication Research and Practice, 2020. **6**(3): p. 209-228.
57. Lewis, M., *De-legitimising complementary medicine: Framings of the friends of science in medicine – CAM debate in Australian media reports*. Sociology of Health & Illness, 2019. **41**(5): p. 831-851.
58. Lopera-Pareja, E.H. and Cano-Orón, L., *Media's portrayal of CAM: Exploring 40 years of narratives and meanings in public discourse*. Journalism. **0**(0): p. 1464884920985407.
59. Snow, D., *The social construction of naturopathic medicine in Canadian newspapers*. Policy Studies, 2019: p. 1-21.
60. Carè, J., Steel, A., and Wardle, J., *Stakeholder attitudes to the regulation of traditional and complementary medicine professions: A systematic review*. Human Resources for Health, 2021. **19**(1): p. 42.

8

自然療法治療の経済性

ジョン・ウォードル, ND PhD

主な内容

- 自然療法は、適切な状況で適用された場合、費用対効果が高いという研究結果が出ています。
- 自然療法は予防に重点を置いており、非感染性疾患のコスト増加に関連する生活習慣、身体活動、座りっぱなし、肥満、アルコール摂取、食事の選択、環境暴露などの多くの修正可能な危険因子に対処しています。
- 幅広い疾患における自然療法ケアの費用対効果を確認し、定量化するために、さらなる研究が必要である。

伝統医療、補完医療、統合医療の経済性を検証した研究は比較的少なく、自然療法診療の経済性を調査した研究のほとんどは、自然療法診療全体を対象としたものではなく、特定の療法の費用対効果に焦点を当てたものです。最近では、自然療法士／自然療法医が採用している特定の個別療法や施術（身体操作、鍼灸、栄養剤、漢方薬など）について、費用対効果を探る経済分析が行われている。これらの研究は、自然療法が適切な状況で適用された場合、費用対効果があることを発見した [1]。それらの個々の療法の多くは、費用対効果が高いことが分かっており（例えば、軽度から中程度のうつ病の治療におけるセントジョーンズワート [2]、手術後の患者における栄養補助食品のレジーム [3]、複数の筋骨格系障害に対する手技療法 [4]、パーキンソン病における水治療法 [5]）、世界の自然療法診療で一般的に適用されています [6] (Naturalpathic practice)。このような研究の移植性は、自然療法コミュニティが、自然療法の現場以外でも、個々の補完療法や従来型療法の費用対効果を評価する上で主導的な役割を担っているという事実によって裏付けられている [7-10]。

自然療法は、全人的な予防と長期的なアウトカムに重点を置いており、費用対効果が高いことが知られているケアのアプローチと一致している [11]。例えば、治療法そのものに加えて、特にDocere（教師としての医師）に焦点を当てたエンパワーメントのための自然療法的アプローチは、慢性疾患を持つ人々を支援し、力を与え、彼らの幸福を向上させ、罹患率と死亡率を減らし、医療費を削減するセルフケアを実行できるようにします [12]。

研究の概要

自然療法診療の経済評価が3件実施され、支払者と患者の両方の観点から、様々な環境における自然療法診療全体の臨床的かつ費用対効果の高い適用が強調されている [13-15]。これらの研究は、表8.1にまとめられている。

自然療法の介入に関する臨床試験に経済分析を組み込むことは困難であり、現在の臨床試験の少なさの原因となっている可能性がある。例えば、不安に対する自然療法ケアの1つの試験は、最初の研究デザインに費用効果分析を含むことを報告したが、研究者が追加の医療記録にアクセスできることに同意する研究参加者が半数未満であったため、試験を進めることができなかった [16]。このような少なさのもう一つの理由は、多くの自然療法研究者が自然療法ケアではなく、個々の治療法の経済分析を行っている可能性があり、この問題は他の分野での自然療法研究の普及を軽視することが知られている [17]。例えば、自然療法研究者は、静脈性下腿潰瘍に対するセイヨウトチノキ (*Aesculus hippocastanum*) の費用対効果 [7]、腰痛におけるマインドフルネスと認知行動療法 [9]、病院環境における補完療法の一般的統合 [8] を確認する経済評価を行っているが、これらの研究では自然療法の実践との関連性は明確にされていなかった。自然療法に特化したデータが少ないため、いくつかの研究者は、しばしば二次データを使用して、別の方法で自然療法サービスの経済的影響を調べることを試みている。アメリカのNational Health Interview Surveyのデータを使って、様々な補完医療サービスの利用が仕事の欠勤に与える影響を調査した研究があります。この研究では、傾向スコアマッチングという統計的マッチングの手法を用いました。治療や政策などの効果を推定しようとするものである。他の介入を行った場合、その共変量が考慮される。は、その治療を受けることを予測します。8,820人のサンプルにおいて 労働者の平均労働損失日数は、以下の通りであった。は3.69であった。自然療法士を受診したことは、次のような相関があった。2.359日、2.521日減少しました。女性および男性でそれぞれ、病气 [18]。

自然療法ケアのための現在の 資金調達モデル

自然療法は、世界的に見ると、政府出資のプログラムよりも、主に第三者の保険会社や消費者が負担する自己負担額によってカバーされている[19]。現在までのところ、自然療法/ナチュロパシー医学が公衆衛生や国民皆保険制度に統合されることは比較的少ない。スイスや米国のいくつかの州では、自然療法を含めることを義務付けています。

一部の保険制度 [19, 20]。しかし、インドのように自然療法が公的医療制度に含まれている国でも、提供や利用は民間セクターの方が高いままである [21]。保健制度への自然療法・ナチュロパシーの統合は一貫していない。自然療法サービスのための資金調達を許可している国では、これはしばしば限られた状況においてのみである。たとえば、長年の立法措置により、ドイツのいくつかの管轄区域では、従来のプライマリーヘルスケアサービスが利用できない場合、自然療法士は農村地域で公的助成のプライマリーヘルスケアサービスを行うことができる [22]。

また、オーストラリアでは、自然療法サービスは、開業医から直接紹介された場合、政府の労災補償制度で払い戻しが可能である [23]。自然療法/自然医学が資金提供の対象となる介入として承認されている場合、意思決定は分権化され、取り込みは場当たり的で一貫性がない場合がある。例えば、2017年にブラジルの国民健康保険制度に自然療法/ナチュロパシー医学が含まれたものの、このサービスを提供している地方自治体は比較的少なく [24]、自然療法士は米国のインディアン保健サービスや退役軍人省が監督する医療サービスにおける適格プロバイダーとして認められているものの、これらのサービスにおける統合はまだ可変である [19]。いくつかの第三者保険会社は、彼らのプログラムへの自然療法/自然療法の統合の経済的影響を測定することを試み、以下に議論されているが、自然療法の公共医療システムへの統合の経済的およびシステム影響を測定する正式な試みは行われていない。いくつかの健康状態に対する臨床研究エビデンスは、現在存在するよりも高いレベルで、自然療法を公衆衛生システムに統合することを支持しているが、自然療法ケアのさらなる統合は、その費用対効果とシステムへの影響を決定するための経済分析によって補完されるべきである。

医療保険者への経済的影響

自然療法サービスに対する保険償還は、特定の条件や介入に関連するのではなく、サービス料に基づく傾向があり、詳細な経済分析は困難である。しかし、保険会社は自然療法やその他の伝統的、補完的、統合的医療を取り入れることによる経済的影響を調査している。

を保険適用範囲としています。アメリカ（ワシントン州）で行われた、年齢、性別、疾患負担をマッチさせた3つの疾患（腰痛、更年期障害、線維筋痛症）を持つ39,491人の保険データによるコスト最小化の研究では、補完医療サービス（主要な要素として自然療法を含む）の利用者の前年の保険支出が、それらのサービスを利用しなかった人に比べて356ドル低いことが判明しました。興味深いことに、この結果は疾病負担によって異なります。疾病負担が低い人ほど、より多くのサービスを利用し、より多くの総費用を費やしていますが、疾病負担が高い人が補完的アプローチを利用することで、サービスの利用を大幅に減らし、結果として高い経済的利益を得ています [25]。

保険制度における自然療法サービスの償還は、自然療法の利用を増加させるように見えるが [26]、保険者への経済的影響は限られており、米国のデータでは、自然療法は、フルスコープのプライマリーケアプラクティショナーとして完全に組み込まれていても、一般的に保険者の支払い全体の1%未満を構成する [27, 28]。アメリカ（ワシントン州）の保険データによると、保険制度への組み込みは、利用が多くても（モデルは従来の医療データに基づいているため）通常モデルよりも費用対効果が高く、高い満足度につながることを示唆されている [29]。米国（バーモント州）のデータでは、自然療法を標準治療の一部として取り入れることで、主に慢性疾患の危険因子の減少に関連したかなりのコスト削減が示されている [15]。オーストラリアの保険会社の3年間のデータ分析では、患者あたりのコストを増加させるのではなく、補完医療を取り入れることで、会員の平均入院費を年間200ドル（標準カバー）から430ドル（トップ補助カバー）減少させることができました。 [30]。

表8.1: 自然療法を調査した経済研究

研究タイトル	国名、年	方法	成果
自然療法士へのアプローチ 心血管系疾患の予防疾患。費用対効果 実用的なマルチワークステーションランダム化臨床試験【13】を実施	カナダ 2010	経済評価と並行して実用的な多職種連携によるランダム化比較試験 強化された通常のケア（通常のケア+生体情報スクリーニング）(n=122)と比較 通常のケアを強化し 自然療法を加えたへのアプローチを実施した (n=124)。 自然療法は以下の内容で構成されています。個別生活習慣カウンセリング 栄養学のおよび植物学的処方された。	自然療法にかかる直接的な医療費は、以下の通りであった。生物医学的手法に比べ、参加者1人当たり302ドル（約8万円）高い。スクリーニングだけでは、同程度の医療用医薬品の費用（1人当たり347～818ドル）。参加者）。 自然療法を加えることで、より充実した通常のの正味減少をもたらした。10年間の心血管系疾患の発症率は1.7～4.8%ポイントでした。イベントリスク（number needed to treat = 30）。 これらのリスク低減は、試験年平均で正味 社会的コストで1138ドル、雇用主で1187ドルのコスト節約になりました。 試験期間中、質調整生存年数に変化はありませんでした。
慢性腰痛に対する自然療法ケアの費用対効果【14】	カナダ 2006	自然療法(n=39) vs. 理学療法(n=39) 腰痛に対する理学療法(n=36) 3ヶ月、週1回、30分の通院。自然療法には、運動、食事、リラクゼーショントレーニング、鍼治療が含まれる。	自然療法は初期費用が高い（1469ドル vs. 337ドル）。自然療法群では欠勤日数が4.8日（817ドル）減少したのに対し、理学療法群では1.9日（324ドル）減少した。自然療法グループでは、カイロプラクティック、マッサージ、その他の理学療法士への訪問を含むその他の費用が840ドル削減された。理学療法グループでは、これらすべての医療費が増加した（363ドル）。鎮痛剤の使用量におけるグループ間のわずかな差 自然療法群 - 総利益188ドル vs. 理学療法群 - 総利益108ドル グループ 1212ドル 総コスト 欠勤を除くと、自然療法士は629ドル、理学療法士は1,000ドルである。セラピスト費用 \$700 自然療法QALY - 0.0293、理学療法QALY - 0.0293 0.0036（自然療法によって生み出されたものの10分の1）
Vバーモント州カードイーラー 定量化に自然療法によるケアの貢献のメリット【15】	アメリカ合衆国 2006	バーモント州自動車販売店の影響分析 協会（VADA）の拡大 保険適用範囲に 自然療法は、その1182人会員に適用されます。	VADAでは、自然療法を利用することにより、初年度に315817米ドル（1人当たり267.22米ドル）の直接費削減と、1143657米ドル（1人当たり967.56米ドル）の間接費削減を実現した。 肥満が15%減少したことです。

医療費について自然療法士の評価

自然療法の実践 自然療法にかかる費用について、表面的な評価をすることがあります。を評価するような治療も行われています。治療の費用対効果ではなく、治療にかかる費用。

例えばドイツのデータでは、病院での自然療法による入院治療費は、同様の診断関連請求グループコードによる従来の治療費よりも高いことが示されている [31]。これらは主に、患者の入院期間が長くなることと、患者中心で教育的なケアの実践が増えることによる関連看護コストに関連す

ると考えられており、長期的なコストへの影響はまだ不明である [32]。しかし、いくつかの環境、特に筋骨格系ケアにおいて、ドイツの保険分析では、従来の整形外科の比較対象と比較して、自然療法による入院ケアは施設レベルの費用が減少していることが示されている [33]。このような結果は、自然療法と比較した場合、健康アウトカムを長期的かつ持続的に改善することに重点を置いた自然療法入院治療による長期的治療成果の改善という文脈でとらえる必要がある。

ケアである[34, 35]。今後の経済研究では、分析に反映させるために、自然療法ケアの長期的な経済的影響と短期的な経済的影響を検討する必要があります。

まとめ

自然療法の介入に関する数少ない経済評価は、自然療法が費用対効果に優れていること、特に長期的かつ慢性的なアウトカムや、より高い疾患負担を持つ人々にとって費用対効果が高いことを確実に示している。自然療法は、当初は高価な場合もあるが、長期的なアウトカムと予防に重点を置いているため、長期的には費用対効果に優れている。

引用文献

- Herman, P.M., Poindexter, B.L., Witt, C.M., and Eisenberg, D.M., *Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations*. *BMJ Open*, 2012. **2**(5): p. e001046.
- Solomon, D., Adams, J., and Graves, N., *Economic evaluation of St. John's wort (Hypericum perforatum) for the treatment of mild to moderate depression*. *Journal of Affective Disorders*, 2013. **148**(2-3): p. 228-34.
- Smedley, F., Bowling, T., James, M., Stokes, E., Goodger, C., O'Connor, O., Oldale, C., Jones, P., and Silk, D., *Randomized clinical trial of the effects of preoperative and postoperative oral nutritional supplements on clinical course and cost of care*. *British Journal of Surgery*, 2004. **91**(8): p. 983-90.
- Tsertsvadze, A., Clar, C., Court, R., Clarke, A., Mistry, H., and Sutcliffe, P., *Cost-effectiveness of manual therapy for the management of musculoskeletal conditions: a systematic review and narrative synthesis of evidence from randomized controlled trials*. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 2014. **37**(6): p. 343-62.
- Brefel-Courbon, C., Desboeuf, K., Thalamas, C., Galitzky, M., Senard, J.M., Rascol, O., and Montastruc, J.L., *Clinical and economic analysis of spa therapy in Parkinson's disease*. *Movement Disorders*, 2003. **18**(5): p. 578-84.
- Steel, A., Foley, H., Bradley, R., Van De Venter, C., Lloyd, I., Schloss, J., Wardle, J., and Reid, R., *Overview of international naturopathic practice and patient characteristics: results from a cross-sectional study in 14 countries*. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 2020. **20**(1): p. 59.
- Leach, M.J., Pincombe, J., and Foster, G., *Using horsechestnut seed extract in the treatment of venous leg ulcers: a cost-benefit analysis*. *Ostomy Wound Manage*, 2006. **52**(4): p. 68-70, 72-4, 76-8.
- Ostermann, T., Lauche, R., Cramer, H., and Dobos, G., *Comparative cost analysis of inpatient integrative medicine – Results of a pilot study*. *Complementary Therapies and Medicine*, 2017. **32**: p. 129-133.
- Herman, P.M., Anderson, M.L., Sherman, K.J., Balderson, B.H., Turner, J.A., and Cherkin, D.C., *Cost-effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction Versus Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care Among Adults With Chronic Low Back Pain*. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2017. **42**(20): p. 1511-1520.
- Steel, A., Sundberg, T., Reid, R., Ward, L., Bishop, F.L., Leach, M., Cramer, H., Wardle, J., and Adams, J., *Osteopathic manipulative treatment: A systematic review and critical appraisal of comparative effectiveness and health economics research*. *Musculoskeletal Science & Practice*, 2017. **27**: p. 165-175.
- Bradley, R., Harnett, J., Cooley, K., McIntyre, E., Goldenberg, J., and Adams, J., *Naturopathy as a Model of Prevention-Oriented, Patient-Centered Primary Care: A Disruptive Innovation in Health Care*. *Medicina (Kaunas)*, 2019. **55**(9).
- Riegel, B., Dunbar, S.B., Fitzsimons, D., Freedland, K.E., Lee, C.S., Middleton, S., Stromberg, A., Vellone, E., Webber, D.E., and Jaarsma, T., *Self-care research: Where are we now? Where are we going?* *International Journal of Nursing Studies*, 2021. **116**: p. 103402.
- Herman, P.M., Szczurko, O., Cooley, K., and Seely, D., *A naturopathic approach to the prevention of cardiovascular disease: cost-effectiveness analysis of a pragmatic multi-worksite randomized clinical trial*. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2014. **56**(2): p. 171.
- Herman, P.M., Szczurko, O., Cooley, K., and Mills, E.J., *Cost-effectiveness of naturopathic care for chronic low back pain*. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 2008. **14**(2).
- Noe, B., *Vermont Car Dealers Help to Quantify the Benefits of Naturopathic Care*. in *21st Annual Conference of the American Association of Naturopathic Physicians*. 2006. Potland.
- Cooley, K., Szczurko, O., Perri, D., Mills, E.J., Bernhardt, B., Zhou, Q., and Seely, D., *Naturopathic care for anxiety: a randomized controlled trial ISRCTN78958974*. *PLoS One*, 2009. **4**(8): p. e6628.
- Steel, A., Bradley, R., and Wardle, J., *Naturopathic Research: Prevalent, Relevant, But Largely Hidden in Plain*

