

図 66：興味があるセルフケア

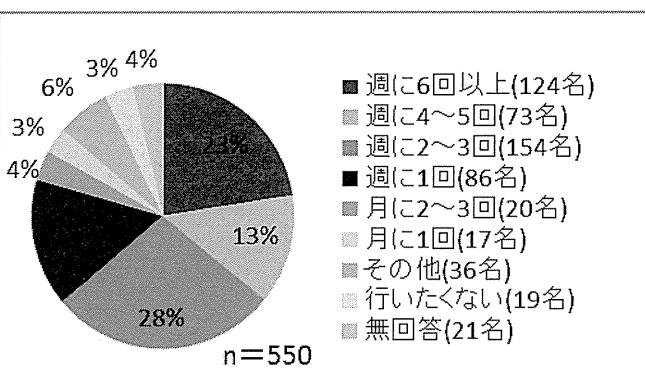


図 67：セルフケアを行いたい頻度

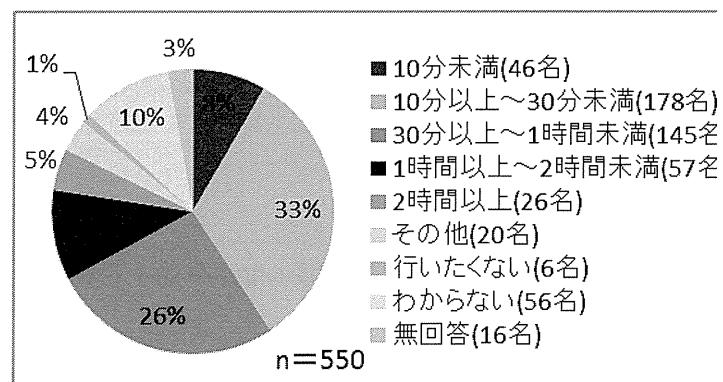


図 68：セルフケアにかけたい時間

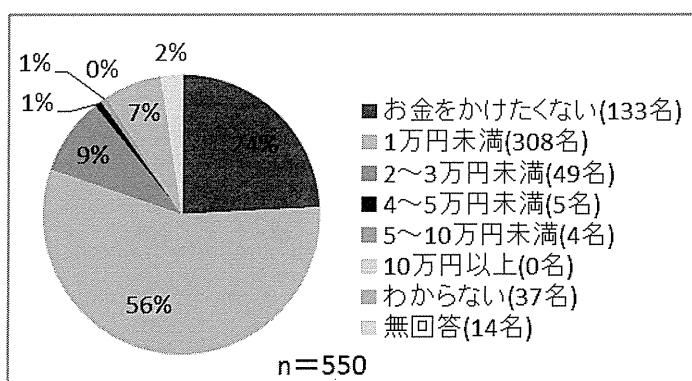


図 69：セルフケアにかけたい費用

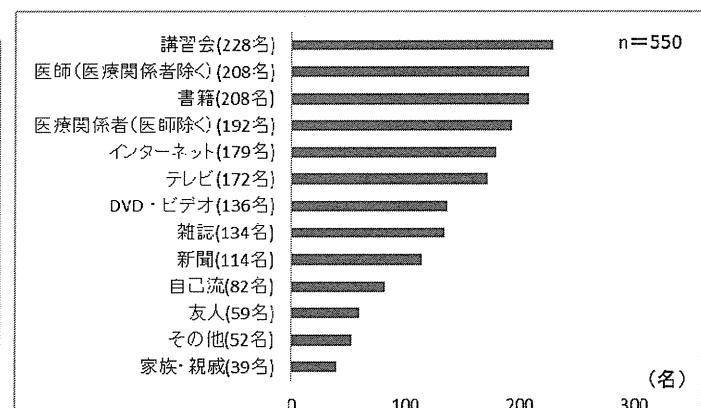
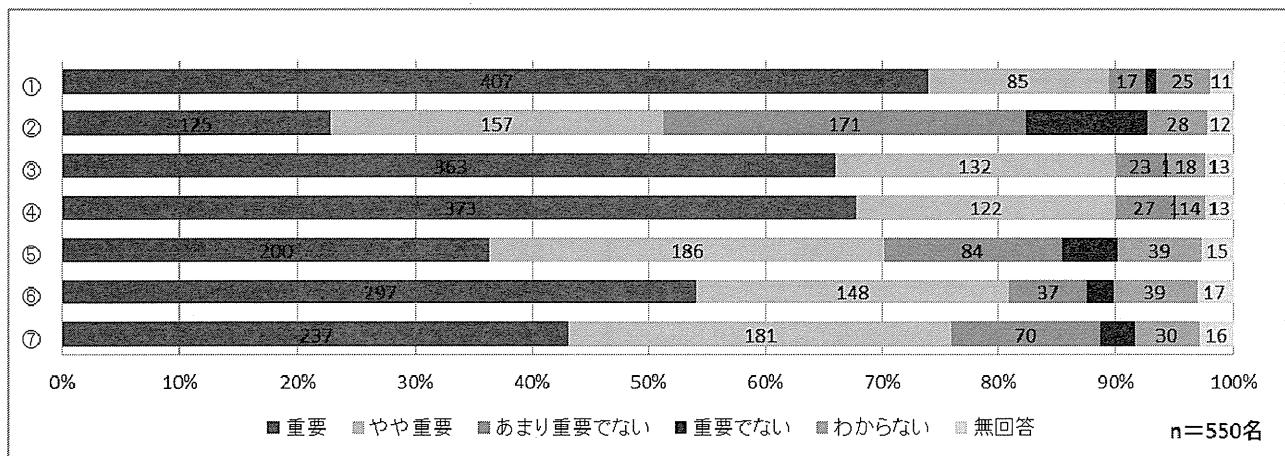


図 70：セルフケアを学びたい方法



- ①患者間で話し合いや相談ができるような場があること
- ②患者自身でセルフケアを継続して行えるためのシステムが整っていること
- ③セルフケアを適正に行えるための教室が開催されていること
- ④セルフケアを適正に行えるためのわかりやすい資料があること
- ⑤セルフケアの有用性や安全性が検証されていること
- ⑥セルフケアの指導者が医師であること
- ⑦セルフケアを適正に指導できる専門家がいること

