平成 24～25 年度　分担研究報告書
厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業

1. 緩和ケアにおける統合医療チームとしてのあり方の模索

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
明治国際医療大学　附属病院　外科学教室：神山　順、糸井　啓純

【要旨】
緩和ケアにおける統合医療チーム（Integrative Medicine Team, 略称 IMT）の概念を提案する。医師やコメディカルによるチーム医療は現代医療の標準的なシステムの一つである。本研究の成果がチーム医療の概念をさらに拡張しうる考え、統合医療チームを提唱する。
緩和ケアチームと緩和ケアにおける統合医療チームとの違いは、従来の緩和ケアに対して、統合医療の概念を積極的に利活用する医療チームということである。具体的には、鍼灸治療やアロマセラピー、音楽療法、各種サプリメント等を導入するものである。特に本稿では、鍼灸治療の導入における課題について記述する。

【今後の課題】

1)　鍼灸診療に熟練した臨床家の必要性

鍼灸治療対象愁訴はがん性疼痛のみならず多岐にわたり、幅広い知識と鍼灸に関する高度な診断・治療技術が求められる。したがって、統合医療チームを構成する鍼灸師の資質としては、全日本鍼灸学会が提唱する認定制度をクリアーするか、あるいは、緩和ケアに関する研修を受けたものを対象とすべきであると考えられる。とくに、緩和ケア中期から後期にかけての患者では、種々の愁訴が同時に訴えられることが多く、患者の体質や体調、病状を考慮した上での東洋医学的な全体観に基づいた、診断・治療の必要性が高くなる。

また、多愁訴に対していたずらに刺激部位や刺激量を増やすことは、帰って患者にとって負担を与える危険性を伴うことから、体質に応じた刺激量の選択も考慮される必要がある。

2)　チーム医療を実践しうる鍼灸師

緩和ケアにおける鍼灸治療を実施するためには、チーム医療を担う一員としての責務と経験が必要となる。したがって、従来の鍼灸治療に関する学問と技術だけでは無く、広く緩和ケア医療に関する知識も理解する必要がある。特に、緩和ケアはチーム医療でのケアが行われていることから、チーム医療を担う一員としての行動が求められる。

平成 22 年度に出された厚生労働省の『チーム医療の推進について』と題する報告書によれば、チーム医療とは、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提

供すること」と一般的に理解されている。したがって、緩和ケアの目的を達成することを第一義としつつも、患者および疾病に関する医学的な情報ならびに予後を理解するとともに、患者を取り巻く家族を含む情報も共有しながら、チーム全体としての調和を保ちつつ、取り組んでいく必要がある。

そのためには、鍼灸治療の専門家としての知識と技術だけでなく、緩和ケアに関する知識が広く求められることになる。

3) 鍼灸治療のエビデンスに関する知識

津嘉山によれば、緩和ケアに関する鍼灸治療のエビデンスが紹介されている[1)]。しかし、多くはケースシリーズによるものであり、特に我が国では、鍼灸治療は混合診療と見なされることから保険診療機関における治療の制限を受けていることが、研究の進展にとって大きな制約となっている。

一方、これまでの研究成果から、推奨度が[A]ランクの愁訴としては、化学療法の副作用としての嘔気・嘔吐、疲労倦怠感があり、[B]ランクとしては血管運動障害があげられている。

[C]ランクでは、種々の癌性疼痛、吃逆、下痢、放射線障害による口腔乾燥症、体力低下、排尿障害、白血球減少症、不安、不眠、浮腫、腹部膨満観、便秘、しびれなどが報告されている。しかし、エビデンスレベルは高いとはいえず、今後一層の研究の進展が期待される(表１)。

表 1. 17 の症状に対する鍼灸治療のエビデンスのレベルと推薦度

症　状	SR	RCT	比較のある研究	比較のない研究	症例報告	その他	エビデンスレベル	推奨度
疼　痛	4	9		11	12+39	9+1	1a	C
吃　逆				1	1		5	C
下　痢					4		5	C
血管運動障害	2	2		6	2		1b	B
口腔乾燥症		1		3	1	4	4	C
体力低下					2		5	C
嘔気・嘔吐	6	7		6	8		1a	A*
排尿障害			2		5		5	C
白血球減少症	1	1		4	2	3	4	C
疲労倦怠感	1	1		4	12	4	1b	A*
不　安				4		3	5	C
不　眠			1	2	2	2	3b	C
浮　腫				4	4		5	C**
腹部膨満感		1			3		5	C
便　秘					4		5	C
痺　れ				2	4		5	C
鍼麻酔(鍼鎮痛)		1		2	7		4	C