また、自然療法による社会的な経済効果として、出席率の向上や欠勤率の低下、一人当たりの保険料負担の軽減などが示唆されている。また、集学的な場における補完療法の統合は、一般入院患者[8]、腫瘍患者[36]、疼痛患者[37]において同等以上の臨床成果を上げながら、ケアコストを削減する能力を示しており、こうした知見は集学的な場における自然療法士/自然療法医の有益な役割を示唆するものである。

さらに、様々な臨床環境における自然療法ケアの費用対効果を確認するために、より厳密な研究が必要である。

しかし、現在入手可能なすべてのデータは、自然療法が費用対効果の高い医療介入であることを示しています。

- Sight*. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2019. **25**(2): p. 123-124.
18. Rybczynski, K., *Alternative medicine, worker health, and absenteeism in the United States*. *Complementary Therapies in Medicine*, 2017. **32**: p. 116-128.
 19. Wardle, J. and Adams, J., *Naturopaths: their role in primary health care delivery*, in *Primary Health Care and Complementary and Integrative Medicine: Practice and Research*. 2013, World Scientific. p. 73-92.
 20. Barth, J., Maier, S., Lebet, F., King, R., Abersfelder, A., Bachmann, R., Keberle, S., and Witt, C.M., *What is offered and treated by non-medical complementary therapists in Switzerland: Results from a national web survey*. *European Journal of Integrative Medicine*, 2020. **36**: p. 101109.
 21. Rudra, S., Kalra, A., Kumar, A., and Joe, W., *Utilization of alternative systems of medicine as health care services in India: Evidence on AYUSH care from NSS 2014*. *PLoS One*, 2017. **12**(5): p. e0176916.
 22. Bodeker, G. and Burford, G., *Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Policy and Public Health Perspectives*. 2007, London: Imperial College Press. xvii, 453 p.
 23. Worksafe Victoria, *Naturopathy Services Policy*. 2021, Worksafe Victoria: Melbourne.
 24. Habimorad, P.H.L., Catarucci, F.M., Bruno, V.H.T., Silva, I.B.D., Fernandes, V.C., Demarzo, M.M.P., Spagnuolo, R.S., and Patricio, K.P., *Implementation of Brazil's National Policy on Complementary and Integrative Practices: strengths and weaknesses*. *Cien Saude Colet*, 2020. **25**(2): p. 395-405.
 25. Lind, B.K., Lafferty, W.E., Tyree, P.T., and Diehr, P.K., *Comparison of health care expenditures among insured users and nonusers of complementary and alternative medicine in Washington State: a cost minimization analysis*. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2010. **16**(4): p. 411-7.
 26. Lafferty, W.E., Bellas, A., Corage Baden, A., Tyree, P.T., Standish, L.J., and Patterson, R., *The use of complementary and alternative medical providers by insured cancer patients in Washington State*. *Cancer*, 2004. **100**(7): p. 1522-30.
 27. Lafferty, W.E., Tyree, P.T., Bellas, A.S., Watts, C.A., Lind, B.K., Sherman, K.J., Cherkin, D.C., and Grembowski, D.E., *Insurance coverage and subsequent utilization of complementary and alternative medicine providers*. *American Journal of Managed Care*, 2006. **12**(7): p. 397-404.
 28. Bellas, A., Lafferty, W.E., Lind, B., and Tyree, P.T., *Frequency, predictors, and expenditures for pediatric insurance claims for complementary and alternative medical professionals in Washington State*. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2005. **159**(4): p. 367-72.
 29. Stewart, D., Weeks, J., and Bent, S., *Utilization, patient satisfaction, and cost implications of acupuncture, massage, and naturopathic medicine offered as covered health benefits: a comparison of two delivery models*. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 2001. **7**(4): p. 66-70.
 30. Wardle, J., *The Australian government review of natural therapies for private health insurance rebates: what does it say and what does it mean?* *Advances in Integrative Medicine*, 2016. **3**(1): p. 3-10.
 31. Romeyke, T. and Stummer, H., *A study of costs and length of stay of inpatient naturopathy – evidence from Germany*. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2011. **17**(2): p. 90-5.
 32. Romeyke, T. and Stummer, H., *Economic aspects of nursing in inpatient naturopathy: Evidence from Germany*. *Nursing Economics*, 2013. **31**(3): p. 137-43.
 33. Wiebelitz, K.R., Teske, W., Henke, T., Knobloch, R., Winnemöller, C., and Beer, A.M., *[Comparison of treatment expenses of naturopathic and orthopedic in-patient treatment]*. *MMW Fortschr Med*, 2010. **151 Suppl 4**: p. 159-68.
 34. Beer, A.M., Ostermann, T., and Matthiessen, P.F., *[Changes in quality of life during acute inpatient naturopathic treatment – results of the Blankenstein model]*. *Gesundheitswesen*, 2001. **63**(4): p. 242-7.
 35. Ostermann, T., Beer, A.M., and Matthiessen, P.F., *[Evaluation of inpatient naturopathic treatment--the Blankenstein model. Part II: Effective strength and health status of patients over the course of time]*. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd*, 2002. **9**(5): p. 269-76.
 36. Tillery, R. and McGrady, M.E., *Do complementary and integrative medicine therapies reduce healthcare utilization among oncology patients? A systematic review of the literature and recommendations*. *European Journal of Oncology Nursing*, 2018. **36**: p. 1-8.
 37. Mahrer, N.E., Gold, J.I., Luu, M., and Herman, P.M., *A Cost-Analysis of an Interdisciplinary Pediatric Chronic Pain Clinic*. *Journal of Pain*, 2018. **19**(2): p. 158-165.

9

自然療法患者・診療所に関する国際調査

エイミー・スチール ND PhD

ホープ・フォーリーND PhD

ライアン・ブラッドリーND

クローディーヌ・ヴァン・デ・ヴェンター
ND

アイバ・ロイドND

ジャネット・シュロス ND PhD

ジョン・ウォードルND PhD

レベッカ・レドモンドND

主な内容

- 自然療法士/NDは、プライマリーケアプロバイダーとして、他の医療専門家と協力しながら診療を行います。
- 自然療法士/NDは、人生のあらゆる段階において、多様な慢性および急性の健康状態に対応する医療を提供し、予防および/または緩和ケアを求める患者をサポートする。
- 患者の4人に3人は非伝染性疾患に対処するために自然療法によるケアを求めています。
- 自然療法士/NDは、政府が地域社会の負担の大きい健康状態に対処するための、未開発の健康資源である。
- 自然療法士/NDは、患者一人当たり平均4つ以上の治療法または診療法を用いている。最も一般的なのは、応用栄養学、ライフスタイルの修正、ハーブ薬、臨床栄養学である。

世界自然療法連盟 (WNF) は、世界中の典型的な自然療法診療所の特徴と、それらのサービスにアクセスする患者の特徴を記述する目的で、2019年に国際横断調査を実施しました[1, 2]。本章では、2020年にBMC Complementary Medicine and Therapiesに掲載された「*Overview of international naturopathic practice and patient characteristics: results from a cross-sectional study in 14 countries*」と題するその論文からの抜粋を紹介します[1]。この研究は、ヨーロッパ（ポルトガル、スペイン、スイス、イギリス）、アメリカ大陸（ブラジル、カナダ、チリ、アメリカ）、西太平洋（オーストラリア、香港、ニュージーランド）、アフリカ（南アフリカ）を含むWHO4地域内の14カ国、56の自然療法クリニックからのデータを含み、英語、フランス語、ポルトガル語、スペイン語の4カ国語で実施されました[1]。

インプリケーション

この国際的な自然療法実践調査は、国際的な自然療法実践を調査した初めてのものである。それは、以前のWNFによる専門職の調査結果[3, 4]を支持し、現代のヘルスケア実践と政策の文脈における自然療法/自然医学の理解にとって特に重要な結果を提供しました。

プライマリーケアとしての自然療法診療

重要なことは、この調査に含まれるすべての地理的環境において、自然療法士/自然療法医は、あらゆる年齢層、人口の、多様な症状を持つ患者を治療しているように見えることである。調査結果は、自然療法士/自然療法医がプライマリーケアプロバイダーとして、他の医療専門家の関与なしに患者にケアを提供することと、他の医療専門家と協働することの間のバランスを示しています。これらの特徴は、自然療法士が「患者のライフサイクルのどの段階においても、あらゆる健康問題に対処する」というプライマリーケアの定義に合致していることから、自然療法診療の多用途性を強調しています[5]。すなわち、世界的な障害の5大原因のうち4つ（腰痛、うつ病、頭痛、糖尿病）は、参加者が患者の受診の主な理由として報告したものです（図9.1参照）[6]。さらに、2040年の早期死亡の10大原因のうち9つが、患者が自然療法士/自然療法医に治療を求めると記述された症状のリストで紹介されている[7]。

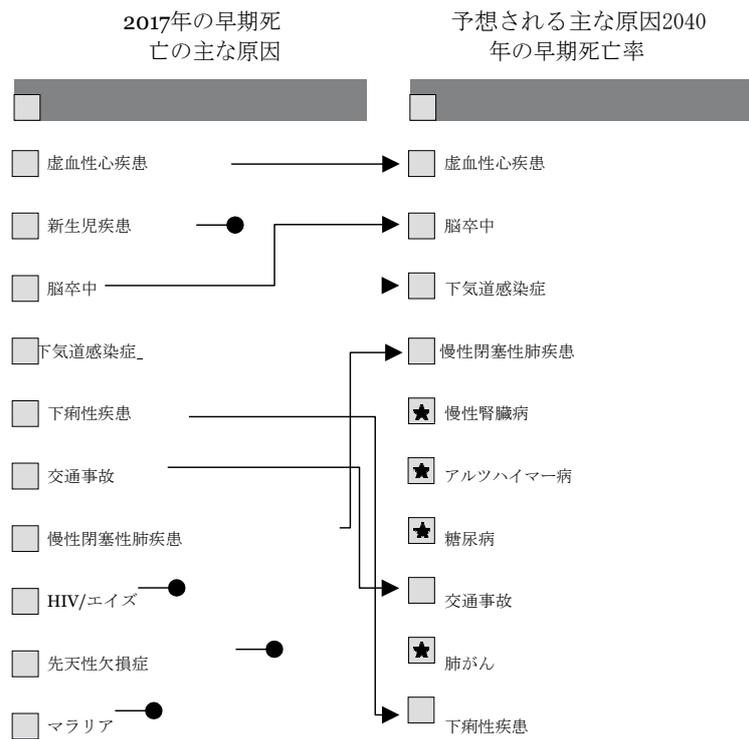


図9.1 : 2017年の早期死亡の主要原因と2040年に予想される早期死亡の主要原因との変化

(出典 : Global Burden of Disease Study, 2017) [8] = 早期死亡の主な原因 2021年

このような状況に対して、医療の解決策を見出すことが優先されることを考えると これらの疾患は、世界の人々が直面している課題です。自然療法士の貢献度は高い。の医師は考慮されるべきです。

自然療法の特徴は食事とライフスタイルの処方箋

これらの症状の多くは、治療を受けていると確認されています。自然療法士/ナチュロパシー医による非感染性疾患は質の高い確立された疾病 (NCDs)。予防医療と健康への対応に関するエビデンス 確立された危険因子を減らすためのプロモーション・カウンセリングを [9]。大半のNCDsは、食事とライフスタイルの要因が重要である。エビデンスに基づく一次予防、特に 心血管系疾患[6, 9]、糖尿病[10]、肺がん [11]、慢性腎臓病[12]、慢性閉塞性肺疾患[13]。肺疾患 [13]、そして新たなエビデンスとして アルツハイマー病 [14]、下気道の 感染症[15]がある。後者については、興味深いことに 下気道感染症との関連が指摘されています。睡眠の改善、食生活の改善など、さまざまな要因があります。免疫機能の改善、心理的な このことは、臨床におけるホリスティック・アプローチの重要性を示唆しています。のケアが必要で[15]。セクションで紹介した研究 この医療技術評価書の 5 は、さらに次のことを裏付けている。経済的、社会的、個人的に重要なこれらの健康状態を持つ患者のサポートにおける自然療法士/自然療法医の潜在的な貢献。

ホリスティックな診療としてのナチュロパシー

ホリスティックは自然療法の哲学に不可欠であり、予防医療は健康増進と疾病予防という自然療法の中核的な原則に反映されている[16]。一次予防は、早期死亡と身体障害の原因となる健康状態に対する世界的な優先事項であるが、プライマリケア医療従事者は、通常のケア負荷の中で予防医療サービスの提供を受け入れることが困難であることも注目に値する[17]。このように、自然療法士/自然療法医は、多くのヘルスケアシステムにおいて、プライマリケア医の負担を軽減することができる未開発の健康資源であるかもしれない [18]。国際的な診療調査のデータは、自然療法士/自然療法医が体重、代謝障害、食事と生活習慣を考慮していることを示唆している。

国際的な診療調査のデータでは、自然療法士/自然療法医が患者ケアの文脈で体重、代謝障害、食事やライフスタイルの変化について検討しており、これらはすべて罹患率と死亡率の重要な修正可能リスク因子であることが示唆されています[8]。2019年のスコープレビューでは、ホールシステム自然療法診療が幅広い慢性疾患にわたって有効であることが示された[19]。これらの世界的に重要な疾患の予防のための自然療法ケアの患者アウトカムを探索するさらなる臨床研究が緊急に必要である。

自然療法士/自然療法医は、一般的に複数の種類の診療、治療、療法を採用しています。

本研究では、自然療法士/自然療法医が日常的な患者ケアの一環として採用しているユニークで多様な実践と治療介入について記述しており、その内容は以下の通りです。

他の臨床医では採用されないことが多い。

多くの症例で処方または推奨されている治療法（食生活の改善、ライフスタイルの変化、漢方薬、栄養剤）がある一方で、その他の治療法も多く報告されている。さらに、この研究結果は、自然療法士/自然療法医が、個々の患者のケアに複数の治療法を同時に採用していたことを示す証拠となっています。

この結果は、WNFが発表した世界の自然療法カリキュラムの内容に関する報告書と一致しています。この報告書では、応用栄養学（食事の処方）、臨床栄養学（個別の栄養製品の処方）、薬草学（植物学）が、認定された自然療法プログラムの90%以上で教えられていると述べられています。この結果は、WNFが発表した世界の自然療法カリキュラムの内容に関する報告書と一致しています。この報告書では、応用栄養学（食事の処方）、臨床栄養学（個別の栄養製品の処方）、薬草学（植物学）が、認定された自然療法プログラムの90%以上で教えられていると述べられています。WNF Roots Report [4]によると、ライフスタイルカウンセリングは自然療法カリキュラムの中で独立したコースとして教えられることはあまりないが、それでも我々の調査では70%以上のケースでリストアップされていた。

ライフスタイル・カウンセリングがカリキュラムの他の側面に組み込まれている可能性はあるが、実践におけるライフスタイル処方の使用と、自然療法カリキュラムに具体的に含まれる頻度との間のこの不一致は、さらなる調査の必要性を浮き彫りにするものである。特に、暗黙の内容の内容と影響、およびいくつかの国でのトレーニングのギャップに対処するための自然療法教育機関の必要性について、より詳細な検証が必要である。NCDの予防と管理におけるライフスタイルへの介入の重要性と我々の研究の結果を考慮すると、これは自然療法ケアの重要な分野である。

方法

本研究は、現在開業している自然療法士/自然療法医で、WNFが認定する自然療法協会の会員を対象とした。参加者は、少なくとも5年以上の診療歴があり、週に10人以上の患者を診察し、クリニックにコンピュータ端末があることが条件とされた。自然療法士/自然療法医が専門的な分野で診療を行っていると思われる場合は除外した（例：主にながや女性の生殖器疾患の治療に専念している）。

結果

調査に参加した56名の自然療法士/自然療法医から、合計851名の患者との出会いが報告された。その結果、自然療法を希望する患者の多くは女性（72.6%）であることがわかった。年齢層は、36～45歳（20.2%）、46～55歳（19.5%）、56～65歳（19.3%）で、すべての年齢層で同じ割合であった。患者の約3分の2（67.0%）は、フォローアップのために自然療法医/自