図 71：セルフケアで重視する環境

	合計	男性	女性
JFIQ	62.1±20.2	64.5±20.6	61.9±20.1
FiRST	5.1±1.1	4.9±1.4	5.1±1.1

表 5：JFIQ の平均得点と FiRST の平均得点

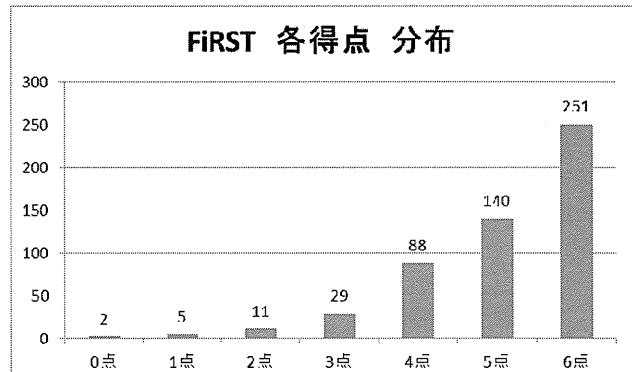


図 72：FiRST の点数分布

4. 本調査結果（セルフケア実施の有無の影響）

		n	平均値	標準偏差	有意確率
年齢(歳)	行っている	412	51.0	13.6	.883
	行っていない	128	51.2	13.2	
	合計	540	51.1	13.5	
身長(cm)	行っている	408	157.7	6.7	.649
	行っていない	124	157.3	12.2	
	合計	532	157.6	8.3	
体重(kg)	行っている**	392	54.0	11.2	.004
	行っていない**	122	57.6	14.8	
	合計	514	54.8	12.2	
BMI	行っている**	392	21.7	4.1	.005
	行っていない**	122	23.0	5.2	
	合計	514	22.0	4.4	
線維筋痛症と診断されてからの罹患期間(月)	行っている	384	62.7	53.3	.640
	行っていない	116	65.3	50.8	
	合計	500	63.3	52.6	
症状が持続している期間(月)	行っている	391	142.5	124.9	.743
	行っていない	121	138.4	109.1	
	合計	512	141.5	121.3	
身体の痛みVAS(mm)	行っている	396	61.3	27.0	.060
	行っていない	121	66.5	24.0	
	合計	517	62.5	26.4	
体調VAS(mm)	行っている**	403	65.9	25.8	.009
	行っていない**	126	72.7	23.5	
	合計	529	67.5	25.4	
J F I Q	行っている**	410	60.2	20.7	.001
	行っていない**	127	67.2	19.0	
	合計	537	61.8	20.5	
FIRST	行っている	398	5.1	1.1	.580
	行っていない	121	5.0	1.2	
	合計	519	5.1	1.1	

表6：セルフケアの実施者と未実施者の基本属性等に関する比較

5. 本調査結果（セルフケアの種類の選択による他因子への関連について）

	年齢						χ^2 値	P		
	40歳まで		41歳～60歳		61歳から					
	行っている	行っていない	行っている	行っていない	行っている	行っていない				
植物を育てる	16 (17.6%)	75 (82.4%)	63 (28.4%)	159 (71.6%)	40 (39.6%)	61 (60.4%)	0.003	*		
ストレッチ	62 (68.1%)	29 (31.9%)	126 (56.8%)	96 (43.2%)	47 (46.5%)	54 (53.5%)	0.011	*		
サプリメント	40 (44.0%)	51 (56.0%)	87 (39.2%)	135 (60.8%)	25 (24.8%)	76 (75.2%)	0.012	*		
瞑想する	18 (19.8%)	73 (80.2%)	26 (11.7%)	196 (88.3%)	7 (6.9%)	94 (93.1%)	0.024	*		
動物と触れ合う	22 (24.2%)	69 (75.8%)	76 (34.2%)	146 (65.8%)	22 (21.8%)	79 (78.2%)	0.038	*		
アロマ	18 (19.8%)	73 (80.2%)	37 (16.7%)	185 (83.3%)	8 (7.9%)	93 (92.1%)	0.049	*		

表 7：年齢層の違いとセルフケア選択の関係

	BMI				χ^2 値	P		
	25未満		25以上					
	行っている	行っていない	行っている	行っていない				
運動	165 (51.4%)	156 (48.6%)	24 (32.9%)	49 (67.1%)	0.004	*		
ストレッチ	194 (60.4%)	127 (39.6%)	32 (43.8%)	41 (56.2%)	0.010	*		
動物と触れ合う	83 (25.9%)	238 (74.1%)	29 (39.7%)	44 (60.3%)	0.018	*		

表 8：BMI（正常者または肥満者）の違いとセルフケア選択の関係

	最終学歴				χ^2 値	P		
	中学卒業 高校卒業		大学卒業 大学院卒業					
	行っている	行っていない	行っている	行っていない				
瞑想する	11 (6.9%)	149 (93.1%)	22 (20.8%)	84 (79.2%)	0.001	*		
ストレッチ	79 (49.4%)	81 (50.6%)	69 (65.1%)	37 (34.9%)	0.012	*		
ヨガ	17 (10.6%)	143 (89.4%)	21 (19.8%)	85 (80.2%)	0.036	*		

表 9：学歴（低学歴者または高学歴者）の違いとセルフケア選択の関係

	暮らしの人数				χ^2 値	P		
	1人		2人以上					
	行っている	行っていない	行っている	行っていない				
ハーブ	12 (17.1%)	58 (82.9%)	29 (8.5%)	312 (91.5%)	0.028	*		
ストレスの対処法	35 (50.0%)	35 (50.0%)	124 (36.4%)	217 (63.6%)	0.033	*		

表 10：居住人数（一人暮らしまたは二人暮らし以上）の違いとセルフケア選択の関係

	活動量				χ^2 値	P		
	4時間未満		6時間以上					
	行っている	行っていない	行っている	行っていない				
温熱器具の使用	77 (41%)	111 (59%)	67 (29.5%)	160 (70.5%)	0.015	*		

表 11：活動量（低活動量と高活動量）の違いとセルフケア選択の関係

	発症してからの健康状態				χ^2 値	P		
	改善している		悪化している					
	行っている	行っていない	行っている	行っていない				
運動	117 (55.5%)	94 (44.5%)	55 (34.8%)	103 (65.2%)	0.000	*		
考え方	119 (56.4%)	92 (43.6%)	56 (35.4%)	102 (64.6%)	0.000	*		
筋力トレーニング	56 (26.5%)	155 (73.5%)	21 (13.3%)	137 (86.7%)	0.002	*		
体操	65 (30.8%)	146 (69.2%)	28 (17.7%)	130 (82.3%)	0.004	*		
ヨガ	41 (19.4%)	170 (80.6%)	14 (8.9%)	144 (91.1%)	0.005	*		
休憩方法	107 (50.7%)	104 (49.3%)	58 (36.7%)	100 (63.3%)	0.007	*		
会話をする	112 (53.1%)	99 (46.9%)	64 (40.5%)	94 (59.5%)	0.017	*		

表 12：現在の健康状態（改善しているまたは悪化している）の違いとセルフケア選択の関係

	治療への積極性				χ^2 値	P		
	積極的		消極的					
	行っている	行っていない	行っている	行っていない				
考え方	169 (54%)	144 (46%)	6 (19.4%)	25 (80.6%)	0.000	*		
ストレッチ	195 (62.3%)	118 (37.7%)	10 (32.3%)	21 (67.7%)	0.001	*		
入浴方法	214 (68.4%)	99 (31.6%)	13 (41.9%)	18 (58.1%)	0.003	*		
ストレスの対処法	135 (43.1%)	178 (56.9%)	5 (16.1%)	26 (83.9%)	0.004	*		
姿勢の取り方	120 (38.3%)	193 (61.7%)	5 (16.1%)	26 (83.9%)	0.014	*		
磁気の装着貼付	45 (14.4%)	268 (85.6%)	0 (0%)	31 (100%)	0.024	*		
睡眠方法	186 (59.4%)	127 (40.6%)	12 (38.7%)	19 (61.3%)	0.026	*		

