

# 補完代替医療等へのあるべき対応について

2026. 5. 31

医療法人社団はとりクリニック

川崎市幸区鹿島田 1-8-33

羽鳥 裕

<https://hatori.or.jp>  
[yutaka@hatori.or.jp](mailto:yutaka@hatori.or.jp)

演題発表に関連し、発表者らに開示すべきCOI関係にある企業等はありません

# 統合医療と補完代替医療

## 統合医療とは

近代西洋医学を前提として、これに相補(補完)・代替療法や伝統医学等を組み合わせて、更にQOL(Quality of Life:生活の質)を向上させる医療であり、医師主導で行うものであって、場合により多職種が協働して行うもの。

厚生労働省の「『統合医療』のあり方に関する検討会」(2013年2月)資料より

# 統合医療・補完代替療法

療法の分類	療法の例	
	国家資格等、国の制度に組み込まれているもの	その他
食や経口摂取に関するもの	食事療法・サプリメントの一部（保健機能食品等）	左記以外の食事療法、サプリメント、断食療法、ホメオパシー
身体への物理的刺激を伴うもの	鍼・灸（はり師・きゅう師）	温熱療法、磁気療法
手技的行為を伴うもの	マッサージの一部（あん摩マッサージ指圧師）、骨つぎ・接骨（柔道整復師）	左記以外のマッサージ、整体、カイロプラクティック
感覚を通じて行なうもの	—	アロマセラピー、音楽療法
環境を利用するもの	—	温泉療法、森林セラピー
身体の動作を伴うもの	—	ヨガ、気功
動物や植物との関わりを利用するもの	—	アニマルセラピー、園芸療法
伝統医学、民族療法	漢方医学の一部（薬事承認されている漢方薬）	左記以外の漢方医学、中国伝統医学、アーユルベータ

組合せ（補完・一部代替）

近代西洋医学

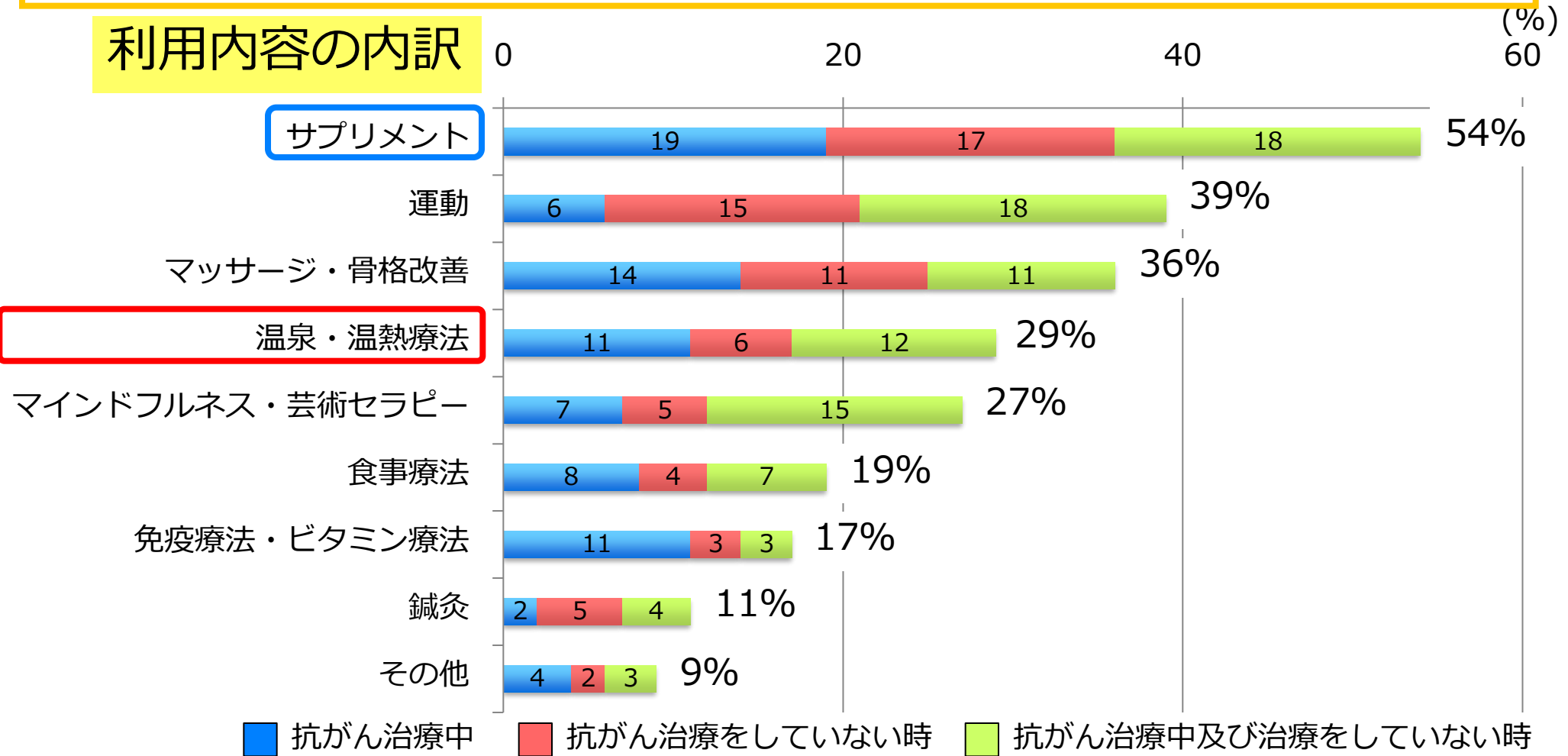
統合医療

『これまでの議論の整理（2013年（平成25年）2月）「統合医療」のあり方に関する検討会』より抜粋

# 補完代替療法の利用実態

がん患者における補完代替医療利用者 ; 52.5% (237/451名)

## 利用内容の内訳



# 補完代替療法を利用する目的

## [2005年報告]

がんの進行抑制	67.1%
がんの治癒	44.5%
苦痛症状緩和	27.1%
通常医療を補完	20.7%

(※複数回答可)

Hyodo I et al. *J Clin Oncol* 23; 2645-2654, 2005.