SR：systematic review

＊：化学療法の副作用，＊＊：浮腫に対する適応については，効用や安全性に意見の食い違いが目立つ

表 2. 66,000 回を超える鍼治療の前向き調査 2 件で報告された頻度の高い有害事象発生率

事象	SAFA 研究（%）	York 研究（%）	全体*（%）
疲労感	NR	3	3
出血または血腫	3	2	3
症状悪化	1	3	2
刺鍼痛	1	1	1
眠気	0.3	1.1	0.7
めまい	NR	0.6	0.6

気分不良	0.3	0.2	0.3
嘔気	NR	0.3	0.3
発汗	0.01	0.2	0.2
抜鍼困難、鍼の曲がり	0.1	NR	0.1
頭痛	0.01	NR	0.01

＊利用できるデータ全体からの推定値　　NR＝報告なし

なお、平成22年度から介入研究を実施しているが、緩和ケアにおける鍼灸治療介入には、特定の刺激方法を定めたプロトコール研究はあまり適当では無く、緩和ケア中期から後期における刻々と変化する体調に応じて柔軟に対応する必要性を痛感している。しかし、そういった状況での研究成果は症例シリーズによる研究しか実施し得ないジレンマを有しており今後の大きな課題といえる。

4) 鍼治療の有害事象に関する報告

クラウデイア　ウィット(Claudia M Witt)らによる慢性痛に対する鍼治療の効果、有効性、安全性および費用対効果に関するドイツの大規模研究の成果から、鍼治療の安全性についてみると、対象とした260,159名のうち22126名(8.5%)から、延べ27134件の有害事象が報告され、医療処置を必要とする副作用は0.8%の患者から報告された。そのうち2例は気胸で、うち1名は入院を必要とした[2)、3)]。しかし、生命の危機に至るような副作用は報告されなかった[4)]。

また英国のAdrian Whiteによる研究では、延べ66229回の鍼治療において発生した有害事象は疲労感3%、出血または血腫3%、症状の悪化2%、刺鍼痛1%、眠気0.7%、めまい0.6%、気分不良0.3%、嘔気0.3%、発汗0.2%、抜鍼困難・鍼の曲がり0.1%、頭痛0.01%と報告されており、極めて副作用の少ない治療法であることが分かる[5)]（表2)。

5) 混合診療の例外規定の必要性

緩和ケアにおいて鍼灸利用介入を導入することの意義は、これまでの研究成果報告ならびに、本稿におけるエビデンスの紹介においても、導入の価値ならびに有用性があることは明らかであると考える。しかし、緩和ケアの中に鍼灸治療を行うためには、混合診療の問題を解決しなければ導入することは困難である。緩和ケアは特殊な領域であり、患者さんが自由意志で鍼灸院に通院して治療を受けることが不可能で、緩和ケア後期では身動きもままならない状態でのケアが不可欠である。したがって、病院内に常駐した鍼灸師の存在が求められることになる。

また、平成22、23年度の報告にある如く、週に2回での鍼治療介入においては、効果持続時間が12～24時間以内がほとんどであり、毎日治療介入をする必要性に迫られていることが明らかとなった。WHOに定めた麻薬を用いた鎮痛方法の確立によって、鎮痛効果が飛躍的に進展したことは事実であるが、それでも疼痛や種々の不定愁訴に苦しむ緩和ケア対象患者は後を絶たないのが現状である。そういった患者さんに対して、無薬物療法で生体に軽度の機械的あるいは温熱刺激を与えるのみで、種々の愁訴に対して効果を発揮しうる鍼灸治療は、有益な治療手段の一つになり得ると考えられる。

一方、従来の混合診療の問題をクリアーできなければ、鍼灸治療介入は、研究あるいはサービスとしての提供に留まり、広く緩和ケア対象患者が恩恵を受けることが出来ないことになる。

6) まとめ

緩和ケアにおける鍼灸治療は、未だにエビデンスが十分確認されているわけではないが、一定の効果を発揮する可能性は否定できず、一部の診療機関においては、その貢献に浴していることも事実である。緩和ケアにおいて鍼灸治療を導入するためには、一層の研究成果を充実させる必要があるが、そのためには、混合診療の問題を解決すべきであると同時に、緩和ケアを担いうる鍼灸師の質の確保も重要な課題である。それらを改善することによって、緩和ケアにおける統合医療チームの実現に大きく貢献するといえる。

文献

1) 津嘉山洋他：補助療法としての鍼灸治療、がん患者と対症療法、Vol.22, No.2, 45-51, 2011.
2) Witt CM et.al., Efficacy, effectiveness, safety and costs od acupuncture for chronic pain- results of a large research initiative. Acupunct Med. 2006, 24 (Suppl) S33.
3) Witt CM et.al.,Acupuncture in patients with

osteoarthritis of the knee: a randomized trial. Lancet 2005: 366, 36-43.
4) 全日本鍼灸学会編：エビデンスに基づく変形性膝関節症の鍼灸医学、医歯薬出版、2007.
5) White A et. al. : Acupuncture treatment for chronic knee pain: a systematic review. Rheumatology, 2007.

G. 【研究発表】

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

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