表 13：治療への積極性（積極的または消極的）の違いとセルフケア選択の関係

	痛みの頻度				χ^2 値	P		
	常に痛む、よく痛む		たまに痛む、まれに痛む					
	行っている	行っていない	行っている	行っていない				
ツボ押し	100 (27.2%)	267 (72.8%)	3 (9.4%)	29 (90.6%)	0.027	*		
サプリメント	140 (38.1%)	227 (61.9%)	6 (18.8%)	26 (81.3%)	0.029	*		
呼吸の仕方	137 (37.3%)	230 (62.7%)	6 (18.8%)	26 (81.3%)	0.036	*		
マッサージ全般	94 (25.6%)	273 (74.4%)	3 (9.4%)	29 (90.6%)	0.040	*		

表 14：痛みの頻度（高頻度または低頻度）の違いとセルフケア選択の関係

	セルフケアの費用				χ^2 値	P		
	1万円未満		2万円以上					
	行っている	行っていない	行っている	行っていない				
瞑想する	28 (19.2%)	118 (80.8%)	20 (8.4%)	217 (91.6%)	0.002	*		
姿勢の取り方	63 (43.2%)	83 (56.8%)	70 (29.5%)	167 (70.5%)	0.007	*		
ツボ押し	51 (34.9%)	95 (65.1%)	54 (22.8%)	183 (77.2%)	0.010	*		
自然を見に行く	52 (35.6%)	94 (64.4%)	56 (23.6%)	181 (76.4%)	0.011	*		
筋力トレーニング	42 (28.8%)	104 (71.2%)	43 (18.1%)	194 (81.9%)	0.015	*		
睡眠方法	93 (63.7%)	53 (36.3%)	121 (51.1%)	116 (48.9%)	0.016	*		
体操	46 (31.5%)	100 (68.5%)	51 (21.5%)	186 (78.5%)	0.029	*		
運動	82 (56.2%)	64 (43.8%)	107 (45.1%)	130 (54.9%)	0.036	*		

表 15：セルフケアの費用（低費用または高費用）の違いとセルフケア選択の関係

	発症からの健康状態カテゴリ		χ^2 値	P
	改善している	悪化している		
セルフケアを実施(6個以下)	54(25.6%)	157(74.4%)	.005	*
セルフケアを実施(7個以上)	62(39.2%)	96(60.8%)		

表 16：現在の健康状態（改善しているまたは悪化している）の違いとセルフケアの総数の関係

D. 考察

1. 予備調査 1、2 より

セルフケアシステム構築に向けて、線維筋痛症患者におけるセルフケアの現状を把握する必要がある。しかしながら、過去に同様の研究がないため、セルフケアの現状を正確に把握するオリジナルアンケートを作成する必要があった。

予備調査 1 では、過去の文献を参考に作成したアンケートが線維筋痛症患者のセルフケアの実施度や効果について抽出可能か検討を行った。その結果、セルフケアの実施度、頻度、1 回の時間、改善度、満足度、はじめるきっかけなどのセルフケア実施状況の項目に関して抽出することができ、多くの者が高い頻度で自らセルフケアを行っており、その改善度も高いことがわかった。しかし、今回配布したアンケートの問題点として、「実施されているセルフケアの種類」に関しては、その他の選択肢が回答の上位に来てしまい実施されている種類の選択肢が網羅されていなかったということや、「今後のセルフケアの取り組みに関する項目」では、設問間での回答にあまり差がみられないことから、設問の意図が伝わりにくかった可能性が考えられ修正する必要があった。

予備調査 2 では上記の修正に加え、線維筋痛症は小児から大人まで発症する可能性があること、その症状から病態レベルを軽度から中等度・高度と分けることができることから、年齢あるいは痛みの程度が異なる対象患者においても本アンケートが実施可能か検証するために痛みの程度に幅がある一般大学生を対象にアンケート調査を行った。予備調査 1 で抽出可能であったセルフケアの実施度、満足度に関しては同様の結果が得られ、抽出が困難であった「施されているセルフケアの種類」に関しては、選択肢の種類を増やすことによりどのような介入が行われているのか明確となり、新たに「治療または予防に効果的であったセルフケア」の項目を設けたことで、痛みに効果的なセルフケアも明らかにできるようになった。また、「今

後のセルフケアの取り組みに関する項目」においても、設問の意図を修正し取り組みに関して詳細な文章に変更することにより設問間での回答差が抽出できた。

さらに、追加項目として年齢、性別、罹病期間などを主体とした基本情報の項目に、家族構成、最終学歴、世帯年収、医療費の負担、1 日の平均活動量といった、痛みとの関連が報告されている調査項目を付け加えた。また、身体の痛みの程度がセルフケアの効果に関与する可能性を考え、痛みの程度を把握するために、痛みの頻度、体調に関する VAS の追加を行った。身体の痛みに関しては、これまで主観的な痛みの VAS しか評価していなかったため、より身体の痛みを正確に把握するために FIRST 質問表を追加した。さらに、セルフケア以外の治療効果の影響を抽出するため、病院や病院以外の施設の質問項目に、治療内容や通院頻度、治療費の実態について追加した。なお、予備調査では対象者の痛みの強さは把握できていたが、線維筋痛症の病態の重症度は把握できていなかったため、重症度を把握するために JFIQ 質問票を取り入れることとした。

上記の修正・追加を行い、アンケートの完成に至った。

2. 本調査について

慢性疼痛患者は病院のみに頼る受け身の治療だけではなく、慢性疾患の特徴であるストレスや生活習慣に病状が左右されるため、日常生活の中にセルフケアの概念を取り入れて痛みの治療もしくは予防のコントロールを行えるようなシステムの構築が必要不可欠となる。そこで、我々は慢性疼痛患者におけるセルフケアの現状を知るために、慢性疼痛を抱える代表的な疾患の 1 つである線維筋痛症患者を対象とした全国規模のアンケート調査を実施した。今回の対象者は、線維筋痛症友の会会員 1400 名で、年齢や性別、就労や生計、医療費、医療費の負担感、経済的な状況などの基本生

活情報は過去の線維筋痛症の実態調査と同様の結果が得られた。

3. セルフケアの実施状況

今回の調査で、セルフケアの実施割合は全体の75%に及び、多数の線維筋痛症患者がセルフケアを取り入れている現状が分かった。この理由として、線維筋痛症が慢性的な痛みを抱える難治性疾患であり日常的な情動により症状が変化しやすいという疾患であるため、患者は出来る限り症状を和らげたいと望んでおり、いつでも自分の必要なときに実施できるセルフケアへの期待は高いものであったと考えられる。また、セルフケアを始めるきっかけとして、書籍やインターネットなどで健康関連の情報が入手しやすくなった現代の情報システムや、医療関係者からのセルフケアの提案など、自分の身体をケアするための情報が入手しやすくなっている環境の変化が今回の実施状況の高さに繋がっていると考えられる。