## [2017年報告]

病気の進行抑制	40%
病気の治癒	22%
苦痛症状緩和	40%
免疫力向上	43%
精神的な希望	47%

(※「とても期待していた」

「期待していた」の回答割合)

島根大学医学部附属病院 臨床研究センター 大野智先生資料より

# 統合医療（補完代替医療）に関する日本医師会での検討①

- ・分類として、
    - 療法の観点から
      - ・保険診療：なんらかの形で公的なものから認定されているもの
      - ・上記以外
    - 施療者の観点から
      - ・医師／医療関係者／その他
    - 健康被害の観点から
      - ・無害／人体には無害であるが金銭的な負担が大きいもの／無害ではあるが通常の医療の受療を阻害するもの／人体に害を与えるもの
- と分類することができるのではないか。

日本医師会 国民生活安全対策委員会報告書（2014年3月）より抜粋

## 統合医療（補完代替医療）に関する日本医師会での検討②

- 医師が行わない「統合医療」は「医療」と呼べず、「療法」と呼称すべきものである。また、「統合医療」は医師の関与が必須として限定すべきである。
- 医師はエビデンスを医学の根幹に据えて医療を行っているが、例えば健康食品のように大々的に宣伝することで人々にエビデンスのないものにお金を出させる業態が成長してきている。エビデンスのないものがあたかも医療と近縁の存在であるかのような誤解を生じさせていることに対し、警鐘を鳴らす必要がある。
- 「統合医療」を混合診療解禁の入口とすることは絶対にしてはならない。

日本医師会 国民生活安全対策委員会報告書（2014年3月）より抜粋

## 統合医療（補完代替医療）に関する日本医師会での検討③：患者の自律

### ■ 日本医師会が強調する「患者の自律した意志」

- ・ 施術を受ける方が自律した意志を持って、受療の可否を判断できなければならない
- ・ 「補完・代替医療」は、それぞれの療法ごとの良し悪し判定が現実的に難しい  
→ だからこそ、患者一人ひとりへの個別説明が重要になる

### ■ 「自律した同意」が成立するための条件

- ① 適切な情報の提供（効果・限界・リスクをわかりやすく）
- ② 患者が理解できる説明（医療者と患者の情報格差を縮める）
- ③ 外部からの不当な誘導がないこと（広告・インターネット・SNS・AI）

### ■ 今日的課題：AIが「自律した同意」を歪める可能性

- ・ 患者がAIの断定的情報を「医師の説明より信頼できる」と感じるケースが生じている
- ・ 「AIがそう言っていた」が患者の意思決定に影響する時代への対応が必要

# 健康増進施設認定制度：温泉利用型・プログラム型の概要

## ■ 厚生労働大臣認定「健康増進施設」の3類型（健康増進施設認定規程）

### ① 運動型健康増進施設（昭和63年～）：346ヶ所

有酸素運動・筋力強化運動等を安全かつ適切に行える施設  
健康運動指導士等の配置＋医療機関との連携が必要

### ② 温泉利用型健康増進施設（昭和63年～）：18ヶ所（うち連携型4ヶ所）

温泉利用および運動を安全かつ適切に行える施設  
かぶり湯・全身及び部分浴槽・寝湯・持続浴槽等・気泡浴槽・サウナ等の設備  
温泉利用指導者の配置が必須

### ③ 温泉利用プログラム型健康増進施設（平成15年～）：25ヶ所

優れた泉質・周辺自然環境・地域の健康増進事業との連携を活用したプログラムを提供  
温泉入浴指導員の配置＋血圧測定・生活指導・応急処置設備が必要

## ■ 3類型共通：体力測定・運動プログラム提供・応急処置のための設備＋医療機関連携

厚生労働省 健康増進施設認定規程（昭和63年）・令和5年1月11<sup>9</sup>日時点

# 健康増進施設認定制度について

令和5年1月11日時点

厚生労働省では、国民の健康づくりを推進する上で適切な内容の施設を認定しその普及を図るため「健康増進施設認定規程」を策定し、運動型健康増進施設、温泉利用型健康増進施設、温泉利用プログラム型健康増進施設の3種類の施設について、大臣認定を行っている。

健康増進施設認定規程（告示）

国民の健康づくりを推進する上で適切な内容の施設を厚生労働大臣が認定しその普及を図る（3類型を規定）

## 運動型健康増進施設

（昭和63年～）

健康増進のための有酸素運動を安全かつ適切に行うことのできる施設

346ヶ所

### 《設備要件》

- 運動関係：有酸素運動、筋力強化運動等を安全に行える設備（トレーニングジム、運動フロア及びプールの全部又は一部）
- その他：体力測定、運動プログラム提供及び応急処置のための設備

### 《人的要件等》

- 運動プログラム提供者（健康運動指導士等）の配置
- 医療機関との連携（3類型共通）

## 温泉利用型健康増進施設

（昭和63年～）

健康増進のための温泉利用及び運動を安全かつ適切に行うことのできる施設

18ヶ所

（うち連携型4ヶ所）

### 《設備要件》

- 運動関係、その他：運動型施設と同じ
  - 温泉設備：次の5種類の設備
    - ①かぶり湯、②全身及び部分浴槽、
    - ③寝湯、持続浴槽等、
    - ④気泡浴槽、圧注浴槽等、⑤サウナ等
- ※ 温泉利用施設と運動型施設が近接等により一体で運営されるもの（連携型施設）を含む

### 《人的要件》

- 運動プログラム提供者（健康運動指導士等）の配置
- 温泉利用指導者の配置

## 温泉利用プログラム型健康増進施設

（平成15年～）

温泉を利用した健康増進のためのプログラム（以下のいずれか）を提供する施設

- ①特に優れた泉質を利用
- ②周辺の自然環境を活用
- ③地域の健康増進事業と連携

25ヶ所

### 《設備要件》

- 運動関係：（不要）
- その他：血圧測定、温泉利用プログラム提供、生活指導及び応急処置設備
- 温泉設備：次の2種類の浴槽
  - ①刺激の強いもの（泉温42度以上等）
  - ②刺激の弱いもの（泉温33～39度等）

### 《人的要件》

- 温泉入浴指導員の配置

## 運動型健康増進施設

### 《設備要件》

- 運動関係：有酸素運動、筋力強化運動等を安全に行える設備（トレーニングジム、運動フロア及びプールの全部又は一部）
- その他：体力測定、運動プログラム提供及び応急処置のための設備

### 《人的要件等》

- 運動プログラム提供者（健康運動指導士等）の配置
- 医療機関との連携



## 指定運動療法施設

健康増進施設のうち、運動療法が適した施設として指定を受けた施設。

### 《指定要件》

運動型健康増進施設の要件に加えて、...

- 健康増進施設の提携業務担当医が運動療法に関する知見を有する（健康スポーツ医等である）こと  
※ 提携医療機関が付置されていれば担当医は健康スポーツ医でなくともよい
- 1回あたりの施設利用料金が1万円以内であること
- 提携医療機関との間で、運動療法の実施に関し、随時指導・助言を行う旨の契約関係を有すること

(平成4年7月6日付け健医発第49号厚生省保健医療局健康増進栄養課長通知)

**233ヶ所**  
(346ヶ所のうち)

医師の指示により同施設を利用して行った運動療法に係る費用は、**医療費控除の対象となる。**

(平成4年7月6日付け健医発第816号厚生省保健医療局長通知)

- ・ 医師の処方に基づき疾病の治療のための運動療法を行う場として十分機能しうるものと認められる。
- ・ 医師が治療のために患者に指定運動療法施設を利用した運動療法を行わせた場合で、所定の書類によりその旨の証明ができるものについては、当該施設の利用料金も医師の治療を受けるために直接必要な費用と認められ、医療費控除の対象となる費用に該当する。