然療法士のクリニックに通っていると説明された。

参加した自然療法士/自然療法医によって、かなりの大多数（75%）の患者が慢性的な健康状態を呈していると考えられていた。

健康状態

この調査では、患者さんの主訴と、その主訴を管理する上で重要と思われる関連症状や状態について質問しています。患者さんから報告された症状は80種類以上あり、それらは次のカテゴリーに分類されました：筋骨格系、胃腸、メンタルヘルス、一般的な健康と予防、女性の生殖、皮膚/指診、呼吸、母親の健康、神経、内分泌、癌、循環器、体重管理、自己免疫、泌尿器、老化/認知、感染症。

患者が自然療法士/自然療法医のもとを訪れる主な理由は非常に多様であり、表9.1に示す通りである。最も多く報告された健康状態のカテゴリーは、筋骨格系（18.5%）、胃腸系（12.2%）、精神疾患（11.0%）であった。

また、患者が自然療法士や自然療法医に相談する主な理由として、一般的な健康や予防が挙げられた（6.7%）。筋骨格系を主訴とする患者は、慢性的な筋骨格系の痛み（48.4%）、怪我（19.1%）、または臓器障害（19.1%）を主訴とする患者が最も多く見受けられた。

変形性関節症（12.7%）。参加した自然療法士/自然療法医によると、消化器系の症状を訴える患者は、過敏性腸症候群（31.7%）、胃食道逆流症（17.3%）、食物アレルギー、不耐性、過敏症（16.4%）のいずれかが最も多くみられたという。

自然療法の実践はホリスティックなものであり、人間全体を治療することに重点を置いている [16]。身体のすべての側面が相互に関連しているという認識があります。この調査の結果は、自然療法士/自然療法医が、各患者の健康管理において考慮される他の生理学的システムまたは健康上の懸念を特定するよう求められたとき、患者の健康上の懸念の大部分は、複数の生理学的システムによって影響されていると考えられると報告しています（2システム：20.4%；3システム：19.0%；4システム以上：21.8%） [2]）。最も多かったのは「消化器系」（40.8%）でした。また、「健康・予防」（28.7%）、「内分泌系」（23.8%）などが、少ないながらも多く挙げられています。

表 9.1: 患者が支援を求める主な健康状態と、他の生理学的システムの重要性 自然療法士/自然療法医が報告した患者の管理 (n=854)

生理系またはそのカテゴリープライマリーヘルス条件	すべて 回答数 n (%)	特定の健康状態	回答数 社 内システ ムまたは カテゴリー n (%)	考慮さ れる重 要管理 一次疾 患 [す べての 回答 n (%)]
筋骨格系	158人 (18.5)	慢性筋骨格系疼痛	76人(48.4)	151 (17.7)
		傷害	30人(19.1)	
		変形性関節症	20人(12.7)	
		線維筋痛症または慢性疲労症候群	12人(7.6)	
		坐骨神経痛	4人(2.6)	
		その他	15人(9.6)	
胃腸	104人 (12.2)	過敏性腸症候群	33人(31.7)	348 (40.8)
		胃食道逆流症	18 (17.3)	
		食物アレルギー・不耐性・過敏症	17人(16.4)	
		ディスバイオーシスまたは寄生虫	8人(7.7)	
		肝・胆道機能障害・疾患	6人(5.8)	
		症候性便秘	3人(2.9)	
		症候性下痢	2人(1.9)	
		炎症性腸疾患	1人(1.0)	
その他	16人(5.8)			
精神的健康	93人(11.0)	不安	26人(28.0)	133 (15.5)
		うつ病	20人(21.5)	
		ストレスまたは疲労	17人(18.3)	
		双極性障害	7人(7.5)	
		ADHD	6人(6.5)	
		不眠症およびその他の睡眠障害	5人(5.4)	
		ASD	2人(2.2)	
		依存症	2人(2.2)	
その他	8人(8.6)			
一般的なウェルネスと予防	57人(6.7)	-	-	245 (28.7)
女性の生殖機能	51人(6.0)	更年期症状	20人(39.2)	134 (15.7)
		月経困難症など月経に伴う不定愁訴	12人(23.5)	
		多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS)	9人(17.7)	
		子宮内膜症	6人(11.7)	
		子宮筋腫およびその他の良性腫瘍	3人(5.9)	
		その他	1人(2.0)	
皮膚・外皮系	44人(5.2)	炎症性皮膚疾患	25人(56.8)	79 (9.3)
		尋常性ざ瘡 (にきび)	11人(25.0)	
		その他	8人(18.2)	
呼吸器	43人(5.0)	うつ血性呼吸器障害	23人(53.5)	71 (8.3)
		呼吸器感染症	8人(18.6)	
		気管支喘息	6人(14.0)	
		その他	6人(14.0)	

第3節 健康管理システムにおけるナチュロパシーの実践と実施

母性健康	43人(5.0)	受胎率	23人(54.8)	29 (3.4)
		妊娠	11人(26.2)	
		プレコンセプションケア	5人(11.9)	
		授乳・母乳育児・その他の産後ケア	3人(7.1)	
神経系	43人(5.0)	頭痛・片頭痛	24人(55.8)	67 (7.9)
		神経痛	7人(16.3)	
		パーキンソン病	3人(7.0)	
		麻痺・半身不随	3人(7.0)	
		手根管症候群	1人(2.3)	
		その他	5人(11.6)	
内分泌	40人(4.7)	甲状腺の異常	22人(55.0)	203 (23.8)
		2型糖尿病	5人(12.5)	
		副腎機能不全	5人(12.5)	
		インスリン抵抗性またはメタボリックシンドローム	4人(10.0)	
		その他	4人(10.0)	
がん	39人(4.6)	活動中の悪性腫瘍	17人(43.6)	29 (3.4)
		がん後の回復、支援、予防	11人(28.2)	
		がん治療の副作用の管理	5人(12.8)	
		緩和ケア	3人(7.7)	
		良性がん	2人(5.1)	
		その他	1人(2.6)	
循環器	36人(4.2)	高血圧症	15人(41.7)	108 (12.7)
		慢性静脈不全・循環不全	9人(25.0)	
		動脈硬化および/または脂質異常症	6人(16.7)	
		脳卒中関連愁訴	4人(11.1)	
		その他	2人(5.6)	
体重管理	34人(4.0)	-	-	147 (17.2)
自己免疫	31人(3.6)	全身性(例:SLE/狼瘡、関節リウマチ、 強直性脊椎炎(Ankylosing Spondylitis))	18人(58.1)	74 (8.7)
		消化器(セリアック病、クローン病、潰瘍性大腸炎)	5人(16.1)	
		神経系(例:多発性硬化症、筋無力症など重症度)	3人(9.7)	
		甲状腺(グレーブ、橋本病など)	2人(6.5)	
		1型糖尿病	2人(6.5)	
		その他	1人(3.2)	
泌尿器	21人(2.5)	尿路感染症	8人(38.1)	41 (4.8)
		前立腺肥大症	5人(23.8)	
		腎臓疾患	3人(14.3)	
		その他の感染症	3人(14.3)	
		失禁	2人(9.5)	
加齢と認知	10人(1.2)	アルツハイマー病または認知症	4人(40.0)	69 (8.1)
		健康的な加齢の支援	3人(30.0)	
		その他の認知機能障害	3人(30.0)	
感染症	7人(0.8)	ライム病	3人(42.9)	27 (3.1)
		エプスタイン・バー・ウイルス	2人(28.6)	
		その他	2人(28.6)	

表 9.2: 自然療法士/自然療法医が報告した患者に処方した治療法のカテゴリー (n=859)

処方された治療法のカテゴリー	N (%)
食生活の変化	517 (60.5)
生活習慣の改善	486 (56.9)
ハーバル薬	463 (54.2)
栄養補助食品	445 (52.1)
鍼治療	233 (27.2)
手技療法	189 (22.1)
ホメオパシー	188 (22.0)
カウンセリングと心理療法	160 (18.7)
その他の精力剤	137 (16.0)
試験または調査	117 (13.7)
水治療法	115 (13.5)
その他の伝統的な医療システム	110 (12.9)
侵襲的治療法	58 (6.8)
その他の治療法	222 (26.0)

クリニカルマネジメントと共同ケア

表 9.2 に示すように、最も多い治療法 患者に処方または推奨されたカテゴリーは以下の通りです。食生活の改善 (60.5%)、生活習慣および行動の改善 (60.5%)、漢方薬(54.2%)、栄養補助食品(3.0%)の順となった。(52.1%)。これらの治療法に続くのは 鍼治療 (27.2%)、手技療法 (22.1%)、ホメオパシー (22.1%)、(22.0%)、カウンセリング (18.7%) の順となった。参加者 自然療法士/自然療法医が処方したものの 平均4.0種類の治療法を推奨しています。は、個々のケースについて

患者さんの約3分の1 (33.0%) が は、参加者の自然療法士にしか相談していないと回答しています。自然療法士は、自分の現在の状態を管理するために必要です。健康上の懸念がある。また、多くの患者さんが、以下のようなケアを受けていました。一般医(43.2%)または専門医(13.2%)のいずれかが必要です。27.8%)であった。アライド・ヘルス・プラクティショナーによる共同治療 補完医療従事者 (12.4%)。(10.9%) はあまり多くありませんでした。

まとめ

自然療法士/自然療法医は、健康管理を行う。生涯を通じた多様な健康状態に対して 患者 自然療法士に相談している。世界的に重要な健康状態をサポートするために 自然療法を示唆する新たなエビデンスも出てきています。これらの症状の中には、ケアによって改善されるものもあります。

世界中の自然療法士/自然療法医が 診断や治療に統合的なアプローチを採用しています。慢性的で複雑なヘルスケアの治療戦略 の不満がある。全体として、本研究は、自然療法士/自然療法士は、プライマリ・プライバシー・ポリシーの一面を提供します。健康増進と疾病予防のためのケア 世界中の人々がアクセスするものです。

引用文献

1. Steel, A., Foley, H., Bradley, R., Van De Venter, C., Lloyd, I., Schloss, J., Wardle, J., and Reid, R., *Overview of international naturopathic practice and patient characteristics: results from a cross-sectional study in 14 countries*. BMC Complementary Medicine and Therapies, 2020. **20**(1): p. 59.
2. Steel, A., Goldenberg, J.Z., Hawrelak, J.A., Foley, H., Gerontakos, S., Harnett, J.E., Schloss, J., and Reid, R., *Integrative physiology and traditional naturopathic practice: Results of an international observational study*. Integrative Medicine Research, 2020. **9**(4): p. 100424.
3. World Naturopathic Federation. *World Naturopathic Federation Report. Findings from the 1st World Naturopathic Federation survey*. 2015; Available from: http://worldnaturopathicfederation.org/wp-content/uploads/2015/12/World-Federation-Report_June2015.pdf.
4. World Naturopathic Federation. *The World Naturopathic Federation Roots Report – Findings from the Naturopathic Roots Committee survey*. 2016; Available from: <http://worldnaturopathicfederation.org/wnf-publications/>.
5. Vanselow, N.A., Donaldson, M.S., and Yordy, K.D., *A New Definition of Primary Care*. Journal of the American Medical Association, 1995. **273**(3): p. 192-192.
6. Iacoviello L, Bonaccio M, Cairella G, Catani M, Costanzo S, D'Elia L, Giacco R, Rendina D, Sabino P, and Savini I, *Diet and primary prevention of stroke: Systematic review and dietary recommendations by the ad hoc Working Group of the Italian Society of Human Nutrition*. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases, 2018. **28**(4): p. 309-334.
7. Mathers CD and Loncar D, *Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030*. Samet J, editor. PLoS Med (Internet). Public Library of Science, 2018. **28**.
8. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), *Findings from the Global Burden of Disease Study 2017*. 2018, IHME: Seattle, WA.
9. Stewart, J., Manmathan, G., and Wilkinson, P., *Primary prevention of cardiovascular disease: A review of contemporary guidance and literature*. JRSM cardiovascular disease, 2017. **6**: p. 2048004016687211.
10. Haw J, Galaviz K, Straus A, Kowalski, A., Magee, M., Weber, M., Wei, J., Narayan, K.M.V., and Ali, M., *Long-term Sustainability of Diabetes Prevention Approaches: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials*. Journal of the American Medical Association Internal Medicine, 2017. **177**.
11. Burns, D.M., *Primary prevention, smoking, and smoking cessation: implications for future trends in lung cancer prevention*. Cancer, 2000. **89**(S11): p. 2506-2509.
12. Meguid El Nahas, A. and Bello, A.K., *Chronic kidney disease: the global challenge*. Lancet, 2005. **365**(9456): p. 331-40.
13. Rennard, S.I. and Drummond, M.B., *Early chronic obstructive pulmonary disease: definition, assessment, and prevention*. Lancet, 2015. **385**(9979): p. 1778-1788.
14. Norton S, Matthews F, Barnes D, Yaffe K, and Brayne C, *Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data*. The Lancet Neurology, 2014. **13**(8): p. 788-794.
15. Yamaya, M., Ohrui, T., Kubo, H., Ebihara, S., Arai, H., and Sasaki, H., *Prevention of respiratory infections in the elderly*. Geriatrics & Gerontology International, 2002. **2**(3): p. 115-121.
16. Hausser, T., Lloyd, I., Yáñez, J., Cottingham, P., Newman-Turner, R., and Abascal, A. *WNF White Paper: Naturopathic Philosophies, Principles and Theories*. 2017; Available from: http://worldnaturopathicfederation.org/wp-content/uploads/2015/12/White-Paper_FINAL.pdf.
17. Yarnall, K.S., Pollak, K.I., Østbye, T., Krause, K.M., and Michener, J.L., *Primary care: is there enough time for prevention?* American Journal of Public Health, 2003. **93**(4): p. 635-41.
18. Ali, A. and Katz, D.L., *Disease Prevention and Health Promotion: How Integrative Medicine Fits*. American Journal of Preventive Medicine, 2015. **49**(5 Suppl 3): p. S230-40.
19. Myers S P and Vigar V, *The State of the Evidence for Whole-System, Multi-Modality Naturopathic Medicine: A Systematic Scoping Review*. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2019. **25**(2): p. 141-168.

10

自然療法士/自然療法医への相談の国際的な普及率

エイミー・スチール, ND PhD

アンディ・マクリントック, ND

ジャネット・シュロス, ND PhD

ホルガー・クレイマー, Naturopath PhD

レベッカ・レドモンド, Naturopath

ジョシュア・ゴールドンバーグ, ND

マシュー・リーチ, ND, PhD

ジョアンナ・ハーネット, ND PhD

クロードニス・ヴァン・デ・ヴェンター, ND

ライアン・ワット, ND

ジェイソン・ハウレック, ND PhD

キエラン・クーリー, ND PhD

ブレンダ・レオン, ND PhD

ジョン・ウォードル, ND PhD

主な内容

- 自然療法士/NDは、12ヶ月の間に一般人口の0.4%から8%に相談される可能性があります。
- WHOの全地域にまたがる少なくとも108カ国で11万人以上の自然療法士/NDが開業しています。
- 自然療法士は世界的に大きな存在感を示しており、世界の自然療法士は1ヶ月に550万人以上の患者を診察していると推定されます。
- 自然療法が行われている国は数多くありますが、各国における自然療法相談の普及率を概説したデータは限られています。

伝統医学や補完医学（自然療法を含む）の利用が増加していることを受けて、世界保健機関（WHO）は、安全で効果的なヘルスケアへのアクセスを確保するための世界戦略を策定し、伝統医学や補完療法（自然療法を含む）のヘルスケアシステムへの統合を促進しています[1]。いくつかの国際的な調査研究は、自然療法の医療サービスへの需要は、個人の健康管理の信念、生物医学的ケアへの不満、病気の重症度の増加や満たされていない健康管理のニーズに起因している可能性があることを示唆している[2-5]。しかしながら、自然療法による医療サービスの国際的な普及率を調査し、患者や集団のヘルスケアとアウトカムを促進するために、より広い医療システムに対する自然療法の現在および潜在的な貢献を判断するのに役立つ、さらなる研究が必要である。そこで、本章では、既存の最良の証拠のメタ分析を通じて、一般人口による自然療法士への相談の世界的な有病率の推定値を提示する。

インプリケーション

このレビューは、自然療法士/自然療法医への相談の世界的な有病率に関する利用可能な最新の証拠を示し、世界の4つのWHO地域にわたる一般集団の自然療法/自然療法医学の使用の12ヶ月有病率を示しています。有病率が報告されている地域のうち、最も高かったのは東地中海（イスラエル）で、一般人口の18%（2007年）～20%（1993年）が自然療法士/自然療法医のサービスを求めている。最も低いのはアメリカ大陸の0.4%（2012年）であった。生涯利用率が報告されたのは、わずか2カ国であった。カナダ（1997年6%→2016年11%）、インド（2011/12年農村部7%、都市部12%）。複数の時間枠のデータが利用可能な場合、これらの国では自然療法/自然医学の利用が時間的に安定していることを示唆する時間的な一貫性が比較的多く見られた。利用可能な有病率データのギャップにもかかわらず、世界の自然療法士/自然療法医の推定数 [6] と自然療法士/自然療法医が診察する既知の平均患者数 [7] に基づいて、世界の自然療法士労働力は550万以上のケアを提供していると推定されます。