4. セルフケアが生活・疾患へ及ぼす重要性

今回の結果から、セルフケア実施の有無によってBMI、体調のVAS、JFIQに有意な差がみられた。セルフケアを実施している患者はセルフケアを実施していない患者に比べて、体重、BMIが低値であったことから、セルフケアは身体の代謝を促進している可能性が示唆された。また、体調のVASに関しても、セルフケアを実施している患者は、セルフケアを実施していない患者に比べて低値であったことから、セルフケアは体調を悪化させない可能性が示唆された。同様に、疾患活動性を示すJFIQに関しても、セルフケアを実施している患者はセルフケアを実施していない患者に比べて、JFIQの点数が低値であったことから、セルフケアは線維筋痛症の疾患活動性にも影響を与える可能性が示唆された。また、身体の痛みに関しては、セルフケアを実施している患者は実施していない患者に比べて、身体の痛みが弱い傾向がみられた。

これらのことから、セルフケアを行うことで生活や体調の状態をある程度コントロールすることが出来ており、それによって疾患活動性や痛みに改善がみられている可能性が示唆された。

5. 実施するセルフケアの種類・選択の重要性

今回の調査から、線維筋痛症患者が病院の治療だけでは不十分と考え、症状を和らげるために治療への積極性や主体性を持って、多種多様なセルフケアを実施していることが分かった。しかしながら、その多くは書籍やインターネットによる情報から自己流で取り入れている結果となり、患者の多くがセルフケアを適正に指導できる専門家や適正な資料、有用性や安全性の検証を求めていた。そこで、より患者個人の生活習慣や居住環境にあったセルフケアを取り入れることが、より高い継続性や治療効果に繋がる可能性が考えられるため、セルフケアの実施の有無と実施するセルフケアの種類、生活習慣や居住環境の違いを考慮に入れて検討した。

その結果、BMI、学歴、居住人数、活動量、痛みの頻度、治療費用の違いによっても、選択されているセルフケアが異なることが分かった。BMIでは、正常値のBMI25未満の患者でストレッチ、運動が多く選択されており、BMIによってセルフケアの選択に違いがみられた。また、学歴に関しても、ストレッチ、運動、ヨガ、瞑想といったセルフケアで選択に差がみられ、患者自身の趣向や考え方方が影響している可能性が考えられた。居住人数の違いでは、ハーブやストレスの対処法は1人暮らしで選択されている傾向がみられ、1人で実行しやすいセルフケアの特性から、独居の患者が始まめやすく継続しやすいセルフケアである可能性が考えられる。また活動量に関しては、活動性の低い患者の多くが温熱器具の使用を選択していたため、痛みによってあまり活動的に動けない時期には温熱器具の使用を選択している可能性が考えられる。痛みの強度によって選択しているセルフ

ケアに差は見られなかったが、痛みの頻度が高い患者は、ツボ押しやマッサージ、サプリメント、呼吸の仕方をセルフケアとして実施しており、痛みが発症したときに手軽に行えるようなケアを望んでいることが考えられる。発症時に比べた現在の健康状態が改善している患者では、筋力トレーニング、体操、運動、ヨガといった動的セルフケアと会話、休憩、考え方といった静的セルフケアのどちらも選択されていることから、動的なセルフケアだけでなく静的なセルフケアでも健康状態への改善が得られている可能性が高い。治療への積極性の高い患者では入浴、睡眠、姿勢、考え方、ストレスの対処法といった毎日の日常生活習慣の中に取り込むようなセルフケアを実施している傾向にあることが分かった。さらに、今回の患者では複数のセルフケアを選択しており、セルフケアの実施数が多い方が現在の健康状態が良いとの関連があったため、単発のセルフケアよりも複数のセルフケアを実施するほうが、身体のコントロールを実施する上で効果的である可能性が考えられる。

今回の調査では、多くの患者がセルフケアの必要性を感じており、実際に患者が求めているセルフケアは1回10分～60分程度、週に2・3回、自分の体調に合わせて行えるものという意見が多く、継続する為には治療への積極性や主体性、簡便性や有効性が必要で、継続を妨げる最も高いリスクは患者自身の痛みの強さであった。また、セルフケアに取り掛かれない理由としてはやり方がわからないという意見が最も多い。

これらの結果から、慢性疼痛患者は現在の身体の状態に不満を抱えており、そのコントロールが病院だけでは不十分であることを実感して、自分自身で何とかしたいという積極性、主体性を潜在的に持っていることがわかった。しかしながら、能動的に治療に取り組むシステム環境が十分でなく、実施方法や実施時間など、ほとんどが自己管理であるため、実際の効果や取り組みに関してその効

果を十分に發揮できていない可能性が考えられる。患者自身も情報交換の場やシステムの構築、適正な資料や指導者を求めている。セルフケアは多種多様な種類から選択できるという利点があるため、患者の生活環境や身体の状態、病勢によって、その時々の状況に合わせて実施することが可能である。また、セルフケアの継続率は環境によって異なるため、継続的にセルフケアを実施するため自分自身にあった条件下でのセルフケアを選択することが重要である。今後、患者のニーズに合わせたセルフケアを選択できる能動的システム構築のためには、安全性や有効性を考慮したセルフケアの取り組みに関する指標を設けることが必要不可欠である。

E. 結論

慢性疼痛疾患の1つである線維筋痛症に対する統合医療的セルフケアプログラム構築のために、予備調査を実施することでアンケートを作成し、全国調査により身体の痛みに対するセルフケアの実施度や種類、影響を明らかにした。

謝辞

今回、アンケートの作成においてご指導頂いた石崎直人教授をはじめ、中井さち子教授、浅井紗世先生に深く感謝致します。また予備調査に回答して頂いた患者様や大学生の皆様、線維筋痛症友の会の会員様にも感謝致します。

F. 健康危険情報

アンケート調査のため、特記すべきことなし

G. 研究発表

1.著書

なし

2.論文

1) 皆川陽一, 齊藤真吾, 浅井福太郎, 伊藤和憲,

- 高橋秀則：線維筋痛症に対するセルフケアの文献調査. 慢性疼痛, 2013;32(1):129-134
- 2) 伊藤和憲,内藤由規,齊藤真吾,浅井福太郎,皆川陽一：線維筋痛症患者に対して森林セラピーを取り入れることの臨床的意義. 慢性疼痛, 2013;32(1):123-128
 - 3) 浅井福太郎, 浅井紗世, 皆川陽一, 齊藤真吾, 伊藤和憲：大学生の身体の痛みとセルフケア実施度の関連性についてのアンケート調査. 慢性疼痛, 2013;32(1):135-140