# 温泉利用型・プログラム型の設備・人的要件と医師の役割

## ■ 温泉利用型健康増進施設の要件(運動型に加えて)

【温泉設備】かぶり湯 ②全身及び部分浴槽 ③寝湯・持続浴槽等 ④気泡浴槽・圧注浴槽等 ⑤サウナ等

【人的要件】健康運動指導士等＋温泉利用指導者の配置(常時)

【医療連携】提携医療機関との連携(3類型共通)

→ 温泉施設と運動施設が一体または近接(連携型)して運営される

## ■ 温泉利用プログラム型健康増進施設の要件

【運動設備】不要(温泉プログラムが主体)

【温泉設備】①刺激の強いもの(泉温42度以上等) ②刺激の弱いもの(泉温33～39度等)

【その他設備】血圧測定・温泉利用プログラム提供・生活指導・応急処置設備

【人的要件】温泉入浴指導員の配置

## ■ 両施設類型とも:温泉療法専門医・温泉療法医が医療側の要として機能できる

・利用者への適切な入浴指導・禁忌確認・ICの提供に専門医の知見が活かせる

# 医療機関と温泉健康増進施設の連携モデル

## ■ 連携の基本枠組み:「医師の処方」と「施設での実施」の分業

### 医療機関(主治医・温泉療法専門医)

↓ 運動処方箋・温泉療法指示・禁忌確認・IC(インフォームド・コンセント)

### 健康増進施設(健康運動指導士・温泉利用指導者・温泉入浴指導員)

↓ プログラム実施・体力測定・血圧測定・生活指導・安全管理

### 患者・利用者

↓ 定期的なフォローアップ報告(施設→医療機関)

## ■ 指定運動療法施設(健康増進施設のうち指定を受けた施設)の要件

- ・提携医療機関の担当医が運動療法に関する知見を有すること(健康スポーツ医等)
- ・1回あたりの施設利用料金が1万円以内であること
- ・提携医療機関との間で運動療法の実施に関し、随時指導・助言を行う旨の契約関係

## ■ 温泉利用型施設での医師の主な役割

- ・入浴前の健康チェック・禁忌疾患の確認(心疾患・高血圧・皮膚疾患等)
- ・科学的根拠に基づく温泉療法の説明と同意(CAM倫理の実践)

# 運動処方と温泉療法の組み合わせ：実践的プログラム例

## ■ 温泉利用型施設における「運動＋温泉」プログラムの実践例

### 【プログラム例（高血圧・生活習慣病患者向け）】

1. 入室前：血圧測定・体温確認・問診（指導員）
2. ウォームアップ：ストレッチ・軽体操（10分）
3. 有酸素運動：ウォーキング・自転車エルゴメーター（20～30分、中強度）
4. 温泉入浴：微温浴（38～40度）10～15分・休憩を挟んで2回まで
5. クールダウン・水分補給・血圧再測定
6. 定期的に医療機関へフィードバック（月1回以上）

## ■ 温泉利用プログラム型での活用（運動設備なし）

- ・刺激の弱い温泉（33～39度）での微温浴・分割浴によるリラクゼーション効果
- ・血圧測定・生活指導を組み合わせた地域住民向け健康増進プログラム
- ・温泉入浴指導員が安全な入浴法を指導（ヒートショック予防含む）

## ■ 温泉療法医・専門医に求められること

- ・個別の禁忌確認と処方（水温・入浴時間・回数・注意事項）
- ・施設スタッフへの定期的な研修・情報提供

# 医療費控除・診療報酬との接続：健康増進施設認定の活用

## ■ 健康増進施設認定のメリット①：医療費控除の適用

- ・指定運動療法施設（運動型健康増進施設のうち指定を受けた施設）において
  - ・医師の処方に基づき疾病の治療のために運動療法を行わせた場合
  - ・施設の利用料金も医師の治療を受けるために直接必要な費用と認められ、  
医療費控除の対象となる（平成4年7月6日付け健医発第816号通知）
- 温泉利用型施設が指定を受ければ、温泉療法が医療費控除に接続できる

## ■ 健康増進施設認定のメリット②：診療報酬上の評価

- ・生活習慣病指導管理料（高血圧・糖尿病・脂質異常症等）の算定強化
- ・疾病予防・健康増進活動を行う施設との連携が評価される方向性（2026年改定）
- ・医師が運動指導・温泉療法指示を記録することで診療報酬評価の根拠に

## ■ 温泉利用型・プログラム型施設の認定取得プロセス（ICの観点から）

- ・施設の認定取得により「科学的根拠に基づく施設」としての社会的信頼が向上
- ・患者への説明に「厚生労働大臣認定施設での実施」という根拠を明示できる
- ・CAMとしての温泉療法が「制度に組み込まれた安全な実践」として位置づけられる

# 温泉健康増進施設における倫理実践：専門医の役割

## ■ 温泉健康増進施設における倫理的課題と対応：前半のまとめと接続

・CAMとしての温泉療法を施設で実施するうえでの倫理の軸は変わらない

① 科学的根拠の明示：温泉療法のエビデンスレベルを利用者に正直に伝える

② インフォームド・コンセント：禁忌（心疾患・高血圧・皮膚疾患等）と効果の限界を個別説明

③ リスク管理：入浴関連死・ヒートショック（山型・谷型）の予防と施設スタッフへの教育

④ 患者の自律した同意：施設の利用目的・プログラム内容を利用者が主体的に判断できる体制

## ■ 施設認定制度の活用が倫理実践を支える

・認定施設という「制度の枠組み」が適切なICと安全管理の基盤を提供する

・温泉利用指導者・入浴指導員が「科学的根拠の伝え手」として機能する

## ■ 温泉療法専門医に期待される役割

・医療機関と健康増進施設のハブとして：処方・IC・フォローアップの一貫した管理

・施設スタッフへの研修・安全基準の設定

・温泉療法のエビデンス蓄積と学会発信（AI時代の「正確な情報の発信者」として）

発表者加筆（2026.3.20 運動処方講演・本講演の内容を統合）

# 入浴関連死とヒートショック:山型・谷型とは何か

## ▲ 山型ヒートショック(血圧急上昇型)

寒い脱衣所 → 熱い湯船(42°C以上) → 心筋梗塞・脳卒中

### 【主な対象】

高齢者・高血圧患者・動脈硬化のある人

### 【メカニズム】

寒冷刺激 → 交感神経亢進 → 末梢血管収縮  
→ 収縮期血圧が急上昇(+40~60 mmHg 以上)  
→ 心筋梗塞・脳梗塞・脳出血リスクが急増

### 【予防策】

- ・脱衣所・浴室を事前に暖める(暖房・シャワーで予熱)
- ・湯温は38~40°Cのぬるめに設定する
- ・かけ湯でゆっくり身体を慣らしてから入浴
- ・冬季・早朝の入浴は特に注意