個人の1ヶ月の受診率に大きな幅があることがわかります。自然療法士/自然療法医との違いを反映していると思われる。自然療法の認知度や利用しやすさなど、特定の国での国です。例えば、全国的な普及率は米国では、自然療法士への相談は比較的容易です。は低いが、これはその国内での大きな異質性を曖昧にしている可能性がある。の地域です。例えば、ワシントン

第3節 健康管理システムにおけるナチュロパシーの実践と実施

州の保険データ 自然療法士による診察の有病率は、1.5%であることが示されています。は、全米の有病率より4倍高い(1.6%対 0.4%) [8]。このような異質性は、同様に他の地域では、いくつかの要因に起因する可能性があります。例えば 例えば、アメリカでは、自然療法士という職業が認められています。免許の取得は、全国一律ではありません。9)、自然療法士の分布は、その国によって異なる。労働力は、歴史的に近接した地域によって決定されてきた。自然療法学校 [10] があります。保険の適用範囲はまた、自然療法を利用する際の重要な要因であることが知られています。[8] であり、保険加入の取り決めは様々である。米国で観察されるように[11]、自然療法もまた、その可能性があります。は地域差がある。さらに注目すべきは 地域差や異質性、特にそれが 適切な治療を行うための具体的な障壁と促進要因に関連する。自然療法サービスを利用することが正当化される。

利用率に大きな幅があるのは、範囲や診療の違いも反映しているのかもしれない。例えば、米国では、自然療法医は従来の医学とCAMの橋渡しをすると考えられているが [12]、ドイツでは、「Heilpraktiker」として知られる自然療法士は別格で、訓練と臨床能力に一貫性がないと報告されている [13]。このように、自然療法という用語は、専門化によって開業医の分類が異なり、ある国では利用が過小評価され、他の国では過大評価されている可能性がある。さらに、国によって専門職の肩書きの「保護」や自然療法士/自然療法医の診療範囲の定義が一貫していないことに関連する意味を考慮すると、一般の人々による使用の普及率に影響を与える可能性が高い [14]。

また、一部の国の有病率データは、「自然療法」という用語の定義上の困難や混乱によって影響を受けている可能性があります。例えば、自然療法は、しばしば「ヘルスケアへの補完的アプローチ」 [15]と考えられる多くの様式や治療法の一つとして、より広い名称の下にグループ化されており、個別に評価されない場合があり、我々の分析には含まれない。また、複数の施術者がいると、データ収集が困難になる場合があります。例えば、EUにおけるCAMサービスのレビューでは、自然療法の施術者 (22,300人)のうち、15,000人は (主にドイツの) 医師と特定されています [16]。したがって、患者は、自然療法を受けること自体をサービスとして認識するのではなく、自然療法の原理や様式を診療に取り入れている医師から受ける標準的なケアの一部として認識することができるのである。これは、自然療法の労働力が最も多いヨーロッパの3カ国 (ドイツ、ポルトガル、スペイン [14]) がこのレビューに含まれていない理由の1つかもしれません。ケア提供における自然療法士の潜在的な役割を適切に評価するために、自然療法士の存在が大きいですべての国において、重要な自然療法医療サービスや労働力の研究データを収集することに焦点を当てることが不可欠である。

さらに、自然療法の実践は世界的に比較的一貫しているが、好まれる治療法の地域差や地方差は、その国での自然療法相談の普及に影響を与えるかもしれないポイントオブサービスの違いをもたらすかもしれない。例えば、イギリスでは、オステオパシーと自然療法との歴史的なつながりが、オーストラリアのように自然療法と薬草療法がより大きな歴史を共有し、つながりを維持している国よりも、筋骨格系の症状に対する自然療法の利用を促進しているか

もしれない [17]。このレビューのいくつかの研究は、自然療法の利用について他のCAM実践と明示的に組み合わせている-例えば、オーストラリアの研究では、薬草療法と自然療法など。したがって、「真の」有病率を確立するために、国内および国外の自然療法サービスの利用についてより具体的なデータを収集するための利用情報を提供する、信頼性の高い検証済みの手段を開発することが重要である。

有病率データは、ある集団の自然療法使用のスナップショットを提供する一方で、その使用に関連する要因についてはあまり知られていない。例えば、自然療法/自然医学の使用に影響を与える要因として以前に提起された、免許と規制、診療範囲、新しい学生の訓練、したがって労働力における自然療法士/自然療法医の数、または自然療法サービスのサポートと償還に影響を与える国特有の医療システム (例：保険対ポケット) [18] があります。一般人口の利用率に焦点を当てることで、この研究は、以下のような違いを反映していない可能性があります。

異なる臨床症状に対する使用の普及率。例えば、2010年以前に発表されたオーストラリアの研究では、自然療法利用の自己申告による有病率は、以下の通りである。

中年女性の一般集団は8.7%であるのに対し、がん (15.7%)、うつ病 (22.2%) は有意に高い数値を示しています [3]。米国ワシントン州の保険データでも、一般加入者の1.6%に対し、保険加入のがん患者の7.1%が自然療法を請求しており、同様のばらつきが見られました [8]。

研究方法

2019年9月から10月にかけて、研究データベースの系統的電子検索を行った。検索したデータベースは、MEDLINE, AMED, EMBASE, CINAHL, Global Health, WHO Iris, PROQUEST dissertations database, Lilacである。また、灰色文献の検索も行った。検索対象は、WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine (2019) [19]によると、自然療法士/自然療法医が地域社会にケアを提供している国であった。検索は、Google検索エンジンを使用し、prevalence, use, naturopathy, report、国名という用語で実施した。コホート研究、横断研究、調査研究、症例対照研究、有病率研究、疫学研究の原データを報告した論文を対象とした。レビューに含めるには、自然療法士に相談した一般人口の有病率について報告していることが必要である。

過去12ヶ月間、または生涯を通じての利用者。発言言語やバイアスリスクのスコアに関係なく、関連するすべての論文を対象とした。論文は

特定の患者集団 (例：子供、女性限定、年齢制限、疾病集団) の結果を提示するものは除外した。また、自然療法と一般的に関連する治療法 (例えば、ハーブ療法、水治療法、ヨガなど) を使用する可能性があるが、自然療法士として明示されていない他の医療専門家への相談の有病率を提示するだけの研究や、自然療法の相談率が、自然療法相談の特定の有病率ではなく、補完代替医療 (CAM) などの医療行為の累積グループと混同された場合も除外された。また、2010年以前に発表された研究も除外した。特定された論文は、Hoyら [20]が開発したツールを用いて、報告された研究のバイアスリスクを評価した。

分析

結果は、WHO地域別 [21]に従って、結果をグループ分けして叙述的に表現した。複数の年の結果を報告した研究は、分析において異なる研究として扱った。分子または分母が不明確な論文については、必要な情報がある場合、研究チームが計算を行った。

が提供されるか、同じ研究の原資料と照合した。これらの方法で確認できない情報については、著者に問い合わせを行った。

12ヶ月有病率と生涯有病率について、加重有病率と95%信頼区間 (95%CI) が別々に計算された。さらに、a)原産国、b)WHO地域について個別に分析を行った。研究間の異質性は、I²統計量を用いて、生の比率に基づいて推定した。区間は以下のように定義された [22, 23] : 低異質性 (I² 0 - 24%)、中程度の異質性 (I² 25 - 49%)、かなりの異質性 (I² 50 - 74%)、関連した異質性 (I² 75 - 100%)。異質性を評価するために、 $p \leq 0.10$ で χ^2 検定を実施した[23]。

結果

検索の特徴

データベース検索により、2509件の重複を含む13968件の引用が確認された。このうち11370件は、タイトルと抄録のフィルタリングにより除外された。残りの全文89件の論文について、包含基準に照らして適格性を評価した結果、82件が除外された。この結果、7件の論文が残された。参考文献リストとそれに続く残りの論文の引用を確認し、さらに19の論文 (3文献、16引用)を確認した。このレビューの包含基準に合致している。

研究の特徴

過去12ヶ月間の国内人口における自然療法の利用を報告した研究は、WHOの4つの地域を代表するものである。ヨーロッパ (n=2) [24, 25]、東地中海 (n=1) [26]、アメリカ大陸 (n=3) [27-29]、西太平洋 (n=1) [30] (表 10.1 参照)である。カナダからのこれらの研究の1つはまた、ユーザーの生涯にわたって任意の時点で自然療法の使用の有病率を提示した[29]。インド (東南アジア地域)からの追加の1つの研究は、使用期間を特定していない[21] (表10.2参照)。イスラエルからの1件の研究では、参加者の主観的な経済状態が「非常に良い」または「良い」であった [26]以外は、すべての研究が成人の一般集団を対象としており、全国的な代表として報告されているか、経済区分の分布が示されていた。4つの研究では、複数の時点の有病率データが含まれており [25-27, 29]、最も古いデータは1993年に収集されたものである [26]。2つの論文では、同じ全国規模のコホート研究からのデータを報告しているが、異なる時点のデータであった [27, 28]。すべての研究で、都市部と農村部の両方からの参加者が含まれていた。すべての

非回答バイアスにさらされることが確認された1件の研究を除き、含まれる研究はバイアスのリスクが低いと判断された[26]。

所見のまとめ

含まれる研究は、過去 12 ヶ月間の自然療法使用の有病率を示した。ヨーロッパ地域の研究では、英国[24]の2%からスイスの7.7%までと報告されています。東地中海地域からの唯一の研究は、1993年に20%から2007年に18%としてイスラエル[26]の有病率を報告した。アメリカ地域の研究では、カナダでは一般人口の3% (1997年) から5% (2016年)、米国では0.25% (2002年) から0.4% (2015年) が自然療法を利用していると報告された[27, 28]。西太平洋地域の全国的な有病率データを提供する唯一の研究はオーストラリアからのものであり、人口の6.2%が過去12ヶ月間にナチュラルヒーリングを利用したと報告した[30]。過去12ヶ月の使用を報告するデータに加え、

表10.1: 過去12ヶ月間の自然療法使用の有病率を報告した対象研究の概要情報

WHO地域	国名 (WHO地域)	著者名	経済状態	データ収 集年	人	ナチュロパシー記 述子	設定(例:都市 部、農村部)	N	全体的な使用率(% (%)
欧州	イギリス	Hunt et al (2010)	全国代表	2005	一般人	ナチュロパシー	両方	7630	2%*
	スイス	Klein et al. (2015)	全国代表	2007, 2012	一般人	ナチュロパシー	両方	2007: 14,432 2012: 18,357	2007: n=1185; 7.7% 2012: n=1597; 7.7%
東地中海 地域	イスラエル	Shmueli, et al (2010)	主観的経済状態「非常 に良い」または「良 い」の範囲はM=0.49 から=0.58まで	1993, 2000, 2007	一般人	ナチュロパシー	都市	1993: 2003 2000: 2505 2007: 752	1993: n=400; 20% 2000: n=425; 17% 2007: n=135; 18%
アメリカ大陸	カナダ	Esmail (2017)	均等に分布 (<\$20 000 - >\$79 999)	1997, 2006, 2016	一般人	ナチュロパシー	全国	1997: 1500 2006: 2000 2016: 2000	1997: n=45; 3% 2006: n=80; 4% 2016: N=100; 5%
	アメリカ	Su and Li (2011)	全国代表	2002, 2007	一般人	ナチュロパシー	全国	2002: 30267 2007: 20769	2002: n=76; 0.25% 2007: n=71; 0.34%
		Clarke et al (2015)	全国代表	2012	一般人	ナチュロパシー	全国	38280	n=153; 0.4%
西太平洋	オーストラリア	McIntyre et al. (2019)	世帯収入での管理性; 不可能、いつも/ときど き困難(58.6%)、あま り/簡単(41.4%)。	2017	一般人	ナチュロパシーと 西洋ハーブ医学	両方 都市部: 72.6% インナーリージ ョン: 18.7 外地・地方 リモート 8.7%	2019	n=126; 6.2%

* 記事中の図表を解釈して推定した数値です。

表 10.2: 自然療法の生涯利用率を報告した対象研究の情報

WHO地域	国名 (WHO地域)	執筆者	経済的状況	デザイン (尺度)	データ収集 年	人	ナチュロパシ ー記述子	セッティング (例:都市 部、農村部)	N	曝露期間	全体的な 使用状況(%)
アメリカ大陸	カナダ	エスマイ ル(2017)	均等に分布している (<\$20,000 ->\$79 999)	クロスセ クション (調査)	1997, 2006, 2016	一般人	ナチュロパシ ー	両方	1500 (1997). 2000 (2006). 2000 (2016)	使用したこと がある	1997: 6% 2006: 9% 2016: 11%
東南アジア	インド	スリニバサン & ラジ・スグ マール (2017 年)	職業、社会集団、 学歴、宗教の多様 性	クロスセ クション (調査)	2011-2012	一般家庭の世 帯	ナチュロパ シーとヨガ	両方	合計: 65507 都市部: 26996 農村部: 38511	指定なし	合計: n=6616 (10%) 都市部: n=3227 (12%) 農村部: n=2607 (7%)

2つの研究は、他の期間での使用の有病率を報告した。アメリカ大陸、特にカナダからの1つの研究は、1997年に一般人口の6%、2006年に9%、2016年に11%が、ユーザーの生涯のある時点で自然療法を使用したことを示しました[29]。東南アジア地域からの2番目の研究は、人口の合計10%が自然療法とヨガを使用したことがあると報告したが、使用の時間枠は特定されていない[21]。

メタアナリシスの所見

各国の自然療法使用の推定12ヶ月有病率を図10.1に示す。有病率は国によって有意に異なり ($p < 0.001$)、アメリカの人口の1%未満からスイスの8%までの範囲であった。一次研究の異質性は広いが、有意な異質性はカナダ ($p = 0.01$) とアメリカ ($p < 0.001$) のみで認められた。WHO地域に関しては、自然療法使用の12ヶ月有病率は、

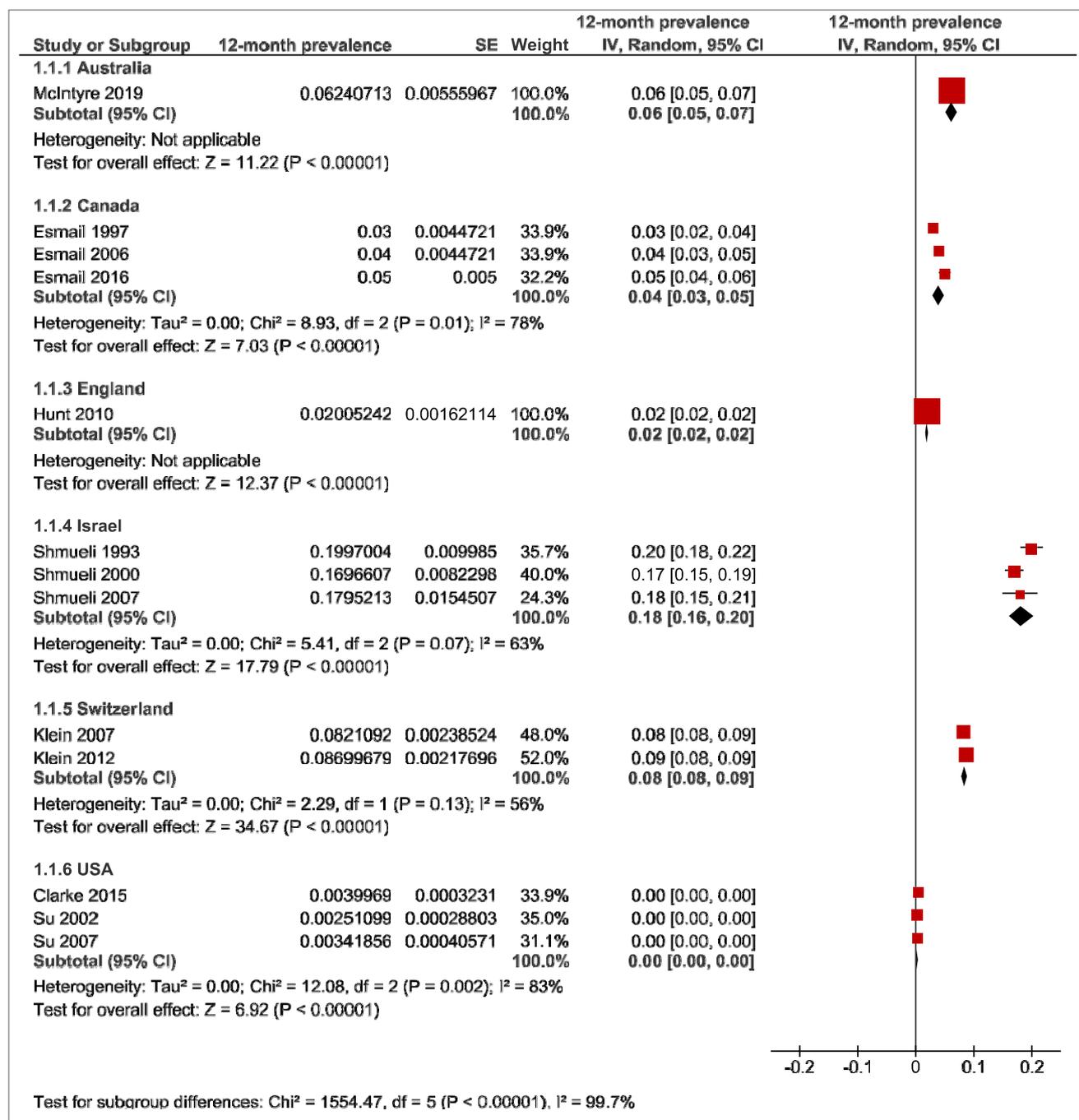


図10.1 : 各国における自然療法利用の12ヶ月間の有病率

第3節 健康管理システムにおけるナチュロパシーの実践と実施

アメリカ地域の1%からヨーロッパ地域と西太平洋地域の6%であり、やはり地域間で有意差があった ($p < 0.001$; 図10.2)。ヨーロッパ地域 ($p < 0.001$)、アメリカ地域 ($p < 0.001$)の研究において、関連性のある統計的に有意な異質性が存在することがわかった。すべての研究が低バイアスリスクと分類されたため、感度分析は行わなかった。生涯を報告する研究の少なさと異質性のためメタアナリシスは実施されなかった。