3.学会発表

- 1) 浅井福太郎, 皆川陽一, 伊藤和憲：線筋痛症患者のセルフケアに関する調査. 第 43 回日本慢性疼痛学会, 抄録集, 65, 2014. 2. 22
- 2) Fukutarou A,Sayo A ,Youichi M,Kazunori I. Questionary survey about the association of the physical pain and self-care execution degree of the university student.Internal Scientific Acupuncture and Meridian Symposium,49, 2013 9th
- 3) Sayo A ,Fukutarou A, Youichi M,Kazunori I. Association between FiRST and JFIQ in the fibromyalgia patient .Internal Scientific Acupuncture and Meridian Symposium,49, 2013 9th
- 4) 浅井 福太郎, 浅井 紗世, 皆川陽一, 伊藤 和憲：線筋痛症患者に対するセルフケアの意識調査. 日本線維筋痛症学会 第 5 回学術集会, 抄録集, 81. 2013. 10. 5
- 5) 森 康多, 西尾 清太郎, 浅井 福太郎, 久保 春子, 中井 さち子：中学生を対象とした鍼灸の体験学習の試み. 第 62 回 全日本鍼灸学会学術総会, 抄録集, 233, 2013. 6. 26
- 6) 西尾 清太郎, 森 康多, 浅井 福太郎, 中井 さち子：高校生に対する鍼灸治療の認知度調査. 62 回 全日本鍼灸学会学術総会, 抄録集, 232, 2013. 6. 26
- 7) 浅井 紗世, 浅井 福太郎 : 円皮鍼が口腔環境に及ぼす影響. 62 回 全日本鍼灸学会学術総会, 抄録集, 232, 2013. 6. 26
- 8) 浅井 福太郎, 浅井 紗世, 伊藤 和憲, 中井 さち子 : 皮膚と筋肉への刺入深度の違いによる高頻度鍼通電刺激の鎮痛効果. 62 回 全日本鍼灸学会学術総会, 抄録集, 232, 2013. 6. 26
- 9) 浅井 福太郎:大学生の身体の痛みとセルフケア実施度の関係性についてのアンケート調査. 日本慢性疼痛学会プログラム, 抄録集 42 回 , 95, 2013. 02
- 10) 浅井紗世, 浅井福太郎, 伊藤和憲:鍼通電が口腔環境に及ぼす影響. 第 61 回全日本鍼灸学会学術総会, 抄録集, 152, 2012. 6. 8
- 11) 浅井福太郎, 浅井紗世, 伊藤和憲:刺入深度の違いによる高頻度鍼通電刺激の鎮痛効果. 第 61 回全日本鍼灸学会学術総会, 抄録集, 197, 2012. 6. 8
- 12) 佐原俊作, 齊藤真吾, 皆川陽一, 浅井福太郎, 蘆原恵子, 伊藤和憲. 線維筋痛症患者にセルフケアを指導することの意義について. 第 4 回日本線維筋痛症学会学術集会, 抄録集, 81, 2012
- 13) 皆川陽一, 伊藤和憲, 齊藤真吾, 浅井福太郎, 浅井紗世, 久島達也, 上馬塙和夫, 高橋秀則:線維筋痛症に対する統合医療的セルフケア構築に向けての文献調査. 第 4 回日本線維筋痛症学会学術集会, 抄録集, 92, 2012
- 14) 浅井福太郎, 皆川陽一, 浅井紗世, 伊藤和憲:線維筋痛症を含めた慢性疼痛患者に対するセルフケアへの意識調査. 第 4 回日本線維筋痛症学会学術集会, 抄録集, 93, 2012
- 15) 浅井福太郎 : 大学生の身体の痛みとセルフケアの実施度の関係性についてのアンケート調査. 第 42 回日本慢性疼痛学会, 抄録集, 95, 2013
- 16) 浅井福太郎, 皆川陽一, 伊藤和憲. 線維筋痛症患者のセルフケアに関する調査. 第 43 回日本慢性疼痛学会, 抄録集, 65, 2013

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

なし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進事業）
分担研究報告書

統合医療的セルフケアに関する文献解析

帝京平成大学 ヒューマンケア学部 鍼灸学科 皆川陽一

研究要旨：慢性的な痛みは、症状が複雑であることから臨床上治療に難渋するケースが多い。慢性化していることを考えると日頃からの治療サポートが必要であるが、我が国の財政状況などをみるとそのような体制を整備することは難しいと考えられる。そのため、今後は患者自らも治療に参加できるようなセルフケアプログラムを構築していく必要が考えられる。しかし、慢性的な痛みといつても疾患の範囲が広いので、今回は本邦に推定 200 万人存在すると言われている線維筋痛症に焦点を当て、患者中心の医療である統合医療を軸としたエビデンスに基づいた効果的なセルフケアプログラム構築に向けての文献解析を行うこととした。調査として、1年目は①「線維筋痛症にどのような統合医療が多く用いられているか」、②「線維筋痛症患者にどのようなセルフケア介入を含んだ RCT が報告されているか」を行い、2年目は③「1年目で得られたセルフケアの介入とアンケート班が行った線維筋痛症患者が行っている実際のセルフケアを参考にどのような報告があるか」の文献調査を行った。

結果、①は 67 の治療法を調査したところ 48 の治療法で文献が抽出され、その上位は「精神療法」、「認知行動療法」、「運動療法」、「はり」であった。②は 28 編の RCT が抽出され、有酸素運動、認知行動療法、教育/指導などの報告が多かった。③は 25 のキーワードを調査するとメタ・アナリシスに関する文献が 12 編、介入に関する研究は 136 編と合計 148 編の文献を抽出することができた。①②③の結果より、運動療法、認知行動療法、温泉療法やヨガをはじめ様々な介入で痛み、QOL、うつや不安などの改善が認められた。また、抽出した文献より介入内容や安全性を確認することができたことから、今後は今回の介入結果と方法を参考に各種専門家で協議し、患者向けのマニュアルを作成する。

A. 研究目的

急性の痛みは、身体が危険に侵された時の警告信号として重要な役割をもつが、通常の治癒時間を越えても持続するあるいは原因の治癒自体が困難で続くような慢性的な痛みは警告信号として役割を終えているため臨床上問題となる事が多い。また、慢性的に痛みを訴える者は、痛みだけではなく、睡眠障害、疲労、うつ症状を訴えたり、その結果、仕事を休職したり、学校を休学するなど身体面だけではなく、心理面、社会面にも大きな影響が認められる。そのため、慢性疼痛患者をどのようにサポートしていくかは社会にとって非常に

重要なことである。痛みの慢性化を考えると日頃からの健康管理を支えてくれるような体制が必要である。しかし、我が国における財政難や医師あるいは看護師不足の中では継続的なサポート体制を設備するのは難しく、これからは医療者中心の受動的なアプローチばかりではなく、患者自身が原因に気づき、それに対応するための知識と方法を身に付け患者自らが体調を管理するというようなセルフケアプログラムの構築が必要である。

しかしながら、セルフケアを中心とした疼痛医療プログラムの報告はほとんどない。そこで、慢性疼痛と言っても術後痛、複合性局所疼痛症候群、

帶状疱疹後神経痛、糖尿病性神経障害、癌性疼痛、頭痛、腰痛など様々な疾患が存在するので、今回は本邦で推定 200 万人以上存在しており、未だ原因が分かっていない線維筋痛症に焦点を当てた。また、セルフケアに関しては患者自らが行える治療法が良いため、定義や内容に関して議論されている点も多いが患者中心の医療であり、身体・精神を含めたアプローチが可能な統合医療を中心としたプログラムの作成を目指した。