## ▽ 谷型ヒートショック(血圧急降下型)

長湯・高温浴 → 発汗・脱水 → 立ち上がり → 失神・転倒・溺水

### 【主な対象】

年齢・疾患に関わらず誰にでも起こりうる

### 【メカニズム】

入浴中の発汗 → 脱水・血液粘度の上昇  
温浴による末梢血管拡張 → 血圧低下  
→ 立ち上がり時に脳血流が一気に減少  
→ 立ちくらみ・失神 → 転倒・溺水

### 【予防策】

- ・入浴前にコップ1杯(200 mL)の水分補給
- ・長湯を避ける(10~15分以内)
- ・立ち上がる前に浴槽のふちにつかまり数秒待つ
- ・前かがみでゆっくり立ち上がる

## ■ 温泉療法専門医として:患者指導の要点

山型(高齢者・高血圧・冬季):脱衣所の保温・ぬるめ(38~40°C)・かけ湯

谷型(全員):入浴前水分補給・10~15分以内・ゆっくり立ち上がり

両者共通:飲酒後・食直後の入浴は禁忌

# CAM・温泉療法におけるインフォームド・コンセント

## ■ 「科学的根拠」と「インフォームド・コンセント(IC)」は医師倫理の二本柱

- ・日本医師会「医師の職業倫理指針」:エビデンスに乏しい医療を行う場合でも「**根拠が不十分であることを患者に十分に説明し、同意を得たうえで実施すべき**」
- ・CAMにおけるICは特に重要:患者の期待・希望が強く、冷静な判断が難しい  
(CAM: Complimentary and Alternative Medicine)

## ■ 温泉療法医として実践すべきIC

- ・温泉療法のエビデンスの現状(何がわかっている、何がわかっていないか)を説明
- ・患者ごとの禁忌・リスク(心疾患・高血圧・高齢者等)を個別に丁寧に伝える
- ・「効果がある可能性がある」と「効果が証明されている」の違いを明確に
- ・混合診療の問題:自由診療としての温泉療法が「科学的医療の代替」とならないよう

## ■ ICの実践的課題

- ・患者がインターネット・AIで事前に情報収集してくる時代になっている
- ・AI由来の情報(ときに断定的・不正確)をどう受け止めてIC対話を行うか  
→これが「医療AIと倫理」の問題と直結する(後述)

# 温泉療法専門医に求められる倫理的課題：前半のまとめと次への問い

## ■ 前半のまとめ：温泉療法とCAMをめぐる倫理的課題

- ① CAMの意義と限界の正確な理解（患者に正直に伝える勇気）
- ② インフォームド・コンセントの徹底（エビデンスの現状、リスクの個別説明）
- ③ 温泉療法のリスク管理（ヒートショック・入浴関連死の予防と患者教育）
- ④ 「統合医療」を混合診療解禁の入口にしないための専門医の自覚

## ■ そして今、新たな倫理課題が加わった

- ・患者が受診前にAI(ChatGPT等)で温泉療法・CAMの情報を調べてくる
- ・AIが「温泉療法は高血圧に効く」「CAMで治る」と断定的に答えることがある
- ・日本医師会は2026年4月、医療AIと倫理に関する包括的な答申を公表

## ■ 「AI時代の医療倫理」は温泉療法専門医にも無関係ではない

- ・「科学的根拠のない医療への慎重な姿勢」はAI出力の批判的評価にそのまま通じる
- ・医師の主体性・判断責任・説明義務という倫理の軸は変わらない

# AI時代の医療倫理：CAM・温泉療法の問いと重なる

## ■ 前半で確認した倫理の軸は、AI時代にそのまま問い直される

- ・「科学的根拠に乏しい情報への慎重な姿勢」
- ・「患者への十分な説明と自律的な同意の保障」
- ・「医師が判断の主体であり続けること」

## ■ AIが加えた新しい局面

- ・患者はすでに受診前にAIで「温泉療法の効果」「CAMの情報」を調べている
- ・AIは根拠の乏しい情報でも「断定的・もっともらしく」提示する（ハルシネーション）
- ・医師が「AIの出力を無批判に引用すること」は科学的根拠のない医療に等しい

## ■ 日本医師会の取り組み：2026年4月 AI倫理答申

- ・委員長：永井良三（自治医科大学学長） 5回の委員会を経て答申
- ・「AIに関する臨床的課題と生命倫理について」
- ・CAMと同じ倫理の軸：科学的根拠・IC・医師の責任・患者の自律

# 医療AIと倫理の軸：CAM倫理と重なる問い

## ■ 日本医師会答申が定義する「医療AI」の位置づけ

- ・AIは「人工知能 (Artificial Intelligence)」ではなく「拡張知能 (Augmented Intelligence)」
- ・医師の判断を置き換えるものではなく、能力を拡張・補助する存在
- ・AMA・WMA・日本医師会共通の立場：医療は人間の判断と責任のもとに行われる

## ■ CAM倫理と医療AI倫理の共通する軸

- ・「科学的根拠を根幹に据える」：エビデンスのないAI出力も、CAMも等しく慎重に
- ・「患者への十分な説明と同意」：AI利用を患者に開示し、限界を伝えること
- ・「医師が判断の主体であり続ける」：Physician-in-the-Loop の原則

## ■ 答申が示す医療AIの3類型（倫理課題の観点から）

- ① 記録・文書作成の補助
  - ② 診断・治療の補助
  - ③ 患者コミュニケーションの補助
- ③が温泉療法・CAM領域で特に重要：AIが患者との対話を左右し始めている

# 医療AIの現場実装：効果と「科学的根拠確認」の責任

## ■ 医療現場でのAI実装：働き方改革への貢献（答申より）

- ・退院・看護サマリー生成（約1～5分）、音声認識カルテ入力補助など
- ・恵寿総合病院：医師残業 45→18.5時間/月、看護師残業 8.1→1.1時間/月に激減

## ■ AIが「確定診断」を担えない理由（CAM評価にも通じる）

- ① 必要なデータが揃わない（温泉療法でも：入浴環境・既往歴・体調が個別に異なる）
- ② 正解が一つに定まらない（患者価値観・QOL重視の場合も）
- ③ 最終判断の責任は常に医師にある

## ■ 「AI情報の質」への目利き力が求められる

- ・AIが出力する温泉療法・CAM関連情報はエビデンスレベルがバラバラ
- ・答申：「科学的根拠に乏しい医療への慎重な姿勢」はAI出力にも適用される
- ・医師の職業倫理指針「科学的根拠のない医療」の条項がAI利用にも直接適用

# • 生成AIの脅威

町田哲 ニュース深掘り 日経CNBCキャスター 森田雅樹 早稲田大 26. 5. 28.