制限事項

自然療法の文脈における有病率研究の限界の1つは、自然療法に特有の治療の幅を捉えることができず、ケアの質、へ

ルスケアシステム内での役割、特定の症状の管理に対する自然療法アプローチの有効性と安全性に関連するデータを捉えることができないことである [31]。したがって、自然療法/ナチュロパシー医学の品質、安全性、有効性、費用対効果に関する研究は、集団内および世界全体でより広く医療への自然療法の貢献に関する実用的な理解を提供するだろう。

また、2010年以降に発表された研究にデータ収集を限定することは、有病率データが現代の利用状況を最も正確に反映することに役立つが、そのような時間的制限は、レビューから漏れている地域のいくつかの研究を除外した可能性がある。さらに、自然療法相談の有病率の経時的変化を観察することは、医療システムの変化や世代間の健康ニーズとの関連で、自然療法/自然療法の役割の変化に関する洞察を提供できる可能性もある [32]。

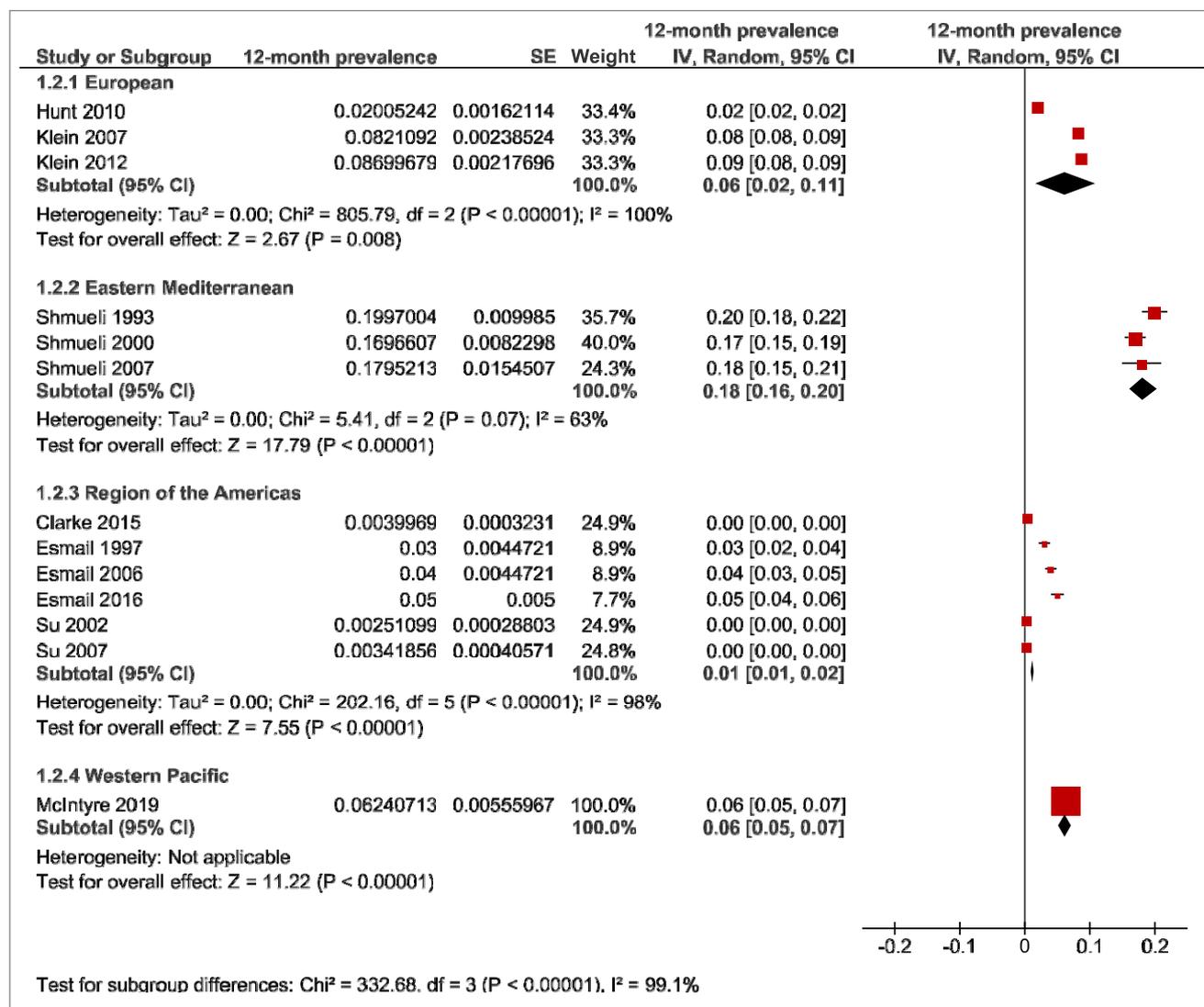


図10.2 : WHO地域別の12ヶ月間の自然療法利用率

まとめ

自然療法士は世界的に大きな存在感を示しているが、自然療法相談の有病率に関するデータは限られている。12ヶ月間の有病率

自然療法/ナチュロパシー医学の利用は、アメリカ大陸地域の1%からヨーロッパおよび西太平洋地域の6%までであったが、地域間および地域内で大きな差があり、これはさまざまな政策、法律、社会的要因によるものであると思われる。

引用文献

1. World Health Organization, *World Health Organisation Traditional Medicine Strategy 2014 – 2023*. 2013; Geneva.
2. Leach, M.J., *Profile of the complementary and alternative medicine workforce across Australia, New Zealand, Canada, United States and United Kingdom*. *Complementary Therapies in Medicine*, 2013. **21**(4): p. 364-78.
3. Reid, R., Steel, A., Wardle, J., Trubody, A., and Adams, J., *Complementary medicine use by the Australian population: a critical mixed studies systematic review of utilisation, perceptions and factors associated with use*. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2016. **16**(1): p. 176.
4. Leach, M.J., *Determinants of Complementary Medicine Service Utilization in a Regional South Australian Population: A Cross-Sectional Study*. *The Journal of Rural Health*, 2021. **37**(1): p. 69-80.
5. Bradley, R., Sherman, K.J., Catz, S., Calabrese, C., Jordan, L., Grothaus, L., and Cherkin, D.C., *Survey of CAM interest, self-care, and satisfaction with health care for type 2 diabetes at group health cooperative*. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2011. **11**(1): p. 1-9.
6. World Naturopathic Federation. *Naturopathic Numbers Report*. 2016; Available from: <http://worldnaturopathicfederation.org/wp-content/uploads/2015/12/2016-Naturopathic-Numbers-Report.pdf>.
7. Steel, A., Schloss, J., Leach, M., and Adams, J., *The naturopathic profession in Australia: A secondary analysis of the Practitioner Research and Collaboration Initiative (PRACI)*. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2020. **40**: p. 101220.
8. Lafferty, W.E., Bellas, A., Corage Baden, A., Tyree, P.T., Standish, L.J., and Patterson, R., *The use of complementary and alternative medical providers by insured cancer patients in Washington State*. *Cancer*, 2004. **100**(7): p. 1522-30.
9. Fleming, S.A. and Gutknecht, N.C., *Naturopathy and the primary care practice*. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 2010. **37**(1): p. 119-136.
10. Albert, D.P. and Butar, F.B., *Distribution, concentration, and health care implications of naturopathic physicians in the United States*. *Complementary Health Practice Review*, 2004. **9**(2): p. 103-117.
11. Whedon, J., Tosteson, T.D., Kizhakkeveetil, A., and Kimura, M.N., *Insurance reimbursement for complementary healthcare services*. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2017. **23**(4): p. 264-267.
12. Litchy, A.P., *Naturopathic physicians: holistic primary care and integrative medicine specialists*. *Journal of Dietary Supplements*, 2011. **8**(4): p. 369-377.
13. Heudorf, U., Carstens, A., and Exner, M., *Naturopathic practitioners and the public health system. Legal principles as well as experience from naturopathic practitioner candidate tests and hygiene inspections of naturopathic practitioner's practices in the Rhine-Main area in 2004 – 2007*. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 2010. **53**(2): p. 245-257.
14. World Naturopathic Federation Roots Committee. *WNF – Naturopathic Roots Report*. 2016; Available from: <http://worldnaturopathicfederation.org/wp-content/uploads/2015/12/Naturopathic-Roots-final-1.pdf>.
15. National Center for Complementary and Integrative Health. *Are You Considering a Complementary Health Approach?* 2016 [cited 2021 30 June]; Available from: <https://www.nccih.nih.gov/health/are-you-considering-a-complementary-health-approach>.
16. von Ammon, K., Frei-Erb, M., Cardini, F., Daig, U., Dragan, S., Hegyi, G., di Sarsina, P.R., Sørensen, J., and Lewith, G., *Complementary and alternative medicine provision in Europe – first results approaching reality in an unclear field of practices*. *Complementary Medicine Research*, 2012. **19**(Suppl. 2): p. 37-43.
17. World Naturopathic Federation. *World Naturopathic Federation Report. Findings from the 1st World Naturopathic Federation survey*. 2015; Available from: <http://worldnaturopathicfederation.org/wp-content/uploads/2015/12/World-Federation-Report-June2015.pdf>.
18. Ooi, S.L., McLean, L., and Pak, S.C., *Naturopathy in Australia: Where are we now? Where are we heading?* *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2018. **33**: p. 27-35.
19. World Health Organization, *WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine*. 2019; Geneva.
20. Hsu, C., Sherman, K.J., Eaves, E.R., Turner, J.A., Cherkin, D.C., Cromp, D., Schafer, L., and Ritenbaugh, C., *New perspectives on patient expectations of treatment outcomes: results from qualitative interviews with patients seeking complementary and alternative medicine treatments for chronic low back pain*. *BMC Complementary Alternative Medicine*, 2014. **14**(1): p. 276.
21. Srinivasan, R. and Sugumar, V.R., *Spread of traditional medicines in India: Results of national sample survey organization's perception survey on use of Ayush*. *Journal of*

- Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, 2017. **22**(2): p. 194-204.
22. Higgins, J.P., Thompson, S.G., Deeks, J.J., and Altman, D.G., *Measuring inconsistency in meta-analyses*. *BMJ*, 2003. **327**(7414): p. 557-560.
23. Higgins, J.P., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M.J., and Welch, V.A., *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. 2019: John Wiley & Sons.
24. Hunt, K.J., Coelho, H.F., Wider, B., Perry, R., Hung, S.K., Terry, R., and Ernst, E., *Complementary and alternative medicine use in England: Results from a national survey*. *International Journal of Clinical Practice*, 2010. **64**(11): p. 1496-1502.
25. Klein, S.D., Torchetti, L., Frei-Erb, M., and Wolf, U., *Usage of complementary medicine in Switzerland: Results of the Swiss health survey 2012 and development since 2007*. *PLoS One*, 2015. **10**(10).
26. Shmueli, A., Igudin, I., and Shuval, J., *Change and stability: use of complementary and alternative medicine in Israel: 1993, 2000 and 2007*. *European Journal of Public Health*, 2011. **21**(2): p. 254-259.
27. Su, D. and Li, L., *Trends in the use of complementary and alternative medicine in the United States: 2002 – 2007*. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2011. **22**(1): p. 296-310.
28. Clarke, T.C., Black, L.I., Stussman, B.J., Barnes, P.M., and Nahin, R.L., *Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002 – 2012*. *National health statistics reports*, 2015(79): p. 1-16.
29. Esmail, N., *Complementary and Alternative Medicine*. 2017: Fraser Institute.
30. McIntyre, E., Adams, J., Foley, H., Harnett, J., Leach, M.J., Reid, R., Schloss, J., and Steel, A., *Consultations with Naturopaths and Western Herbalists: Prevalence of Use and Characteristics of Users in Australia*. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2019. **25**(2): p. 181-188.
31. Myers, S. and Vigar, V., *The State of the Evidence for Whole-System Multi-Modality Naturopathic Medicine: A Systematic Scoping Review*. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2019. **25**(2).
32. Steel, A., Munk, N., Wardle, J., Adams, J., Sibbritt, D., and Lauche, R., *Generational differences in complementary medicine use in young Australian women: Repeated cross-sectional dataset analysis from the Australian longitudinal study on women's health*. *Complementary Therapies in Medicine*, 2019. **43**: p. 66-72.

11

自然療法ケアにおけるアクセスと公平性

イバ・ロイド, ND
ソフィア・ゲロンタコス, Naturopath
ヴァレンティナ・カルドゾ, ND

主な内容

- 自然療法コミュニティクリニック (NCC) は、社会から疎外された人々やその他の専門集団に、患者さんの負担が少ないか、あるいは全くない形でサービスを提供しています。
- 世界中に少なくとも100のNCCがあり、その51%は北米に位置しています。
- NCCは近年、アフリカ、東南アジア、ヨーロッパ、西太平洋地域でも設立されています。
- ほとんどのNCCは自然療法教育課程と提携している。
- NCCは、多様な人々が自然療法によるプライマリーケアにアクセスしやすくする。

自然療法は、国や規制、保険適用の有無、資金源によって異なる様々なモデルを用いて提供されています。恵まれない人々、疎外された人々、低所得者、十分なサービスを受けていない人々、あるいはその他の専門集団のために、地域診療所（地域医療センターとも呼ばれる）は無料または低コストの医療サービスを提供し、アクセス可能で文化的に有能な、人を中心とした必要な一次医療を行う上で重要な役割を果たします [1]。世界自然療法連盟 (WNF) は、2020年に世界中の自然療法コミュニティクリニック (NCC) の状況をマッピングするための調査を実施しました。この結果は、BMC Health Services Researchに掲載された論文 *Naturopathic community clinics: an international cross-sectional survey* の要約版である [2]。

インプリケーション

WNFが2020年に行ったNCCに関する調査の結果は、自然療法診療の特徴を調べた他の研究 [1, 3, 4] と一致しています。NCCは、幅広い年齢層（ほぼすべての年齢層をカバー）、性別（トランスジェンダーやノンバイナリーを含む）、文化的に多様なグループの患者に対応しているようである。自然療法士/自然療法医は、胃腸、メンタルヘルス、内分泌、筋骨格系の状態に重点を置いた幅広い症状の患者と、一般的な健康と幸福を求める患者を治療する [1, 3, 4]。

さらに、NCCで使用されている治療法は、食事のアドバイス（応用栄養学）、ライフスタイルのカウンセリング、運動のアドバイス、栄養補助食品（臨床栄養学）、漢方薬に重点を置いた国際的な自然療法実践に関する他の研究と一致しています [3, 4]。その結果、NCCで使用される最も一般的な相談モデルは、長い初診予約（約60分）と短い再診予約（約20～30分）を含む1対1のモデルであることが示されています [2]。これは、自然療法相談の長時間の性質を

強調する他の報告と一致している [4, 5]。しかし、20%のNCCは（1対1に加えて）グループ相談を採用していると報告されている。これは、一般的な自然療法診療ではあまり利用されていないが、多様で十分なサービスを受けていないコミュニティに到達し、医療格差に取り組むために、医学や他の統合医療の実践者ではより一般的になっているモデルだ [6, 7]。