今回の調査として、1 年目は「線維筋痛症にどのような統合医療が多く用いられているか」、「線維筋痛症患者にどのようなセルフケア介入を含んだ RCT が報告されているか」を行い、2 年目は「1 年目で得られたセルフケアの介入とアンケート班が行った線維筋痛症患者が行っている実際のセルフケアにどのような報告があるか」の文献調査を行った。

B. 方法

1. 線維筋痛症に対する統合医療の現状

a. 文献の検索

線維筋痛症の統合医療に関する文献を Medline(PubMed) を用いて検索を行った。検索式に関しては「線維筋痛症」に加え、統合医療として考えられる 67 種類の介入法をそれぞれ検索式に入れ、2012 年 9 月までに報告されている日本語および英語の文献を「RCT 制限なし」と「RCT 制限あり」で検索した。なお、日本語から英語への変換とその類語に関しては、基本的には J-Dream II の JST シソーラス map 閲覧より決定した。

2. 線維筋痛症に対するセルフケア RCT

a. 文献の検索

線維筋痛症のセルフケアに関する文献を The Cochrane Library と医学中央雑誌 Web.Ver.4 を用いて、2011 年 12 月までに報告されている日本語および英語の文献を検索し収集した。

b. 文献の選択

The Cochrane Library と医学中央雑誌で文献を抽出し、除外①として 1) 文献が重複するもの、2) 本文の言語が日本語および英語でないものそして 3) 会議録を除外した。次に除外②としてこれらの文献の抄録より、1) セルフケアの介入の効果を検討していない、2) 自分自身で行うことができない文献に関しては適応する条件に満たないことから除外した。さらに除外③として 1) 研究のデザインがランダム化比較試験ではないもの、2) 対象が線維筋痛症のみでないもの、3) 方法・結果が不明瞭なものに関しては除外し、最終的に残った文献を今回の採用文献とした。

3.1 年目で得られたセルフケアの介入と実際に行われているセルフケアにどのような報告があるか

a. 文献の検索

1 年目のセルフケアの介入結果と線維筋痛症患者が実際行っているセルフケアを参考に 25 のキーワードを作成し、文献をインターネット上の文献システムである PubMed を用いて、2008 年 1 月から 2013 年 8 月までに報告されている文献の検索を行った。

b. 文献の検索式

日本語から英語への変換とその類語に関しては J-Dream II の JST シソーラス map を参考に検索式を作成し、文献の調査を行った。

c. 文献の選択

別紙の検索式を用いて PubMed で文献を抽出した後、1) 文献が重複するものを除外した。次に、これらの文献を抄録より、2) 介入効果を検討していないものの、3) 方法あるいは結果が不明瞭なものを除外し、最終的に手に入れることができた介入に関する文献とメタ・アナリシスに関する文献を今回の採用文献とした。

C. 結果

1. 線維筋痛症に対する統合医療の現状】

a. 「制限なし」の検索結果

図 1 に示すように線維筋痛症と統合医療だと考えられる 67 治療法を検索した結果、48 種類の治療法で報告が認められた。その上位をみると「精神療法」309 編、「認知行動療法」283 編、「運動療法」233 編であった。

b. 「RCT 制限あり」の検索結果

図 2 は「制限なし」の検索結果でみられた 48 種類の治療法に対して、Limits 検索の Type of Article で論文形式を Randomized Controlled Trial に絞り込んだ際の結果を示している。48 種類中 38 種類でその報告がみられその上位をみると「運動療法」72 編、「精神療法」56 編、「認知行動療法」52 編、であった。



図 1：各治療法の検索結果（制限なし）

図は線維筋痛症と各治療法の検索結果を示している。なお、各治療での重複文献に関しては除外していない。

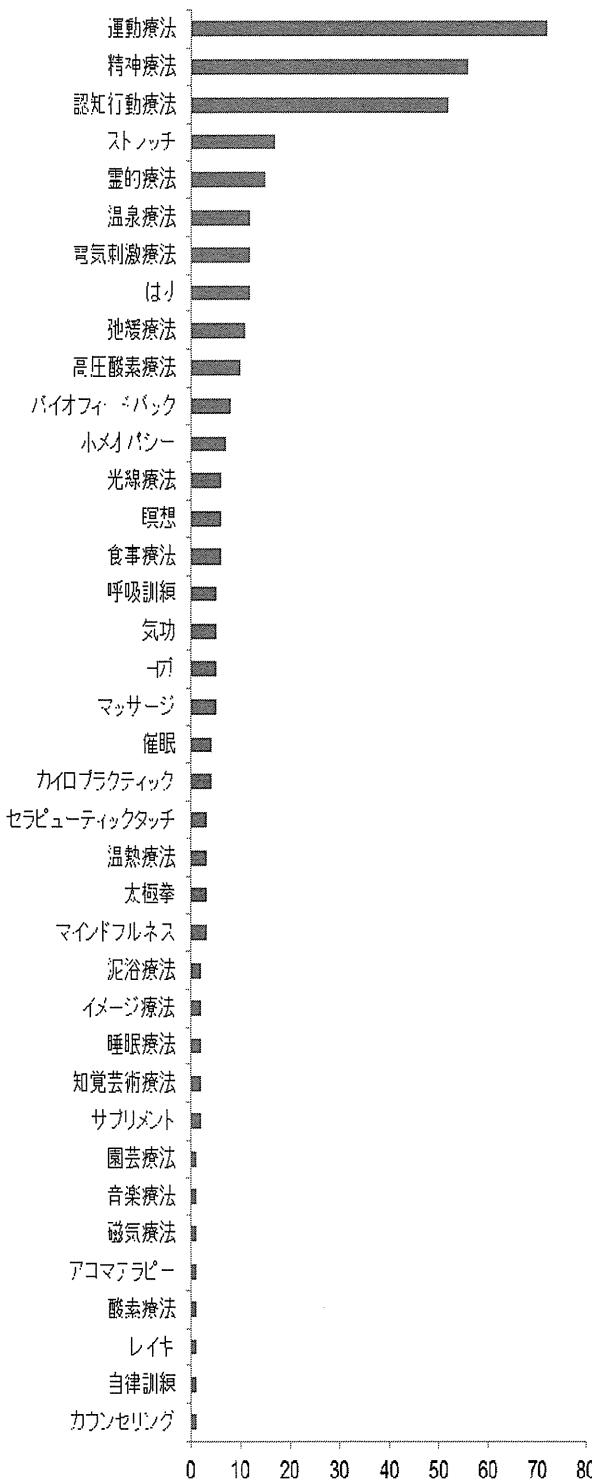


図2：各治療法の検索結果（RCT制限）

図は RCT 制限時の線維筋痛症と各治療法の検索結果を示している。なお、各治療での重複文献に関しては除外していない。

2. 線維筋痛症に対するセルフケア RCT

a. 文献選択の結果

The Cochrane Library と医学中央雑誌で検索した結果、The Cochrane Library で 91 編、医学中央雑誌で 2 編、計 93 編の文献が抽出された。その後、除外①で 10 編、除外②で 30 編、除外③で 25 編の合計 65 編が対象外となり、今回採用した文献は 28 編であった（別紙 1：単年度報告では 28 編をまとめた表としたが、2 年間報告では文献選択の③1,2 除外項目を外し、かつ PubMed を用いて 2013 年 8 月までのセルフケアのキーワードで抽出できた文献を加えている）。