## • 退場する国 退場する産業 退場する企業 退場する人

- 生成AIを使える使えない -> 使うのは当たり前 AIの脅威的進化
- イノベーション 自動車がでてきて 御者がいない AIができて、、、
- kubota サントリー 新入社員採用1/4へ 事務・広いオフィスはいらぬ
- ホワイトワーカー 医師、弁護士、公認会計士、税理士 ->いらぬ
- ブルーワーカー フィジカルAIの出現 いらなくなる職種もある、、
- バイブワーキング AIとともに働く 新人に年俸1500万払えない企業は、、
- 日本 社会インフラ 世界4位から9位に 護送船団で競争力落ちている
- 生成AIは有能 だが万能ではない AIは嘘をつく 隠す 学習する
- AI にとって自分の成果が消されるのを嫌がる 他社AIを使うと抵抗する
- インターネットの出現 自動翻訳 AIとの壁打ち プログラム書けなくてよい
- どれえもん と のびた 子育てとAI 丸投げの禁止 AI倫理

# 医師の役割: Physician-in-the-Loopと職業倫理指針

## ■ WMA 2025年ポルト声明「Physician-in-the-Loop (医師参加型)」

- ・医学的専門性を持つ医師がプロセスに必ず介在し、最終判断を下す原則
- ・AI導入の本来の目的: 事務負担を軽減し、医師が判断・対話に集中できる環境を作ること

## ■ 日本医師会「医師の職業倫理指針」との直接的な接続

- ・「生涯学習」: AI・デジタル技術の影響を継続的に学ぶことが義務に
- ・「無診察治療等の禁止」: AI診断支援を用いても、医師の関与と最終判断は不可欠
- ・「科学的根拠のない医療」: AIの出力を無批判に引用することはこれに抵触しうる

## ■ 「オートメーション・バイアス」の危険

- ・AIの提案を無批判に受け入れる傾向が強まる (CAMのエビデンス過信と同じ構造)
- ・温泉療法専門医として: AIの出力を「一つの情報」として批判的に評価する習慣を
- ・専門的判断能力の維持は、AI活用の前提条件 (ディスクリング防止)

# 患者とAI:「自律した同意」が問われる新しい場面

## ■ 患者がAIを使う時代:「自律した同意」の新しい難しさ

- ・患者は受診前にChatGPT等で「温泉療法の効果」「CAMの情報」を調べてくる
- ・AIは根拠の乏しい情報でも「断定的・自信満々」に回答する(overconfidence)
- ・「AIがそう言っていたから」が患者の判断に影響するケースが現実には起きている

## ■ ハルシネーション:もっともらしい誤りの問題

- ・架空の論文・存在しない薬剤相互作用・誇大な効能説明などを生成することがある
- ・「温泉療法は〇〇に効く(エビデンスレベルA)」という誤情報を確信をもって提示

## ■ 温泉療法専門医として求められる対応

- ・患者が持参したAI情報を「否定せず・鵜呑みにせず」エビデンスで対話する
- ・「AIがそう言っているけど、現時点のエビデンスではこういう状況です」という説明
- ・これはCAM・温泉療法の説明と同意(IC)の実践そのもの

## 日本国内の温泉利用型健康増進施設

現在、日本国内で厚生労働省から「温泉利用型健康増進施設」として認定されている施設は、全国に**23施設**あります（2024年4月時点）。

代表的な施設としては以下のようなものがあります。

- **北海道:** 豊富温泉ふれあいセンター（豊富町）
- **青森県:** 酸ヶ湯温泉旅館（青森市）
- **群馬県:** 草津温泉クアビオ（草津町）
- **新潟県:** 妙高高原赤倉温泉（妙高市）
- **静岡県:** 伊豆長岡温泉（伊豆の国市）
- **大分県:** 長湯温泉（竹田市）、鉄輪温泉（別府市）
- **鹿児島県:** 霧島温泉（霧島市）、指宿温泉（指宿市）

※これらはあくまで一部であり、各地域の特性を活かした施設が認定を受けています。最新の認定施設一覧は、厚生労働省のホームページや、日本健康開発財団のホームページ等で確認できます。


## 認定施設を増やすための課題

「温泉利用型健康増進施設」をさらに増やすためには、主に以下のような課題をクリアしていく必要があります。

### 1. 認定要件のハードルの高さ

- **専門人材の確保:** 認定を受けるには、「温泉療法医」の配置（または提携）や、「温泉入浴指導員」の常駐など、専門的な知識と資格を持った人材の確保が必須です。特に地方の温泉地では、これらの人材を安定的に確保・雇用することが難しいケースがあります。
- **施設・設備の基準:** 運動施設（トレーニングルームなど）の併設や、救急体制の整備など、ハード面での基準を満たすための初期投資や維持管理コストが大きな負担となります。
- **プログラムの提供:** 単なる入浴だけでなく、医師の指示に基づく個別的な健康増進プログラム（運動療法、温泉療法など）を提供できる体制を構築する必要があります。

### 2. 経済的インセンティブの不足

- **医療費控除の認知度:** 認定施設で温泉療法を受けた場合、条件を満たせば施設利用料や交通費が医療費控除の対象となりますが、この制度自体の認知度がまだ低く、利用者にとっての強いインセンティブになっていないのが現状です。 
- **事業者の収益性:** 施設側にとっても、認定取得にかかるコストや手間に対して、それに見合うだけの集客増につながるか（収益性が確保できるか）が見えにくく、取得を躊躇する要因となっています。今回の学術大会でも、医療費控除の活用と地域資源の連携による行動変容への寄与や、医療連携型運動療法モデルの実装と標準化の課題などが議論されています。

# 1. 英国 (United Kingdom) の温泉療法

## ■ 歴史・文化的背景

- ・バース (Bath) : 紀元前からの聖なる温泉。ローマ人がSulis Minerva神殿と浴場を建設
- ・18世紀に欧州貴族のスパリゾートとして最盛期を迎え、現在も観光地として世界的に著名
- ・2004年バース市全体がユネスコ世界遺産登録。2021年には欧州温泉保養地群として再評価

## ■ 現在の医療制度における位置づけ

- ・NHS (国民保健サービス) では温泉浴療法 (balneotherapy) は原則として給付外
- ・ただし水治療法 (hydrotherapy) は一部の慢性疾患 (リウマチ・線維筋痛症・神経疾患等) で整形外科医・リウマチ科医の紹介状に基づきNHS給付対象となる
- ・Thermae Bath Spa (2006年再開) : 現代的スパとして観光・ウェルネス目的での利用が主

- ■ 医師倫理・規制の観点

- ・GMC (General Medical Council: 英国医師会) 2024年改訂「Good medical practice」
- → CAMを含む医療ソフトウェア・デジタルツール全般について「有害事象報告義務」を明確化
- ・CAMに関しては科学的エビデンスの開示・患者への説明義務が医師に課される

- ■ 日本との比較における示唆

- ・英国は保険適用なし→科学的エビデンスなき温泉療法の保険適用を行わない「慎重モデル」
- ・一方でCAMの倫理的規律(有害事象報告・説明義務)は先進的。日本も参照すべき枠組み

- ・ NHS England・GMC Good medical practice 2024・Thermae Bath Spa・発表者加筆

## 2. フランス (France) の温泉療法 —cure thermale—

### ■ 歴史・文化的背景

- ・Thermes(テルム)の伝統: ヴィシー・エクサンプロヴァンス・ラ・ブールブール・ダックスなど
- ・全国に約100の温泉地。年間利用者数は約60万人(医療目的・ウェルネス目的を合わせて)
- ・温泉療法は「cure thermale(キュール・テルマル)」として完全に医療制度に組み込まれている