NCCは、低所得者層、移民・難民、ホームレス、先住民、レズビアン、ゲイ、バイセクシャル、トランスジェンダー、クィア、2スピリット、インターセックス、アセクシャル (LGBTQ2SIA)、高齢者や物質使用障害者、HIV/AIDS患者、末期疾患や緩和ケア患者、DV被害者など、十分にサービスを受けておらず、社会から取り残されている人々のために活動をしています。先行研究により、自然療法士/自然療法医のもとを訪れる人々は、一般的に女性であり、中流または上流社会経済層の人々である可能性が高いことが示されている [8]。これと比較すると、NCCは、個人診療所での典型的なケアを受けられないような、さまざまな人々にサービスを提供しているように見えます。

NCCに対する需要や多様性にもかかわらず NCCの23%のみが、以下のサービスを受けている。政府からの資金援助があり、少なくとも6割のNCCが資金援助を受けています。寄付金によるものです。資金不足と需要 NCCは多様であることから、より多くの研究が必要である。適切で持続可能な資金調達を模索することが必要である。は、十分なサービスを受けていない環境における自然療法ケアのためのモデルです[2]。NCCの拡大を奨励することは、かなりの効果が期待できます。ある米国の研究では、正式に自然療法を取り入れることで、以下のようなことが削減されます。医療従事者不足の郡に分類される 全国で33~142の地域があります[9]。

方法

調査方法は横断的記述式で、最初に簡単なスクリーニング調査を行い、その後、人口統計情報、NCCに関する基本情報（自然療法学校との提携や運営期間など）、患者の人口統計、資金、診察モデル、マーケティング、症状や自然療法による治療法、提供する施術や治療、専門職間の連携、調査対象者の基本情報の9項目からなる40項目の調査を実施した。スクリーニング調査は、35カ国の自然療法専門職団体を代表するWNFのすべての既知の自然療法教育機関と正会員団体に電子メールで送信され、WNFのソーシャルメディアプラットフォームに掲載された。すべての調査項目について、度数と平均値を含む記述的分析を行った。

調査結果

スクリーニング調査では 37 名の回答者が回答し、その後 30 名が詳細なフォローアップ調査を実施した。

表 11.1 は、WHO 地域別の NCC の分布の概要である。NCCの51%は北米にあり、自然療法教育機関に併設されており、1機関あたり平均6.1人のNCCが存在することがわかった。北米のNCCは、そのほとんどがアメリカは10年以上の歴史があります。最近では、アフリカ、アジア、西太平洋の自然療法学校もNCCを提供し始めている[2, 10-12]。西太平洋などの一部の地域では、個人開業医が診療の一環として（すなわち、週に1日または月に1回）NCCを提供している [2]。

NCCサービスの提供は近年大幅に増え続け、NCCは世界中の自然療法教育機関の一部として、また救援または援助組織、個人診療所、独立開業医を通して提供されています[2]。

治療した疾患と使用した治療法

回答者によると、自然療法を受けるためにNCCを訪れた患者の平均は、56±25%が慢性的な愁訴や症状で、27±20%が急性期治療であったという。

一般的な健康管理のため15±10%であった。図 11.1 は、回答者が推定した、患者が様々な健康状態を呈する頻度の概要を示したものである。また地域診療所を受診した患者さんは、どれくらいの頻度で次のような訴えや悩みを抱えていますか」という質問に対して、胃腸の訴えが最も多く、その割合は1.5%でした。93%の人が「よくある」と回答しています。次いで、「精神疾患」（67%）、「内分泌・筋骨格系」（30%）となっている。（60%）。海外の診療所調査結果[3, 4]と同様に、NCCを受診する患者は幅広い疾患を抱えている。図38.1に示すように、17の症状のうち、回答者の77%は、NCCを受診した患者が10項目以上の症状を「時々」または「しばしば」呈していると回答している。

最も報告が少なかった感染症でさえも、50%の回答者が「よくある」または「ときどきある」と回答している。

図11.2は、自然療法士/ナチュロパシー医がコミュニケーションクリニックで行う治療、処方、提案、推奨の割合（回答者の推定値）の概要を示したものである。自然療法医が地域診療所において、以下の治療をどのくらいの頻度で実施、処方、提案、推奨しているか」という質問に対して、「よく」推奨される治療方法は、食事のアドバイス（応用栄養学）（93%）、ライフスタイルの変更（93%）、運動のアドバイス（80%）、栄養補助食品（臨床栄養学）（70%）であることが示された。ハーブ/植物性

瞑想法、呼吸法、カウンセリング、マッサージなどの軟部組織法、鍼灸、ボディワーク法などは、いずれも50~67%の頻度で処方されていることが示された。

表11.1: スクリーニング調査。WHO 地域別自然療法コミュニティクリニックを提供している回答者数

WHO地域	NCCの分布 回答者 n (%)	代表的なNCC合計 n (%)	平均NCC数 回答者1人当 たり
アフリカ	1 (4)	3 (3)	3.0
アジア	2 (7)	9 (9)	4.5
ヨーロッパ	5 (19)	9 (9)	1.8
ラテンアメリカとカリブ海諸国	4 (15)	13 (14)	3.3
北アメリカ	8 (30)	49 (51)	6.1
西太平洋地域	7 (26)	13 (14)	1.9
合計	27 (100)	96 (100)	3.6

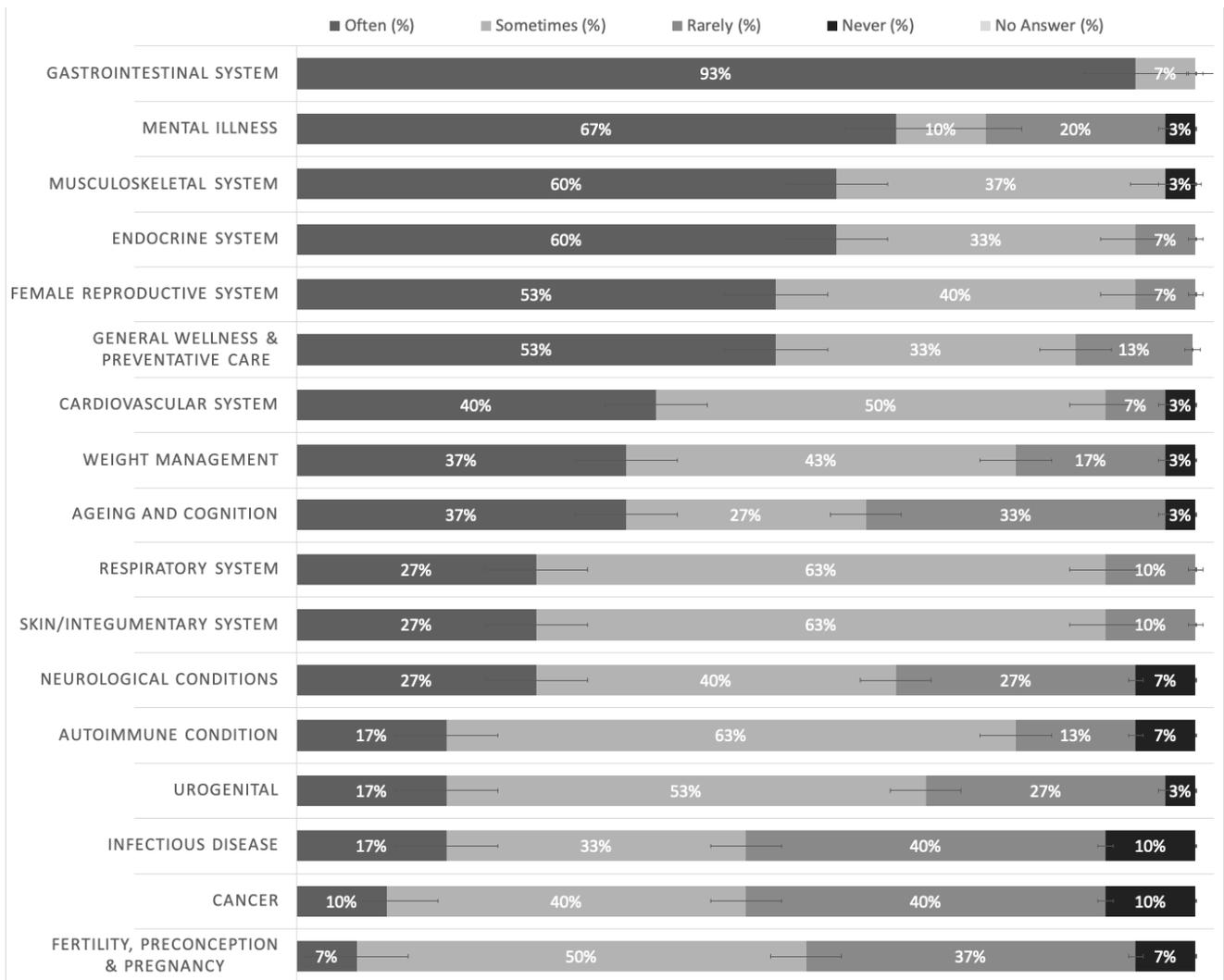


図11.1: 自然療法コミュニティクリニックに来院した患者の状態

第3節 健康管理システムにおけるナチュロパシーの実践と実施

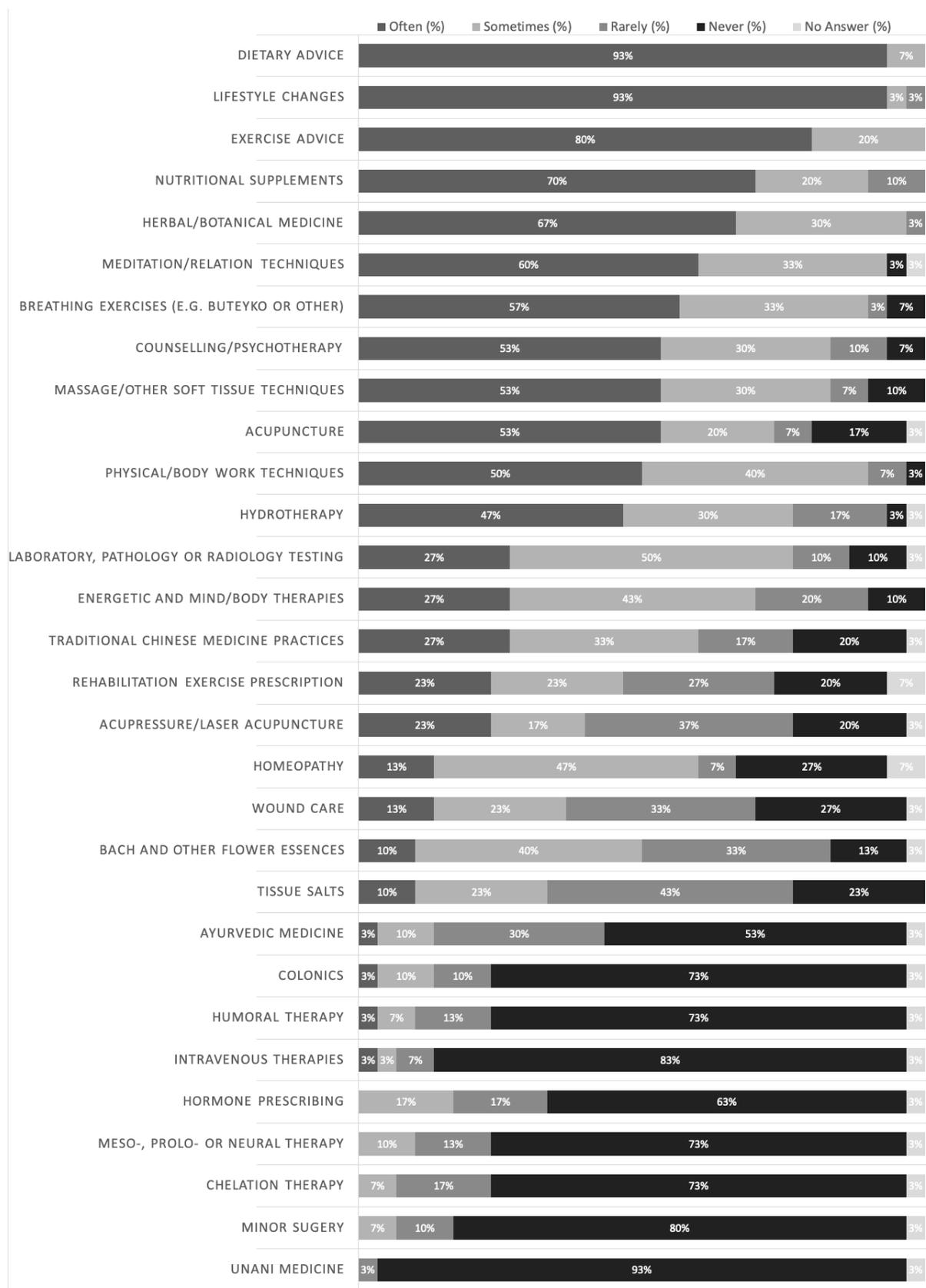


図 11.2 自然療法コミュニティクリニックで自然療法士／自然療法医が使用している治療法

まとめ

WNFが自然療法教育機関を対象に行った2020年の調査によると、世界には100以上のNCCが存在し[2]、NCCは30年以上にわたって様々な自然療法教育機関を通じて提供されてきた[10, 11]。NCCは、恵まれない人々、疎外された人々、低所得者にサービスを提供するために不可欠な役割を担っている特殊な集団がいます。

NCCで治療される疾患、採用される治療法や自然療法は、一般の自然療法クリニックで見られるものと同様である。

NCCへのアクセスや利用を拡大することは、自然療法の専門家にとって有益なことです。

引用文献

1. National Association of Community Health Centers. *What is a community health center?* 2020; Available from: <https://www.nachc.org/about/about-our-health-centers/what-is-a-health-center/>.
2. Lloyd I, Gerontakos S, and Cardozo V, *Global naturopathic community clinic reach: An international cross-sectional survey*. BMC Health Services Research, 2021.
3. Steel, A., Foley, H., Bradley, R., Van De Venter, C., Lloyd, I., Schloss, J., Wardle, J., and Reid, R., *Overview of international naturopathic practice and patient characteristics: Results from a cross-sectional study in 14 countries*. BMC Complementary Medicine and Therapies, 2020. **20**(1): p. 59.
4. World Naturopathic Federation. *The world naturopathic federation roots report – findings from the naturopathic roots committee survey*. 2016; Available from: <http://worldnaturopathicfederation.org/wnf-publications/>.
5. Foley, H. and Steel, A., *Patient perceptions of clinical care in complementary medicine: A systematic review of the consultation experience*. Patient Education and Counseling, 2017. **100**(2): p. 212-223.
6. Stevens, J.A., Dixon, J., Binns, A., Morgan, B., Richardson, J., and Egger, G., *Shared medical appointments for Aboriginal and Torres Strait Islander men*. Australian Family Physician, 2016. **45**(6): p. 425-9.
7. Thompson-Lastad, A., Gardiner, P., and Chao, M.T., *Integrative group medical visits: A national scoping survey of safety-net clinics*. Health Equity, 2019. **3**(1): p. 1-8.
8. McIntyre, E., Adams, J., Foley, H., Harnett, J., Leach, M.J., Reid, R., Schloss, J., and Steel, A., *Consultations with naturopaths and western herbalists: Prevalence of use and characteristics of users in Australia*. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2019. **25**(2): p. 181-188.
9. Albert, D.P. and Butar, F.B., *Estimating the de-designation of single-county HPSAs in the United States by counting naturopathic physicians as medical doctors*. Applied Geography, 2005. **25**(3): p. 271-285.
10. Canadian College of Naturopathic Medicine. *Clinics*. 2020; Available from: <https://www.ccnm.edu/about-ccnm/clinics>.
11. Bastyr University Clinic. *Community care sites*. 2020; Available from: <https://bastyrclinic.org/about/community-care-sites>.
12. Torrens University Australia. *The practice wellbeing centre Australia*. 2020; Available from: <https://www.torrens.edu.au/en/studying-with-us/why-study-with-us/work-integrated-learning/the-practice-wellbeing-centre>.

