

3. 緩和ケアにおける微鍼を用いた鍼灸治療効
果の評価方法
- 総合的評価の導入の試み -

研究代表者：篠原 昭二

明治国際医療大学鍼灸学部鍼灸学科 基礎鍼灸学
講座 教授

明治国際医療大学鍼灸学部鍼灸学科 基礎鍼灸学
講座 研究協力者： 横西 望

明治国際医療大学鍼灸学部鍼灸学科 基礎鍼灸学
講座：関 真亮、斉藤 宗則、和辻 直

【研究要旨】

平成 22 年～平成 25 年度の 4 年間では、緩和ケア領域における鍼灸治療介入による効果を調査するために、鍼灸治療の効果判定を行う基準を定める必要性があった。しかし、病態により、使用できる評価法は異なり、評価方法を一律化にするには非常に困難であった。

そこで、VAS、NRS、FS、印象評価等で効果判定が行えるよう、EBM の考え方は逆行するかもしれないが、総合的評価システムを独自で作成し、評価したので報告する。

A.【研究目的】

緩和ケア領域では様々な評価法が使用されているが、病態悪化によって途中から使用できなくなるなど、評価法の一律化は非常に困難である。

そこで、独自の評価基準をもうけ、鍼灸治療の効果判定を行った。

【評価方法】

鍼灸治療の効果判定は、愁訴に応じて可能な限り客観的な手法を用いることが理想的である。しかし、緩和ケアにおいては、ターミナル中期から後期にかけて、患者の自覚する愁訴は多愁訴で多彩な症状を自覚するとともに、身体症状のみならず、精神的な愁訴や社会的な問題やスピリチュアルな問題も含めて非常に複雑な様相を呈することが少なくない。

さらに、高齢の患者さんの場合には認知症傾向を呈することも少なからず存在し、VAS やニューメリカススケール、フェーススケールすら正しくとれない場合も多い。一般的には、Visual Analogue Scale (以下 VAS)、Numerical Rating Scale (以下 NRS)、フェーススケール (以下 FS)、



MD. アンダーソン評価等を駆使して行う必要がある。一方、FS は病院によっては頻用されていることが多いようであるが、中には口癖のように数字を言う場合もあり、注意が必要である。

本来は同一規格、同一内容の評価法の導入が望ましいが、患者によって病態も様々なため、評価を一律にすることは難しい。また、評価は患者の負担にならないように十分配慮し、コミュニケーションが一切とれない患者については、病院スタッフによる印象評価を看護師記録等より確認して

採用することも考慮する必要がある (笑顔が見られた、苦痛表情が無かった等)。

コミュニケーションがとれる患者には VAS、NRS、または FS、週一回 M.D. アンダーソン評価、OHQ57 の中から患者本人とその時の状態で評価をとるか否かを確認し、患者および患者家族の同意の得られたもので評価する必要がある (図 3)。

図 1 . 評価方法

【効果判定】

最終的な効果判定分類は著効、有効、やや有効、無効および不明とした。効果判定条件は表のとおりとした (表 1)。また、鍼灸治療中止者の場合は中止する直前の状態でもって総合評価とした。

1) 著効: NRS は 5 以上改善したもの、FS は 3 段階以上改善したもの、印象評価から鍼灸治療介入前後で明らかな症状の改善がカルテに記載されていた場合とした。

2) 有効: NRS は 2~4 改善したものとした。FS

著効	NRS=5 以上、FS=3 以上、VAS=20mm 以下になった場合、または前評価値から 40mm 以上減少した場合。印象評価から鍼灸介入前後で明らかな改善が認められた場合。
有効	NRS=2~4、FS=2、VAS 値が前評価から 10mm~40mm の減少した場合。印象評価は鍼灸介入により苦痛表情の消失または精神的状態の改善がされ、笑顔が見られるようになった場合。
やや有効	NRS=1~2、FS=1、VAS 値が前評価から 10mm 以下減少した場合。印象評価は鍼灸介入前後で殆ど変化は認められないが、苦痛表情が少なくなり、笑顔が見られ始めた。睡眠に入ることができるなど、わずかではあるが変化の認められた場合。
無効・不明	主観的、客観的評価に一線変化がない場合、また各評価を使用しても効果が不明である場合。

では 2 段階改善したものとした。印象評価は鍼灸治療介入によって苦痛表情の消失、または精神的状態が改善され、笑顔が見られることが多くなったなどの場合とした。

3) やや有効: NRS は 1~2 の改善を示したものと

した、FSは1段階改善したものとした。印象評価は鍼灸治療介入前後で殆ど変化はないが、苦痛表情が少なくなった、少し笑顔が見られる、睡眠に入ることができる等、わずかな変化の認められた場合とした。

4) 無効：主観的、客観的評価に一切変化がない場合を無効とした。

5) 不明：種々の判定法を導入しても治療効果が不明である場合、また、薬剤等が同時期に投与され、薬剤の効果か鍼灸治療介入の効果が不明な場合、患者の評価自体に問題があると認められる場合などは、不明とした。

表1. 効果判定の総合的評価システム

評価には多くの困難を伴う。VASやNRS、FS等を用いた客観的評価だけでなく、医療スタッフ(医師・看護師など)のコメントをカルテから抜粋し、印象評価として活用しなければせっかくの治療効果もきちんと評価することは困難となる。変則的ではあるが、実用的な評価方法であると思われる。

【参考文献】

1) 痛みを主訴とする患者と仮面うつ病：篠原昭二、小田原良誠、北出利勝、兵頭正義. 東洋医学とペイ

ンククリニック. 10(3): 146~149. 1980年7月

2) 大阪医科大学麻酔科ペインクリニックにおける五十肩の治療成績：篠原昭二、小田原良誠、北出利勝、兵頭正義. 東洋医学とペインクリニック. 10(4): 160~164. 1980年10月

3) 置針・電気針および低周波置針療法の効果比較：篠原昭二、北出利勝、小田原良誠、兵頭正義. 全日本鍼灸学会雑誌. 31(4): 381~385. 1982年3月

G. 【研究発表】

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
WFAS. 2012

H. 【知的財産権の出願・登録状況】

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他