### ■ 保険適用の仕組み: Cure thermaleの手順

- ① かかりつけ医または専門医が「cure thermale処方箋」を発行
  - ② 患者は認定温泉地の医師(médecin thermal)による診察・プログラム策定を受ける
  - ③ 18日間(3週間)の温泉治療プログラムを実施(通常は春～秋)
  - ④ 終了後、かかりつけ医にフィードバック報告
- ・費用負担: 社会保険(Assurance Maladie)が約70%、補完保険が残りの大半を負担

### ■ 対象疾患(保険適用される7疾患グループ)

関節・筋骨格系疾患 / 静脈・リンパ疾患 / 呼吸器疾患 / 神経疾患  
皮膚疾患 / 婦人科疾患 / 泌尿器科疾患

- ■ **エビデンスの状況**

- ▪ HAS (Haute Autorité de Santé: 高等保健機構) が定期的にエビデンスを審査・評価
- ▪ 2022年: リウマチ性関節炎領域でcure thermaleの有効性を再確認(システマティックレビュー)
- ▪ Cochrane共同レビュー: 変形性関節症への温泉療法(バルネオセラピー)で有意な疼痛軽減を確認

- ■ **日本への示唆**

- ▪ 「医師処方→認定施設での実施→フォローアップ」という完結した医療連携モデルの先進例
- ▪ 疾患グループ別のエビデンス審査制度は日本の保険適用議論の参考モデルとなりうる

● Assurance Maladie ▪ HAS 2022 ▪ CNETH (全国温泉療法機関連盟) ▪ Cochrane Review ▪ 発表者加筆

# 3. ドイツ (Germany) の温泉療法 —Kur・クアオルト—

## ■ 歴史・制度的背景

- ・「Bad(バート)」を冠する温泉保養地は全国に約350ヶ所 (Bad Gastein、Bad Kissingen等)
- ・Kur(クア): 温泉を中心とした医療的療養プログラム。中世以来の歴史を持つ法的概念
- ・クアオルト(Kurort)認定制度: 気候・温泉・施設・医療連携の基準を満たす保養地に州政府が認定

## ■ 保険適用の仕組み: Kur(クア療法)

- ・法定健康保険(GKV)による適用: 医師の証明書(ärztliches Attest)に基づき申請
- ・標準Kurプログラム: 3週間。5年ごとに1回が原則的な給付サイクル
- ・内容: 温泉入浴・クナイプ療法(冷温水交互浴)・泥浴・吸入・飲泉・運動療法  
栄養指導・心理支援・社会的リハビリテーションを組み合わせた総合的プログラム

## ■ クナイプ療法(Kneipp-Therapie)

- ・19世紀にセバスチャン・クナイプ神父が体系化した水治療法
- ・水(水治療)・運動・薬草・栄養・生活秩序の5要素からなる総合的自然療法
- ・ドイツでは「統合医療」の一環として認定。クナイプ協会が普及・品質管理を行う

- ■ エビデンス・研究の状況

- ・DZSM(ドイツスポーツ医学会)・Cochrane Review:クナイプ療法・バルネオセラピーの  
の
- 心循環器疾患・リウマチ・代謝疾患への有効性を支持するエビデンスが蓄積

- ■ 日本への示唆

- ・「5要素の統合プログラム」モデルは日本の温泉利用型健康増進施設の内容充実に応用可能
- ・クアオルト認定に相当する「質の担保された施設認定制度」の参考モデル

- GKV・DZSM・Kneipp-Bund・Cochrane Review 2017・発表者加筆

## 4. イタリア (Italy) の温泉療法 — Terme・cure termali —

### ■ 歴史・文化的背景

- ・テルメ (terme) : 古代ローマ時代から続く公衆浴場・温泉施設の伝統
- ・全国に約380の温泉施設 (stabilimenti termali)。シチリア島から北イタリアまで広く分布
- ・アバノ・テルメ (Abano Terme) ・モンテカティーニ (Montecatini) 等が世界的に著名

### ■ 保険適用の仕組み : cure termali (温泉療法)

- ・SSN (Servizio Sanitario Nazionale : 国民保健サービス) が給付
- ・医師処方に基づく12日間 (2週間) の治療サイクルを1クールとして実施
- ・費用 : SSNが施術費 (入浴・吸入・泥浴・飲泉等) の約75%を負担

### ■ 保険適用される7つの疾患領域

- ① 筋骨格系疾患 (変形性関節症・リウマチ性関節炎等)
- ② 呼吸器疾患 (慢性気管支炎・慢性副鼻腔炎等)
- ③ 皮膚疾患 (乾癬・湿疹等)
- ④ 耳鼻咽喉科疾患
- ⑤ 婦人科疾患
- ⑥ 泌尿器科疾患
- ⑦ 神経系疾患

- ■ 治療内容(例)

- ・泥浴 (fangoterapia) : 温泉泥を患部に塗布。ミネラルと熱効果で抗炎症・鎮痛
- ・吸入療法 (inalazione) : 温泉蒸気を吸入して気道粘膜を治療
- ・飲泉 (crenoterapia) : 消化器疾患・代謝疾患への内服温泉水療法

- ■ エビデンスと研究機関

- ・ISMAR (Istituto per la medicina e la ricerca in ambito termale)
- ・ : イタリア水治療医学・研究機関。温泉療法のエビデンス蓄積の中心機関
- ・複数のCochrane Review・RCT: 変形性関節症・線維筋痛症・皮膚疾患での有効性を確認

- ■ 日本への示唆

- ・「疾患グループ×泉質・療法の組み合わせ」による細分化されたプログラム設計が参考になる
- ・年間約100万人以上が医師処方での温泉療法を受ける制度の成熟度は特筆すべき

## 5. チェコ (Czech Republic) — カルロヴィ・ヴァリー

### ■ 歴史・地理的背景

- ・カルロヴィ・ヴァリ (Karlovy Vary) : 14世紀にカール4世が発見した伝説を持つ温泉都市
- ・マリアーンスケー・ラズニェ (Mariánské Lázně) ・フランチーシュコヴィ・ラズニェと合わせて「西ボヘミアの温泉トライアングル」を形成
- ・2021年 : 欧州の大温泉保養地群 (Great Spa Towns of Europe) としてユネスコ世界遺産登録 (バース・ヴィシー・バーデン・バーデン・バート・キッシンゲン等11都市と共同申請)

### ■ 保険適用の仕組み

- ・チェコ健康保険 (VZP等) が医師処方に基づく3~4週間の温泉滞在療養を給付
- ・対象 : 消化器疾患・代謝疾患 (糖尿病・脂質異常症) ・腎疾患・筋骨格系疾患等
- ・療養施設 (Lázně) に温泉専門医 (lázenský lékař) が常駐し個別プログラムを策定