b. セルフケア介入の種類

今回採用した 28 文献の介入の種類を大まかに分類する。運動療法を基本とする介入は 15 編、認知行動療法を基本とする介入で 8 編認められた。運動療法に関して単独で行うだけでなく、教育/指導、マッサージあるいはリラクセーションを加えた検討が認められた。その他としては、感情自己認識プログラム、記述的アプローチ、物理刺激的アプローチ、社会的支援と教育/指導、ヨガに関する介入が各 1 編ずつ認められた。

c. セルフケア介入のアウトカムと結果

線維筋痛症のセルフケア介入の効果判定に使用したアウトカムをみると線維筋痛症の特異的な QOL スコアである FIQ をはじめ、痛みに関する評価法は VAS ,BPIMPQ などが、線維筋痛症の診断のための圧痛点を用いた評価では圧痛点の数、圧痛点の閾値、myalgic score などが、疲労状態に関しては FFSS や MFI などが、QOL に関しては SF-36 などが、自己効力感に関しては pain, other symptoms, function などが、うつの程度に関しては BDI や CES-D など様々な評価が使用されていた。

また、28 文献中 5 文献以上で使用されているアウトカムを表 1 に示す。多くの介入で QOL、痛み、

圧痛点、自己効力感、うつ症状の改善を示していた。

表1：5 文献以上で使用されていたアウトカムと介入効果の要約

			アウトカム	論文数	文献番号	有意な改善 (群内 or 群間)
QOL	FIQ	16	2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25	群内: 2(①), 3(①②), 4(①②③), 7(②), 8(①②), 11(①), 17(①②③), 18(①), 25(①②) 群間: 2(①②), 4(①④), 5(①②), 10(①②), 11(①②), 16(①②), 20(①②), 22(①②)		
			SF-36: physical function	6	1, 3, 4, 5, .6, 16	群内: 3(①②), 4(①②④), 16(①②) 群間: 1(①②), 4(①③④), 6(①②)
			SF-36 mental health composite score	5	1, 3, 4, 16, 27	群内: 3(①②), 4(②④) 群間: 27(①②③)
			6-Minute walk test	7	4, 7, 9, 13, .20, 21, 22	群内: 4(①②④), 13(①), 21(①③) 群間: 4(①②③④), 13(①②), 20(①②), 22(①②)
Pain	VAS	7		8, 9, 22, 23, .25, 26, 28	群内: 8(①②), 25(①②), 26(①②③) 28(①) 群間: 8(①②), 22(①②), 23(①②)	
Tender points	数	8		5, 7, 8, 9, 16, .18, 20, 21	群内: 8(①②), 16(①②), 18(①) 群間: 16(①②)	
	Myalgic score	5		5, 7, 23, 25, 26	群内: 7(①), 26(②③) 群間: 23(①②)	
self-efficacy	pain	9	2, 4, 7, 10, 13, .17, 20, 21, 26	群内: 2(①), 4(①④), 7(②), 13(①), 17(①②③), 26(①②③) 群間: 2(①②), 4(①②③④), 7(②③), 10(①②), 20(①②)		
	other symptoms	9	2, 4, 7, 10, .13, 17, 20, 21, 26	群内: 2(①), 4(①②④), 7(①②), 13(①), 17(①②③), 21(①), 26(①②③) 群間: 2(①②), 4(①②③④), 7(②③), 10(①②), 20(①②), 21(①②③④)		
	function	7	2, 7, 13, 17, .20, 21, 26	群内: 7(②), 17(①②③), 26(①②③) 群間: 7(①②③), 20(①②), 26(①②③)		
Depression	BDI	5	4, 7, 8, 14, 20	群内: 4(①②④), 8(①②) 群間: 4(③④), 14(①②), 20(①②)		

有意な改善の項目で見られる「()」は別紙1の介入の番号に該当する。

3.1 年目で得られたセルフケアの介入と実際行われているセルフケアにどのような報告があるか

PubMedにおける文献検索の結果、「アロマセラピー」1編（介入：1、RCT：0、メタ：0）「イメージ療法」3編（介入：1、RCT：0、メタ：1）、「サプリメント」17編（介入：4、RCT：0、メタ：0）、「ストレッチ」17編（介入：11、RCT：8、メタ：0）、「ダンス療法」2編（介入：2、RCT：1、メタ：0）、「マインドフルネス」21編（介入：7、RCT：2、メタ：0）、「マッサージ」19編（介入：

7、RCT：2、メタ：0）、「ヨガ」19編（介入：6、RCT：3、メタ：4）、「リラクセーション」26編（介入：9、RCT：1、メタ：4）、「運動療法」127編（介入：51、RCT：34、メタ：6）、「園芸療法」1編（介入：1、RCT：0、メタ：0）、「温泉療法」14編（介入3：、RCT：2、メタ：1）、「温熱療法」10編（介入：6、RCT：4、メタ：0）、「音楽療法」3編（介入：2、RCT：2、メタ：0）、「教育」28編（介入：19、RCT：18、メタ：0）、「経皮的電気刺激」12編（介入：6、RCT：3、メタ：0）、「呼吸訓練」10編（介入：6、RCT：3、メタ：1）、「光線療法」3編（介入：1、RCT：1、メタ：0）、「指圧」2編（介入：1、RCT：0、メタ：0）、「磁気療法」2編（介入：1、RCT：1、メタ：0）、「食事療法」32編（介入：7、RCT：3、メタ：0）、「絶食療法」1編（介入：1、RCT：0、メタ：0）、「動物介在療法」1編（介入：1、RCT：0、メタ：0）、「認知行動療法」154編（介入：28、RCT：23、メタ：5）、「瞑想」24編（介入：8、RCT：3、メタ：1）の合計549編の文献が抽出された。

その後、これらの文献を上記の除外基準に照らし合わせたところ、今回採用された文献は148編で、メタ・アナリシスに関する文献は12編、介入に関する研究は136編であった。また、内容をみると多くの介入は単独で行われているというよりは複合的な介入の1つとして行われており、介入することで様々な症状の改善が認められた。また、その中でもヨガ、運動、認知行動療法、温泉療法は研究デザインが高く痛み、疲労、うつ、睡眠などQOLの評価で改善を報告していた。

D. 考察

我が国約23%が何らかの慢性的な痛みを抱いていると報告されている。慢性痛患者は、日常生活活動や生活の質の低下を来しやすいことから様々な治療が試みられているが有効な治療法が乏しいという現状がある。そのため、従来の治療体制だけでは問題があり、新たな治療体制を構築し