12

自然療法士／自然療法医の地域教育・健康増進活動

エイミー・スチール ND PhD

アヴィ・ロイド ND

主な内容

- 健康増進活動は、非伝染性疾患の対策として重要な役割を担っています。
- 98%の自然療法士/NDが地域社会の教育や健康増進活動に従事している。
- 自然療法士の地域教育活動は、ほとんどが無料で公開されている。
- 自然療法士/NDは、健康増進と地域の健康リテラシーの向上を目指した地域密着型の活動において、不可欠な役割を担っています。

健康増進と患者教育は、人々の健康増進に不可欠であり、また、自然療法/ナチュロパシー医学を定義する基本原則の一つでもある。健康増進-人々が自分の健康とその決定要因に対するコントロールを高め、それによって健康を改善できるようにするプロセスとして定義される [1] - と患者教育は、自然療法実践を導く原則に反映されています [2]。これらの原則が自然療法診療の一側面として適用されていることは、世界中の自然療法専門組織から一貫して報告されている [3]。さらに、自然療法診療のアプローチは、前向きな健康行動とセルフケアを奨励することが報告されており [4]、おそらく自然療法士/自然療法医が患者中心のケア、健康増進、ライフスタイルカウンセリングを重視していることに起因する [5-7] と考えられる。

本章では、自然療法士/自然療法医の健康増進と地域教育行動に関する国際的な調査結果を紹介する。これらの結果は、BMC Complementary Medicine and Therapiesに掲載された論文、*Community education and health promotion activities of naturopaths/naturopathic doctors: results of an international cross-sectional survey* [8] の要約版である。

インプリケーション

本章では、自然療法士・自然療法医が行っている地域教育活動を初めて調査し、いくつかの重要な知見を明らかにした。まず、ほとんどの自然療法士/自然療法医が、講演やプレゼンテーション、ソーシャルネットワークや専門家ネットワーク、情報配布、伝統的なメディアチャンネルなど多様な方法を通じて、地域社会を教育することを目的とした活動を行っていることが明らかになった。この研究はまた、彼らが地域社会に健康情報を提供するために様々なコミュニケーションチャンネルを使用していることから、自然療法従事者の行動は推奨されるヘルスコミュニケーションの実践に合致していることを示唆している [9]。自然療法士／自

然療法医が健康増進と地域教育に従事しているように見える程度の理由の1つは、これらの活動と指導的な自然療法の原則 [2] との間に整合性があり、健康増進が自然療法の実践の中心であると位置づけられていることである。

対照的に、他のプライマリケア実践者（すなわち、一般開業医や看護師）は、一般的にヘルスプロモーション活動を地域社会や政府の責任である教育的作業と認識し、したがって、自分たちの仕事の分野では周縁的であるとする [10]。このようなプライマリケア専門職の健康増進活動の回避は、健康の社会的決定要因、疾病予防、健康的ライフスタイルの促進を重視しない生物医学的観点と関連している [10]。プライマリケアで行われるヘルスプロモーションの介入は、歴史的に非伝染性疾患に関連する危険因子の低減、身体活動の奨励、慢性疾患を持つ個人のセルフケアの改善に焦点が当てられてきた [11]。これらのトピックは、すべて議論されたトピックに反映されています。自然療法士/自然療法医によるものである。を行った。しかし、それ以外のトピック、例えば自然療法士による健康へのアプローチや自然療法の具体的な治療法に関する話もよく出てきました。は、自然療法に特有のものである可能性が高い。を実践している [12]。これらの違いにもかかわらず、本研究は以下を示唆している。自然療法士/自然療法医が従事していること 健康増進のための活動であり、その潜在的な可能性は 地域社会の健康に与える影響について検討する必要があります。プライマリ・ケアにおけるヘルス・プロモーションのより広い文脈の中で ケア実践 自然療法士/自然療法医コミュニティ 多様なコミュニケーション方法を用いて教育を行っています。

教育方法の多様性 自然療法士/ナチュロパシクドクターは、現代にマッチしたヘルスコミュニケーションに関する研究 [13]。それは この文脈で特に重要なのは、研究によって 健康行動の修正が成功することを示す 地域社会における特定の人々を

対象とし、複数のコミュニケーション活動やチャネルを採用 [13]。最もよく報告されたトピックの1つを考えると、変えることに関するものである。健康増進のための行動には、様々なアプローチがあります。自然療法士/自然療法医が教育するために採用するのは、地域社会の個人を向上させる可能性がある。の成功につながりました。このことをさらに裏付けるものとして、自然療法士／自然療法医が知識を共有すること。世界の自然療法専門職を対象とした他の調査研究 [14, 15] でも報告されているように、患者独自のニーズを考慮することで開発されたものである（参照第9章、第13章）。さらに、自然療法士／自然療法医のもとを訪れた人は、積極的な健康行動に取り組む意欲が高まる可能性があります [11]。このように、患者中心の教育と意欲的な患者集団の組み合わせは、自然療法士/自然療法医が行う地域教育活動を意味するかもしれない、地域社会の他のメンバーを対象とした健康増進の取り組みと比較して、その患者集団に著しい影響を与えることができます。

調査方法

15項目のアンケートは5つの言語（英語、スペイン語、フランス語、ポルトガル語、スロベニア語）で行われ、4つの領域（人口統計と診療特性、地域教育活動、地域教育のテーマと人口、地域教育活動の計画と設計）をカバーしています。参加者は、35カ国の自然療法士協会を代表するWorld Naturopathic Federationの正会員団体を通じて募集されました。すべての記述的分析が行われました。

調査項目は、カテゴリーデータについては度数とパーセンテージを、連続データについては平均値と標準偏差を算出した。

調査結果

WHOの全地域から813名の自然療法士/自然療法医が調査に参加した。参加した自然療法士は女性が多く（77.5%）、16.3%は20年以上前に自然療法士/自然療法医の資格を取得し、約3分の1（31.3%）は最初の自然療法士資格を取得してから5年未満であった。回答者の大多数（83.0%）は、現在臨床に携わっていると回答しています。

そのうち38.8%は単独で、22.9%は他の医療従事者（他の自然療法士/自然療法医ではない）と共同で、22.2%は他の自然療法士/自然療法医や他の医療従事者と複合診療所で診療していると示した。参加した自然療法士の半数以上が、訪問診療（30.3%）または特定の患者層に対する無料相談（23.1%）を行っているとは回答しています。

ほぼすべての参加者（98%）が、少なくとも1つの地域社会教育活動を報告した。最も多く報告されたのは、情報シートや配布資料（92.7%）、ソーシャルネットワークや専門家ネットワークでのコミュニケーション（91.8%）、地域社会に提示する情報講演（84.9%）で、従来のメディアチャンネルはあまり多く報告されていない（52.8%）。自然療法士/自然療法医は、一般住民を対象とした地域教育活動を最も多く行い（77.8%）、健康を理解するための自然療法的アプローチ（72.1%）や健康増進のために健康行動を変える効果的な方法（69.9%）について話し合いました。参加者が行った地域教育活動の詳細は、表12.1に示した。

参加者のかなりの割合が、診察の一環として患者に直接、個別（84.5%）または事前準備した情報プリント（81.4%）を渡す、あるいはソーシャルメディアを利用して（84.6%）地域社会を教育していると回答している。ほとんどのユーザーが、これらの活動を毎日、毎週、または毎月行っていると回答しています。地域や患者支援団体でのゲスト講演（参加費無料）も多くの参加者から報告されましたが（72.4%）、数ヶ月に一度、またはそれ以下という報告の方が多く見られました。

自然療法士／自然療法医が新聞や雑誌の記事に専門家のコメントを寄稿したとの報告（41.1%）があり、その多くは1年に1回以下であったと回答している（35.8%）。参加者のコミュニティ教育活動で扱われたトピックは、健康増進のために行動を変える効果的な方法（69.9%）、セルフケア（69.3%）、現在の健康問題の管理（65.6%）と将来の健康問題の予防（65.5%）などであった。

第3節 健康管理システムにおけるナチュロパシーの実践と実施

表12.1: 自然療法士が行っている地域教育・健康増進活動

地域社会での教育・健康増進活動	Yes N (%)	頻度					
		毎日 N (%)	毎週 N (%)	毎月 N (%)	数ヶ月に1回 N (%)	1~2回/月 N (%)	<1/年 N (%)
講演・発表会							
地域団体や患者支援団体とのゲストトーク (参加者に料金を請求しない) (n=739)	535 (72.4)	33 (6.2)	47 (8.8)	70 (13.1)	132 (24.7)	136 (25.4)	117 (21.9)
地域団体や患者支援団体とのゲストトーク (参加者に料金を請求) (n=732)	412 (56.3)	37 (9.0)	40 (9.7)	49 (11.9)	78 (18.9)	109 (26.5)	99 (24.0)
地域社会への講演やクリニック内での開催 (参加費無料) (n=728)	388 (53.3)	14 (3.6)	26 (6.7)	46 (11.9)	78 (20.1)	108 (27.8)	116 (29.9)
地域社会への講演やクリニック内での開催 (参加者負担) (n=724)	290 (40.1)	14 (4.8)	24 (8.3)	38 (13.1)	61 (21.0)	77 (26.6)	76 (26.2)
オンラインセミナー・ワーク ショップ(参加費無料) (n=716)	301 (42.0)	13 (4.3)	23 (7.6)	62 (20.6)	73 (24.3)	64 (21.3)	66 (21.9)
オンラインセミナー・ワーク ショップ(参加者負担) (n=708)	268 (37.9)	7 (2.6)	30 (11.2)	33 (12.3)	58 (21.6)	61 (22.8)	79 (29.5)
社会的・職業的ネットワークを通じたコミュニケーション							
ソーシャルメディア(Facebook、 Instagram、Twitterなど) (n=728)	616 (84.6)	169 (27.4)	219 (35.6)	99 (16.1)	71 (11.5)	32 (5.2)	26 (4.2)
ブログ (n=725)	422 (58.2)	24 (5.7)	85 (20.1)	113 (26.8)	103 (24.4)	57 (13.5)	40 (9.5)
メールマガジン (n=722)	418 (57.9)	14 (3.4)	45 (10.8)	137 (32.8)	103 (24.6)	63 (15.1)	56 (13.4)
Vlog (例: YouTubeチャンネル) (n=718)	208 (29.0)	10 (4.8)	32 (15.4)	37 (17.8)	55 (26.4)	28 (13.5)	46 (22.1)
ポッドキャストに専門家のコメントを招聘 (n=722)	160 (22.2)	1 (0.6)	10 (6.3)	14 (8.8)	33 (20.6)	37 (23.1)	65 (40.6)
ニュースレターを印刷する (n=719)	136 (18.9)	7 (5.2)	10 (7.4)	28 (20.6)	21 (15.4)	30 (22.1)	40 (29.4)
ポッドキャストのレギュラー番組 (n=720)	72 (10.0)	2 (2.8)	11 (15.3)	13 (18.1)	12 (16.7)	15 (20.8)	19 (26.4)
情報配布物							
患者さんに直接お渡しした個別資料の一部 コンサルテーション(n=729)	616 (84.5)	334 (54.2)	150 (24.4)	60 (9.7)	39 (6.3)	13 (2.1)	20 (3.3)
事前に用意した資料を患者さんに直接お渡ししている コンサルテーション(n=722)	588 (81.4)	245 (41.7)	181 (30.8)	63 (10.7)	56 (9.5)	23 (3.9)	20 (3.4)
クリニックの待合室で配布する資料 (n=729)	502 (68.9)	181 (36.1)	70 (13.9)	84 (16.7)	71 (14.1)	47 (9.4)	49 (9.8)
配布資料がダウンロードできる ウェブサイト (n=723)	285 (39.4)	93 (32.6)	36 (12.6)	57 (20.0)	46 (16.1)	20 (7.0)	33 (11.6)
従来のメディアチャンネル							
新聞・雑誌記事への専門家招聘コメント (n=721)	296 (41.1)	7 (2.4)	15 (5.1)	28 (9.5)	65 (22.0)	75 (25.3)	106 (35.8)
新聞・雑誌の連載コラム (n=720)	135 (18.8)	4 (3.0)	8 (6.0)	30 (22.2)	23 (17.1)	19 (14.1)	51 (37.8)
ラジオ番組での専門家招聘コメント (n=722)	209 (29.0)	2 (1.0)	11 (5.3)	16 (7.7)	30 (14.4)	45 (21.5)	105 (50.2)
ラジオ番組でのレギュラーコーナー (n=720)	87 (12.1)	4 (4.6)	11 (12.6)	10 (11.5)	15 (17.2)	15 (17.2)	32 (36.8)
テレビ番組での専門家招聘コメント (n=723)	124 (17.2)	1 (0.8)	7 (5.7)	5 (4.0)	17 (13.7)	22 (17.7)	72 (58.1)
テレビ番組でのレギュラーコーナー (n=716)	38 (5.3)	2 (5.3)	5 (13.2)	3 (7.9)	9 (23.7)	4 (10.5)	15 (39.5)

また、ライフステージ（乳幼児（23.7%）、高齢者（21.3%））や所得水準（低所得（21.5%））といった社会人口学的な要素に基づいた集団を対象とする参加者も数人いました。地域社会の教育活動では、22.7%の参加者が疾患別であると回答した。内分泌疾患（25.4%）と自己免疫・アレルギー疾患（21.1%）に焦点を当てた活動であることが最も多く報告された。参加者の多くは、地域社会の人々が助けを必要としていると答えた健康問題（79.5%）と、地域社会に影響を与える健康問題についての専門家のアドバイスや証拠（77.4%）が、地域教育活動の必要性を特定する際に特に重要な考慮事項であると回答している。

まとめ

自然療法士/NDの健康増進と地域教育行動に関する国際的な調査によると、大多数の自然療法士/自然療法医は、講演やプレゼンテーション、社会的・専門的ネットワーク、情報配布、従来のメディアチャンネルなど多様な方法を通じて地域教育を目的とした活動に従事していることが示された。最も一般的な健康増進と地域社会の教育活動は、情報シートと配布物、社会的・専門的ネットワークでのコミュニケーション、地域社会に提示する情報講演であると報告されています。自然療法士/自然療法医は、一般住民を対象とした地域教育活動を最も多く行い、健康を理解するための自然療法的アプローチや、健康増進のために健康行動を変える効果的な方法について話し合いました。

引用文献

- World Health Organisation, *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. 2005, WHO: Geneva, Switzerland.
- Hausser, T., Lloyd, I., Yáñez, J., Cottingham, P., Newman-Turner, R., and Abascal, A. *WNF White Paper: Naturopathic Philosophies, Principles and Theories*. 2017; Available from: <http://worldnaturopathicfederation.org/wp-content/uploads/2015/12/White-Paper-FINAL.pdf>.
- World Naturopathic Federation Roots Committee. *WNF – Naturopathic Roots Report*. 2016; Available from: <http://worldnaturopathicfederation.org/wp-content/uploads/2015/12/Naturopathic-Roots-final-1.pdf>.
- Bradley, R., Sherman, K.J., Catz, S., Calabrese, C., Oberg, E.B., Jordan, L., Grothaus, L., and Cherkin, D., *Adjunctive naturopathic care for type 2 diabetes: patient-reported and clinical outcomes after one year*. *BMC Complementary Alternative Medicine*, 2012. **12**(1): p. 44.
- Oberg, E.B., Bradley, R., Hsu, C., Sherman, K.J., Catz, S., Calabrese, C., and Cherkin, D.C., *Patient-Reported Experiences with First-Time Naturopathic Care for Type 2 Diabetes*. *PloS one*, 2012. **7**(11): p. e48549.
- Foley, H. and Steel, A., *Patient perceptions of patient-centred care, empathy and empowerment in complementary medicine clinical practice: A cross-sectional study*. *Advances in Integrative Medicine*, 2017. **4**: p. 22-30.
- Foley, H., Steel, A., and Adams, J., *Perceptions of Person-Centred Care Amongst Individuals with Chronic Conditions who Consult Complementary Medicine Practitioners*. *Complementary Therapies in Medicine*, 2020: p. 102518.
- Steel, A. and Lloyd, I., *Community education and health promotion activities of naturopathic practitioners: results of an international cross-sectional survey*. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 2021.
- Kreps, G.L., *Evaluating health communication programs to enhance health care and health promotion*. *Journal of Health Communication*, 2014. **19**(12): p. 1449-1459.
- Rubio-Valera, M., Pons-Vigués, M., Martínez-Andrés, M., Moreno-Peral, P., Berenguera, A., and Fernández, A., *Barriers and Facilitators for the Implementation of Primary Prevention and Health Promotion Activities in Primary Care: A Synthesis through Meta-Ethnography*. *PLoS One*, 2014. **9**(2): p. e89554.
- Bradley, R., Sherman, K.J., Catz, S., Calabrese, C., Jordan, L., Grothaus, L., and Cherkin, D.C., *Survey of CAM interest, self-care, and satisfaction with health care for type 2 diabetes at group health cooperative*. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2011. **11**(1): p. 121.
- Steel, A., Foley, H., Bradley, R., Van De Venter, C., Lloyd, I., Schloss, J., Wardle, J., and Reid, R., *Overview of international naturopathic practice and patient characteristics: results from a cross-sectional study in 14 countries*. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 2020. **20**(1): p. 59.
- Snyder, L.B., *Health communication campaigns and their impact on behavior*. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2007. **39**(2): p. S32-S40.
- Steel, A., Foley, H., D Souza, J., Adams, J., and Wardle, J., *Knowledge dissemination by the naturopathic profession: a bibliometric analysis of naturopath-authored, peer-reviewed publications*. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2021. **In press**.
- Steel, A., Leach, M., Brosnan C, Ward V, and Lloyd, I., *Naturopaths' mobilization of knowledge and information in clinical practice: an international cross-sectional survey*. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 2021.