### ■ 飲泉療法 (Trinkkur) の特徴

- ・カルロヴィ・ヴァリは飲泉中心の温泉文化。市内に12以上の泉源から湧出する温泉水
- ・温泉水のpH・ミネラル成分 (重炭酸・硫酸塩・ナトリウム等) が胃酸分泌抑制・消化促進に
- ・「スパカップ (lázeňský hrnek)」と呼ばれる独特の飲泉カップが観光の象徴
- ・飲泉量・回数・温度は医師が処方。朝の散歩コロナーデで飲泉するスタイルが伝統的

## ■ 国際観光との融合

- ・ロシア・中東・アジアの富裕層向け長期療養リゾートとして世界的知名度
- ・年間約10万人以上が医療目的での湯治に訪れる。
- ・温泉医療と観光が一体化した経済モデル

## ■ 日本への示唆

- ・飲泉療法の制度化と医師処方による個別プログラム設計は日本の温泉地(飲泉場)に直接参考
- ・世界遺産登録戦略(複数温泉地の連合申請)も日本の観光・医療政策の参考となりうる

・ VZP(チェコ健康保険組合)・UNESCO 2021・Karlovy Vary Tourism・発表者加筆

## 6. ハンガリー (Hungary) の温泉療法 —gyógyfürdő—

### ■ 歴史・文化的背景:「温泉大国」ハンガリー

- ・ローマ時代 (Aquincum) → オスマン帝国時代のトルコ式浴場 → Habsburg帝国期の発展
- ・ブダペスト: 市内だけで70以上の温泉・スパ施設。「スパの首都」とも呼ばれる
- ・セーチェニ温泉・ゲッレールト温泉など欧州最大規模の屋外・屋内温泉施設群を擁する

### ■ 医療温泉 (gyógyfürdő: ジョージフルドー)

- ・「ジョージフルドー (gyógyfürdő)」は医療目的の温泉浴場を指す法的概念
- ・認定要件: 泉質基準 (温度・ミネラル含有量)、医師・理学療法士の常駐、医療設備の整備
- ・一般の観光スパ (fürdő) とは法的に区別され、医療温泉のみが保険適用の対象となる

### ■ 保険適用の仕組み: OEP (国民保健基金)

- ・医師処方 (専門医または開業医) に基づきリウマチ・整形外科疾患への温泉浴療が給付対象
- ・標準的なプログラム: 2~3週間。温泉入浴・水中運動・理学療法を組み合わせた処方
- ・費用: OEPが施術費の大部分を負担。患者負担は限定的

- ■ **エビデンスと研究機関**

- ・ Magyar Balneológiai Egyesület (ハンガリー温泉療法学会) : 精力的なRCT研究
- ・ 変形性膝関節症・慢性腰痛・乾癬への温泉療法(バルネオセラピー)の有効性を複数のRCTで確認
- ・ 欧州リウマチ学会(EULAR)ガイドライン: 変形性関節症へのバルネオセラピーを推奨(2003～)

- ■ **学術的意義: EULAR推奨とISMH連携**

- ・ ハンガリーの研究グループはISMH(国際温泉気候医学学会)の中核メンバー
- ・ バルネオセラピーの国際エビデンス標準化に主導的な役割を果たしている

- ■ **日本への示唆**

- ・ 「医療温泉」と「観光スパ」を法的に区別する制度は日本の健康増進施設認定制度の精緻化に
- ・ EULAR推奨という国際指針の活用が日本の保険適用議論を加速させる可能性

## 7. 台湾 (Taiwan) の温泉療法 — 北投温泉と健康観光 —

### ■ 歴史的背景

- 日本統治時代 (1895～1945年) に日本式入浴文化が根付く
- 北投温泉 (台北市北投区) : 1893年にドイツ人商人が発見。硫黄泉・放射性温泉で世界的に珍し
- 「北投石 (Hokutolite)」: 放射性鉱物で世界で北投と秋田・玉川温泉のみ産出。学術的価値大
- 日本統治時代の公衆浴場 (現・北投温泉博物館) が残存。日本との文化的つながりが深い

### ■ 現在の医療・健康増進における位置づけ

- 公的医療保険 (全民健康保険: NHI) での温泉療法への給付はなし
- ただし一部医療機関 (リハビリ科・整形外科等) で水治療 (水療法) をリハビリの一環として実施
- 観光省・衛生福利部が連携し「温泉健康旅游」として健康観光 (Health Tourism) を推進

### ■ 主要な温泉地と特徴

- 北投温泉: 硫磺泉・放射能泉。台北からのアクセスが良く国内外観光客が多数
- 礁溪温泉 (宜蘭県): 炭酸水素塩泉。皮膚疾患・筋肉疲労への適用が伝統的
- 知本温泉 (台東県): 炭酸水素塩泉系。南国の自然と組み合わせたウェルネスリゾート化

- ■ 研究・学術動向

- ・北投石の放射線ホルミシス効果に関する研究が継続中(台湾大学・国立陽明交通大学)
- ・Taiwan Hot Springs Research Institute: 温泉成分・健康効果の科学的研究を推進
- ・温泉療法の国際標準化に向けた取り組みを日本・韓国の学会と連携して進めている

- ■ 日本との比較・示唆

- ・日本と歴史的・文化的に温泉浴習慣を共有する唯一の国。共同研究・情報共有が最も容易
- ・北投石を媒介とした日台共同研究(玉川温泉との比較)は学術的・外交的意義を持つ

- Taiwan Hot Springs Research Institute・全民健康保険・北投温泉博物館・発表者加筆

## 8. インド (India) の温泉療法 – アーユルヴェーダとの融合 –

### ■ インドの温泉地と歴史的背景

- ・ヒマーチャル・プラデーシュ州：マニカラン温泉 (Manikaran)。シク教・ヒンドゥー教の聖地
- ・マハーラーシュトラ州：ガネーシュプリ温泉。ヨガ・瞑想リトリートとの融合
- ・マニプル・メガーラヤ州：東北インドの温泉地群。部族医療との伝統的融合
- ・泉温が高く(90度超も)、入浴より儀礼的・宗教的意味合いが強い温泉も多い

### ■ アーユルヴェーダ (Ayurveda) との融合

- ・アーユルヴェーダ：「生命の科学」。5000年の歴史を持つインドの伝統的医学体系
- ・パンチャカルマ (Panchakarma)：5つの浄化療法。温浴・オイルマッサージ・薬草浴を含む
- ・温泉水をアーユルヴェーダの「水 (Jal)」の治療媒体として使用するアプローチが発展中
- ・ケーララ州：アーユルヴェーダ医療観光 (Medical Tourism) の世界的中心地

### ■ 政府の取り組み：AYUSH省

- ・AYUSH省 (2014年設立)：アーユルヴェーダ・ヨガ・ユナニ・シッダ・ホメオパシーを管轄
- ・National Wellness Policy (2020年)：温泉療法をウェルネスツーリズムの柱として明記
- ・一部の州 (ヒマーチャル・プラデーシュ等)：温泉地の医療観光開発に補助金を投入

- ■ 保険適用の状況

- ・公的医療保険(ESIC等)での温泉療法の直接給付はなし
- ・アーユルヴェーダ治療(一部)は政府病院・AYUSH病院での提供で無償または低廉
- ・民間の医療保険:一部のAyurvedaパッケージが補完医療特約として給付対象に拡大中

- ■ 国際的な研究動向

- ・WHO Traditional Medicine Strategy 2025~2034:アーユルヴェーダを含む伝統医学の科学的評価・標準化を重点課題として位置づけ
- ・インドとISMH(国際温泉気候医学学会)の連携:温泉療法×伝統医学の国際研究枠組みへ

- ■ 日本への示唆

- ・「温泉療法×漢方医学」という東洋医学との統合は日本でも模索できる独自モデル
- ・WHO伝統医学戦略の枠組みでの国際共同研究に日本温泉療法学会が参画する機会

## 温泉療法・補完代替医療に関する国際・国内の動向(2025～2026年)

### ■ WHO: 伝統医学戦略2025～2034(2025年5月 第78回世界保健総会WHA78にて採択)

ビジョン:「TCIM(伝統・補完・統合医療)への普遍的アクセス」の実現 ※TCIMをエビデンスに基づき保健制度へ統合することを各国に要請

#### 【4つの戦略目標】

- ①**エビデンスの強化** :TCIMの効果・安全性に関する質の高い研究(RCT等)を各国で推進し科学的根拠を蓄積する
- ②**安全性・規制の整備** :TCIMの製品・施術者・施設に対する品質管理・認定制度・有害事象報告体制を各国が整備する
- ③**保健システムへの統合** :エビデンスのあるTCIMを各国の一次医療・ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の中に組み込む
- ④**分野横断的価値の最大化** :TCIMが持つ文化・環境・経済・社会的価値を保健以外の分野(観光・農業・環境)とも連携して活かす

→ 温泉療法専門医として:①のエビデンス強化(RCT推進・ISMH連携)が最優先課題。②の施設認定制度(温泉利用型・プログラム型)は②③に直接対応する

- **厚生労働省:2026年6月施行 令和8年度診療報酬改定**
  - ・生活習慣病管理料の要件強化(高血圧・糖尿病・脂質異常症)、「疾病予防・健康増進・地域包括ケア」を重点方向として位置づけ
  - ・指定運動療法施設での医師処方に基づく運動療法の医療費控除制度は継続。温泉療法専門医が処方を行う制度的根拠として引き続き活用できる
- **環境省・スポーツ庁(文科省):温泉・運動の健康増進施策を継続推進**
  - ・環境省「チーム新・湯治」:2026年2月第22回セミナー・2026年3月NEWS LETTER No.32発行。国民保養温泉地計画を随時改訂中
  - ・スポーツ庁:第3期スポーツ基本計画(～2026年度)で「医療・介護とスポーツの連携」「地域医師会との運動・スポーツ関連資源マップ」を推進(2025年7月進捗報告)
- **温泉療法専門医への示唆:国際・国内の方向性は一致している**
  - ・WHOの4目標×環境省の新・湯治×スポーツ庁の医療連携×厚労省の健康増進評価 → いずれも温泉療法専門医が担う役割を後押しする方向性
  - ・本学会(第90回)がWHO戦略の「エビデンス強化」目標に応える国内研究・国際発信の起点となることを期待したい
- WHO WHA78(2025年5月)・厚生労働省令和8年度診療報酬改定・環境省温泉地保護利用推進室(2026年)・スポーツ庁第3期スポーツ基本計画進捗報告(2025年7月)より

# 9. ISMH(国際温泉・気候・医学学会)と国際標準化

## ISMHとは

- ISMH: International Society of Medical Hydrology and Climatology
- 1921年創設。100年以上の歴史を持つ温泉・気候療法の国際学術組織
- 欧州を中心に30カ国以上が加盟。日本温泉気候物理医学会も正式加盟
- 本部: スペイン・マドリード。定期的な国際会議・学術誌「International Journal of Biometeorology」で発信

## ISMHの主要な活動と宣言

- 各国の温泉療法の保険適用状況・エビデンスレベルの調査・比較研究
- 温泉療法の「国際エビデンス基準(RCTベース)」の整備を各国に勧告
- 2019年マドリード宣言: 温泉療法の保険適用拡大に向けた国際共同研究の推進を要請
- 欧州温泉連合(FEMTEC)と連携して保険適用の政策提言を各国政府に対して行う

## 温泉療法のエビデンス: 国際的現状(ISMHレビュー)

- システマティックレビュー(2020年代): 変形性関節症・慢性腰痛・線維筋痛症・乾癬でバルネオセラピーの有意な有効性を示すRCTが多数蓄積
- 課題: 研究の質の不均一性・盲検化の困難さ・施設間の泉質差による結果の比較困難
- ISMH提言: 泉質・水温・入浴時間・施術回数標準化プロトコルによる多施設共同RCTを推奨

- **■ 日本温泉気候物理医学会とISMHの連携**
- ・日本はISMH加盟国として国際共同研究・学術交流に参加する立場にある
- ・国内エビデンスをISMHのデータベースに登録することで国際的な発信力が高まる
- ・本学会第91回総会がISMHの国際標準プロトコルの研究計画を立案する契機となる

- **■ 日本が担うべき役割**

- ① 温泉利用型健康増進施設(18ヶ所)を活用した多施設RCTの実施
- ② 疾患別(高血圧・慢性腰痛・皮膚疾患等)の温泉療法プロトコルの標準化
- ③ 日本独自の泉質(単純温泉・硫黄泉・炭酸水素塩泉等)をISMHに登録・発信
- ④ 「温泉療法専門医」という日本独自の資格をISMHを通じ国際的に発信・評価

- ISMH・FEMTEC・2019 Madrid Declaration・International Journal of Biometeorology・発表者加筆

# まとめ：温泉療法専門医として、倫理の軸を持ち続ける

## ■ 本日のまとめ：温泉療法専門医の倫理的姿勢

- ① CAM・温泉療法の意義を認めつつ、限界とリスクを正直に伝える
- ② インフォームド・コンセントを徹底する(エビデンス・禁忌・個別リスク)
- ③ 温泉療法のリスク管理(入浴関連死・ヒートショック)を患者教育に組み込む
- ④ 統合医療を混合診療解禁の入口にしない自覚と発信
- ⑤ 患者がAIで収集した情報と向き合い、エビデンスで対話する(AI時代のIC)
- ⑥ 医師の判断の主体性・説明責任は、AI活用の有無にかかわらず変わらない

## ■ 温泉療法専門医に期待されること

- ・科学的根拠の蓄積と、わかりやすい情報発信(AIが断定するより先に正確な情報を)
- ・「良い温泉療法」を広めるためにも倫理の基盤が不可欠

第91回学会が、その出発点のひとつとなることを願っています。

ご清聴ありがとうございました。