13

自然療法臨床における知識・情報の流動化

エイミー・スチール, ND PhD

マシュー・リーチ, ND PhD

キャラグ・プロスナン, PhD

Vicky Ward, PhD

Iva Lloyd, ND

主な内容

- 自然療法士/NDは、科学雑誌、臨床教科書、学会、患者など多様なソースからの知識と情報を利用し、共有します。
- 76.2%の自然療法士が、科学雑誌に掲載された情報を患者ケアに活用していると回答しています。
- 70.1%の自然療法士が、検査室や病理学的検査、放射線検査からの情報を患者のケアに役立てると報告しています。
- 自然療法士・看護師はまた、患者から提供された情報、特に患者の健康状態に関する生活体験を、64.6%の確率で臨床上の判断に利用している。
- 自然療法士は、知識と情報を利用し適用する際に、エビデンスに基づく医療と患者中心のケアの両方の原則を適用していることを実証する。

エビデンスに基づく診療（EBP）は、現代の臨床的意思決定の重要な要素であり、質の高い医療の提供に不可欠である。現代のEBPモデルでは、臨床現場でエビデンスを適用する際に、患者の好み、臨床医の経験、関連する科学的研究の重要性を認めている[1]。EBPの暗黙の了解として、知識の翻訳がある。これは、知識（主に研究エビデンス）が、医療従事者を含むがこれに限定されない関係者によって合成、交換、適用されるプロセスである [2]。知識の動員は、知識の種類の多様性を認識し尊重し、そのような多様性がヘルスケアとヘルスケアの選択にどのように影響するかを理解することによって、知識翻訳の複雑さを認識します[3]。

2020年に世界自然療法連盟（WNF）は、臨床実践に関連する知識や情報を共有し利用する自然療法士のアプローチを調査する目的で、国際的な自然療法士の職業について調査を行った。この結果は、BMC Complementary Medicine and Therapiesに掲載された *Naturopaths' mobilisation of knowledge and information in clinical practice: an international cross-sectional survey* と題する論文の要約版である[4]。

インプリケーション

本章で紹介した調査結果は、自然療法士/自然療法医が臨床診療に役立つ情報や知識源を多様かつ複雑な形で利用・共有していることを浮き彫りにしている。以前の定性調査では、自然療法士/自然療法医は他の職業と同じようにエビデンスに基づく手順を使用するかもしれないが、EBPの概念に言及することは少ないかもしれないことが示唆されている [5]。この調査から得られた知見は、自然療法士/自然療法医が患者ケアに情報を提供するために平均7つの情報源を使用していることを意味し、EBPの枠組み-発表された証拠、臨床経験、患者の好みは三角測量される-が行われている知識の変換プロセスの一部しか占めていないことを意味します [1]。その代わりに、知識の動員 [3] と一致するように、自然療法士/自然療法医は、患者の経験を含む多様な情報源を利用し、その影響を受けている。

ケアに関する情報源としては、科学雑誌に掲載された情報が最も広く利用されていました。この結果は、補完医療従事者が以下のような情報を利用していると報告した以前の研究結果とは異なっています。は、伝統的な知識や教科書を好みます[6, 7]。これは この違いは、時間の経過による変化や、より高いEBPの普及、あるいは自然療法士/自然療法医は、雑誌からのエビデンスを適用する傾向が強い。他の補完医療従事者を調査した。しかし、次のことを理解するためには、さらなる研究が必要です。自然療法士/自然療法医がどのように関わっているか 雑誌の出版物とその情報を活用することです。

多くの人がフルテキストへのアクセスが限られていることが以前判明しています。の雑誌に掲載されました[8]。しかし、注目すべきは、ほぼ回答者の4分の1は科学雑誌が患者ケアに役立つことを示唆している。研究成果の活用はまだ限定的かもしれない。他の医療機関で観察されていることと比較すると7, 9]。先行研究では、以下のような障壁があることが示唆されています。自然療法士/自然療法医が発表されたものを利用するには臨床実践に役立つ研究とは、以下のようなものです。以下の理由により、研究からの新しい知識の移転が可能です。介入策の設計との間のミスアラインメント 日常的な自然療法の実践[10]およびアクセス性の低さは、全文を読むことができない、あるいは研究評価能力が不十分であった[8]。

学会や専門的なイベントも頻繁に開催されている。を情報源とした。しかし、他の質的 このような情報源から得られる情報は、自然療法士を警戒しているかもしれない。特に、自然療法医が、そのようなことをする場合。製品メーカーから提供されています[8]。情報 製品会社からの提供は、最も少ないものの1つでした。自然療法士/自然療法医が頻繁に利用するのは[11]。最新の臨床教科書も重要であった 回答者のリソース これまでの研究により 自然療法士は、現代の臨床教科書を使用していること。薬物相互作用などの特定の情報を探すために や健康状態の病態生理学 [8]などの情報を得ることができます。伝統的な教科書の使用頻度は低いものの、臨床的な判断材料として、また治療が患者にどのような利益をもたらすかを判断するために使用している人は依然として少数派であった。また、自然療法士は、臨床検査結果をケアに反映させるために頻繁に使用していることも興味深い点です。

参加者の3分の2以上が「患者」を情報源としており、「いつも」利用していると回答した割合が最も高い情報源となっています。先行する定性的研究では、自然療法士/自然療法医が、患者の症状経験を理解する上で、包括的な症例履歴の聴取が重要であると考えていると報告しています[5]。私たちの研究は、患者の個人的な健康歴が、常に、あるいはほとんどの場合、ほとんどの開業医と共有されているという発見を通して、これを支持するものである。しかし、患者の病歴以上に重要なのは、患者の症状とともに生きるという視点であり、これは我々の研究で患者が最も頻繁に医師と共有する知識であった。このような構造化されていない経験的な知識の役割は、これまでEBPの定式化からほとんど排除されてきた。

臨床医によるものである[12]。臨床医の経験はEBPに明示的に含まれるが、患者の経験は含まれない[1]。実際、エビデンスヒエラルキーでは、患者の個々の経験は、逸話的なものとして枠にはめられ、最下層に位置づけられる[12]。これに対し、Greenhalghらは、「語りの豊かさ」、つまり患者の話に耳を傾けることは、研究に基づく治療を個々の症例に適切に合わせるために必要不可欠な情報であると主張している[12]。

調査方法

このオンライン国際横断調査は、現在臨床に従事している、または過去に従事したことのある自然療法士/自然療法医を対象としています。過去12ヶ月間 これには、連続12ヶ月を超えない期間であれば、COVID-19の大流行による政府の規制（調査時期により該当）または個人的な休暇（育

児休暇など）により一時的に診療から離れている自然療法士/自然療法医も含まれる。参加者は、WNFとその加盟団体を通じて募集された。

調査は5つの言語（英語、フランス語、ポルトガル語、スペイン語、ドイツ語）で行われました。

調査票には、122の中核的な質問と、6つの適応的な質問が含まれており、これらは、調査票の選択項目数に応じて最大9回まで繰り返された。ある調査項目（「患者さんにケアを提供する際に、次のどのタイプの情報源を利用しますか？」）

調査結果

回答者548名のうち、平均年齢は45.9歳、女性は73.2%であった。WHOの全地域から回答を得たが、北米（36.8%）と西太平洋（23.2%）の回答者が最も多かった。回答者の約半数（49.8%）が5年から10年の間に開業したと回答し、3分の1以上（37.2%）が自分自身のクリニックで開業していると回答した。研究者が科学雑誌に発表した情報を患者への診療に活用している参加者は最も多く（76.2%）であった。

（表13.1参照）。また、参加者の3分の2（64.6%）が患者から提供された情報を利用していると回答し、患者提供情報を利用している参加者の過半数（81.7%）が「いつも」そうしていると回答している。学会などの専門的なイベントからの情報（74.1%）や最新の自然療法臨床の教科書に掲載されている情報（70.7%）も、ほとんどの参加者が選択し、そのほとんどが「いつも」と回答しています。

時々利用する」（学会：30.8%、自然療法教科書：34.5%）と回答した。全体として、参加者は平均7つ（SD=2.6）の情報を利用していると回答した。患者ケアに情報を提供するための情報源である。

第3節 健康管理システムにおけるナチュロパシーの実践と実施

表13.1: 自然療法医が患者ケアのために使用する情報源の頻度

自然療法士が患者ケアのために利用する情報源 (n=478)。	n (%)	使用頻度				
		常に	ほとんどの場合	約半減期	時々	一度も
研究者が科学雑誌に発表した情報	364 (76.2)	68 (19.2)	157 (44.4)	66 (18.6)	62 (17.5)	1 (0.3)
学会やその他の専門的なイベントから収集した情報	354 (74.1)	31 (10.2)	87 (28.5)	92 (30.2)	94 (30.8)	1 (0.3)
最新の自然療法臨床の教科書に掲載された情報 (過去10年以内に出版されたもの)	338 (70.7)	27 (9.0)	95 (31.8)	71 (23.8)	103 (34.5)	3 (1.0)
検体検査、病理検査、放射線検査からの情報	335 (70.1)	78 (27.7)	110 (39.0)	50 (17.7)	44 (15.6)	0 (0.0)
臨床医向けの専門誌に掲載された情報	333 (69.7)	31 (9.9)	115 (36.9)	81 (26.0)	83 (26.6)	2 (0.6)
患者から提供された情報	309 (64.6)	205 (81.7)	26 (10.4)	9 (3.6)	11 (4.4)	0 (0.0)
一般的な臨床教科書に掲載されている情報	296 (61.9)	24 (8.9)	87 (32.1)	59 (21.8)	100 (36.9)	1 (0.4)
臨床ガイドラインからの情報	248 (51.9)	24 (12.2)	85 (43.2)	31 (15.7)	54 (27.4)	3 (1.5)
製品会社から提供された情報	230 (48.1)	7 (3.5)	43 (21.5)	51 (25.5)	99 (49.5)	0 (0.0)
伝統的な自然療法の臨床教科書に掲載された情報 (50年以上前に出版されたもの)	193 (40.4)	6 (3.5)	46 (27.1)	24 (14.1)	87 (51.2)	7 (4.1)

参加者が患者ケアの情報源として用いた知識タイプは、臨床経験で培った知識 (86.2%)、初期臨床研修 (81.2%)、専門臨床家による継続的専門教育 (79.9%)、患者独自のニーズの考慮 (78.7%)、専門家仲間との議論 (75.7%) と報告された (表 13.2 を参照)。参加者が利用した知識の種類は、研究者が行う継続的な専門教育で培った知識 (59.8%)、

メンターや専門家との議論を通じて得た知識 (55.4%) とあまり多くなかった。患者が共有する知識・情報源として最も多かったのは、患者の健康状態と共に生きるという視点 (常に: 49.1%、ほとんどの場合: 40.2%) と患者の個人的な健康歴 (常に: 44.9%、ほとんどの場合: 34.1%) であった。また、「家族の健康歴」「従来の診察や検査」も、頻度は高くないがよく報告されていた。

表13.2: 患者が自然療法医と共有する知識・情報の情報源の頻度

患者が自然療法医と共有する知識または情報の源	常に	ほとんどの場合	約半減期	時々	一度も
患者さんの生活観 (n=371)	182 (49.1)	149 (40.2)	27 (7.3)	13 (3.5)	0 (0.0)
患者さんの個人的な健康歴 (n=371)	166 (44.9)	126 (34.1)	47 (12.7)	29 (7.8)	2 (0.5)
患者の家族の健康歴 (n=371)	101 (27.2)	152 (41.0)	54 (14.5)	62 (16.7)	2 (0.5)
従来の診察・検査 (n=371)	77 (20.8)	164 (44.2)	75 (20.2)	51 (13.8)	7 (1.1)
機能的な診察・検査 (尿・唾液ホルモン検査など) (n=369)	48 (13.0)	77 (20.9)	78 (21.1)	154 (41.7)	12 (3.3)
インターネット上の一般的な情報源 (ブログ、ソーシャルメディアなど) (n=370)	36 (9.7)	154 (41.6)	93 (25.2)	79 (21.4)	8 (2.2)
自分のケアに関わる他の医療関係者 (n=371)	21 (5.7)	107 (28.8)	115 (31.0)	125 (33.7)	3 (0.8)

インフォーマルな情報源（家族や友人など）(n=371)	20 (5.4)	83 (22.4)	113 (30.5)	144 (38.8)	11 (3.0)
書籍(n=371)	9 (2.4)	46 (12.4)	71 (19.2)	229 (61.7)	16 (4.3)
放送メディア（テレビ、ラジオなど）(n=370)	12 (3.2)	63 (17.0)	64 (17.3)	196 (53.0)	35 (9.5)
研究機関(n=368)	5 (1.4)	10 (2.7)	8 (2.2)	208 (56.5)	137 (37.2)
患者支援団体(n=371)	4 (1.1)	13 (3.5)	32 (8.6)	219 (59.0)	103 (27.8)
政府機関(n=369)	1 (0.3)	9 (2.4)	23 (6.2)	217 (58.8)	119 (32.3)
出版された雑誌記事(n=371)	1 (0.3)	19 (5.1)	13 (3.5)	217 (58.5)	121 (32.6)

まとめ

本研究では、自然療法士／自然療法医が多様な情報源から知識を得ていることを明らかにした。研究発表されたエビデンスが目立つが、伝統的な知識、臨床経験、患者の専門知識も活用している。健康状態 また、自然療法士／自然療法医は、患者やより広いコミュニティと知識を共有することに積極的であるようだ。これらの知見に基づくと、自然療法士／ナチュロパシクドクターは、複数の形式と知識のソースを用いて、知識を他者に（また他者から）動員し、知識の動員を実践していると言えるかもしれない。このことは、システムティックレビューやメタアナリシスを通じて既存の研究エビデンスを統合するという、世界の自然療法コミュニティの活動からも明らかである（16章、28章、40章、および付録II参照）。

このような努力の顕著な例は、自然療法研究者の国際チームが世界的なCOVID-19の流行に対応して行った、急性上気道ウイルス感染症の自然療法による治療に焦点を当てた一連の迅速なレビューに見ることができる [13]。

これらのレビューを通じて生み出された知識は、コミュニティ、研究、政策の聴衆に届いている [14]。

自然療法の専門家が患者とコミュニティの教育に積極的に関与しているこのような例を考えると、自然療法士/自然療法医は知識の仲介者と見なされるかもしれませんが - 彼らは現在、十分に活用されていない役割です。

引用文献

- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.M., Haynes, R.B., and Richardson, W.S., *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. 1996, British Medical Journal Publishing Group.
- World Health Organisation, *Meeting on Knowledge Translation in Global Health*. 2006, World Health Organisation: Geneva. p. 10-12.
- Cooper, A. and Levin, B., *Some Canadian contributions to understanding knowledge mobilisation*. Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice, 2010. 6(3): p. 351-369.
- Steel, A., Leach, M., Brosnan C, Ward V, and Lloyd, I., *Naturopaths' mobilization of knowledge and information in clinical practice: an international cross-sectional survey*. BMC Complementary Medicine and Therapies, 2021.
- Barnes, L. and Grace, S., *The dietetics and naturopathy professions: perceptions of role boundaries*. Health Sociology Review, 2019. 28(1): p. 85-102.
- Leach, M.J. and Gillham, D., *Are complementary medicine practitioners implementing evidence based practice? Complementary Therapies in Medicine*, 2011. 19(3): p. 128-136.
- Suter, E., Vanderheyden, L.C., Trojan, L.S., Verhoef, M.J., and Armitage, G.D., *How important is research-based practice to chiropractors and massage therapists? Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 2007. 30(2): p. 109-115.
- Steel, A. and Adams, J., *The application and value of information sources in clinical practice: an examination of the perspective of naturopaths*. Health Information and Libraries Journal, 2011. 28(2): p. 110-118.
- McCaughan, D., Thompson, C., Cullum, N., Sheldon, T., and Raynor, P., *Nurse practitioner and practice nurses' use of research information in clinical decision making: findings from an exploratory study*. Family Practice, 2005. 22(5): p. 490-497.
- Steel, A. and Adams, J., *The interface between tradition and science: naturopath's perspective of modern practice*. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2011.

- 17(10): p. 967-72.
11. Braun, L.A., Spitzer, O., Tiralongo, E., Wilkinson, J.M., Bailey, M., Poole, S.G., and Dooley, M., *Naturopaths and Western herbalists' attitudes to evidence, regulation, information sources and knowledge about popular complementary medicines*. *Complementary Therapies in Medicine*, 2013. **21**(1): p. 58-64.
 12. Greenhalgh, T., Snow, R., Ryan, S., Rees, S., and Salisbury, H., *Six 'biases' against patients and carers in evidence-based medicine*. *BMC medicine*, 2015. **13**(1): p. 1-11.
 13. Steel, A., Wardle, J., and Lloyd, I., *The potential contribution of traditional, complementary and integrative treatments in acute viral respiratory tract infections: Rapid Reviews in response to the COVID-19 pandemic*. *Advances in Integrative Medicine*, 2020. **7**(4): p. 181.
 14. Steel, A. *WNF Report: Impact of Our Rapid Reviews*. 2021; Available from: http://worldnaturopathicfederation.org/wp-content/uploads/2021/03/WNF-Report_Impact-of-Rapid-Reviews.pdf.