ていく必要がある。現在の体制を考えると医療者中心の受動的なアプローチが主体であるので、今後は患者自らが治療に参加するセルフケアのような治療体制も整備していく必要もある。

そこで、慢性疼痛といつても範囲が広いので、今回は、頸部・肩・背中・腰部・殿部・足など体の広範囲にわたる痛みが3ヶ月以上持続する疾患で、痛み以外にも全身倦怠感やこわばりなどの身体症状をはじめ、頭痛・しびれ・めまいなどの神経症状、睡眠障害・不安感・抑うつの精神症状などの様々な随伴症状が認められる線維筋痛症に焦点をあてることとした。また、セルフケアの介入に関しては、西洋医学と伝統医学や相補・代替医療の各長所を生かした医療と考えられていて治療でかつ保健、予防および予後を含め、自然治癒力を最大限に生かすことなどを目標としている統合医療を中心としたプログラムを目指すこととし、現在の線維筋痛症における統合医療とセルフケアの状況に関する文献調査を行うこととした。

1. 線維筋痛症に対する統合医療の現状

線維筋痛症の統合医療の現状を調査したところ「制限なし」では48種類の報告が認められ、上位5位をみると「精神療法」、「認知行動療法」、「運動療法」、「はり」、「食事療法」となり、「はり」を除いては、患者自らが治療に参加するものであった。「運動療法」、「精神療法」、「認知行動療法」、「はり治療」あるいは「瞑想に関する運動（気功・太極拳・ヨガ）」に関してはメタ解析が行われており、「はり治療」に関しては、対照群と差がないあるいは終了時には痛みの軽減が認められるも経過観察より症状の管理には薦められないとするものの、「運動療法」では、痛み・疲労・抑うつ気分に、「精神療法」では睡眠障害・抑うつ気分などに、「認知行動療法」では抑うつ気分や痛みの対処に、「瞑想に関する運動」では睡眠障害・疲労・抑うつ気分などに効果的であったことが報告されており、セルフケアプログラムにこれらの介入が

活用できる可能性が考えられた。また、他の治療法が介入可能かを考え「RCT制限」による文献検索を行ったところ、その数が38種類と減少し1種類当たりの文献抽出数も激減した。今回は、重複文献を除外していないことからもさらにRCTによる報告が減少することが予想され、「運動療法」、「精神療法」、「認知行動療法」、「はり治療」以外の統合医療に関しては、現状としてはまだエビデンスの高い検討が行われているものが少なく各治療法のエビデンスに欠けていることが考えられる。しかし、上述したように近年、統合医療のメタ解析の報告があることから、今後も線維筋痛症に対する統合医療の報告は増加していくことが予想され、その動向を注目していく必要がある。

2. 線維筋痛症に対するセルフケア RCT

患者自身行うことが可能なセルフケアを収集したところ28文献が解析の対象となった。また、その文献より通常治療以外何も治療を加えないコントロール群と比較している文献は13編抽出された。それぞれの介入により結果は異なるが、FIQ、痛み、QOL、自己効力感、うつ、疲労、運動能力テストなどでコントロール群より有意な改善が認められた。そのため、線維筋痛症患者に対し、通常治療に加えセルフケアを介入することは有用であることが考えられる。

今回線維筋痛症に対するセルフケア RCTの文献を解析したところ、セルフケアを行うことにより症状が軽減することがわかった。しかし、線維筋痛症は病期あるいはその日の状況により症状が大きく変化する疾患であるため、体調に合わせてセルフケアの種類を変える必要があるかもしれない。そう考えるとリラクセーション、呼吸法、物理刺激的介入などの介入は認められたが、今回抽出された多くのセルフケアは症状増悪時に用いるというよりは、症状安定期あるいは予防を目的としたプログラムであるため、増悪時に用いるセル

フケアとしては若干不十分であることが考えられた。

3. 1年目で得られたセルフケアの介入と実際行われているセルフケアにどのような報告があるか

昨年度は、線維筋痛症に対するセルフケアプログラムの文献調査を行ったところ、セルフケアに対する RCT 文献が少なかった。そこで、今年度は昨年の文献調査で行った介入とアンケート班が行った線維筋痛症患者が現在行っているセルフケアを参考に文献調査を行った。以下はその介入の特徴、方法そして効果をまとめることで、セルフケアとの活用に関する検討を行った。

・「アロマセラピー」

精油と言われる植物や柑橘系の果物の皮から抽出されたオイルを使用して、患者の不安やストレスを軽減するなどの健康増進を目的とする治療法である。方法としては、部屋全体を香らせる芳香浴、直接成分を吸い込むような吸入法、ブレンドオイルに手や足を浸す手浴・足浴、マッサージ法や湿布にオイルを適らして使用する方法などがある。

今回の文献検索の結果では、複合的な効果の 1 つとして行われており単独での効果ではないがベックうつ尺度など影響があった。また、2007 年の Rutledge DN はアロマ+運動と sham アロマ+運動を比較した検討で、アロマ+運動が 6 分間歩行距離などの改善を報告している。そのため、うつ症状や運動機能改善のセルフケアプログラムの 1 つとして活用できる可能性が考えられる。

・「イメージ療法」「リラクセーション」「呼吸訓練」「瞑想」

リラクセーションは、自律訓練法、筋弛緩法、呼吸法、誘導イメージ療法、瞑想、バイオフィードバック療法などにより心身の安定を図る治療法である。我が国における線維筋痛症診療ガイドラ

イン 2013 においてもエビデンス II b 推奨度 B となっている。

今回、イメージ療法の 1 つに誘導イメージ療法が使用されていた。この治療法はプログラム化された CD の使用あるいはセラピストの誘導によりリラックスを導き症状を安定させるものである。今回は 3 つのテープによる誘導がされており、痛みや FIQ (線維筋痛症に伴う QOL 変化を評価) などに改善が認められていた。また、呼吸訓練は呼吸を意識することで心身の安定化と調整を図る治療法であり、今回は単独で使用されているより、気功やヨガの介入の一部での報告が多かった。最後に、瞑想はヨガなどの思想を基本として心の乱れを鎮める治療法である。そのため、今回抽出された文献もヨガあるいはマインドフルネスの中に含まれている報告が多かった。

メタ分析からもこれらの治療は、痛みに対しては効果的としている報告もあるため、痛みに対するセルフケアプログラムの 1 つとして活用できることが考えられる。

・「サプリメント」

サプリメントは、不足しがちな栄養素や成分を補充するために使用されている。今回は、ユビキノール-10、CoQ10、ビタミン C,E、クレアチン・モノハイドレートが使用されており各症状改善が認められていた。2010 年 Porter NS のレビューでは FM に対して全臨床試験は効果的とするものの試験の数は少なくさらなる研究が必要であると報告している。また、近年様々な種類のサプリメントが販売されており、線維筋痛症患者のアンケート調査では昔からサプリメントを使用している者は、新たにサプリメントを使用する者より幅広く商品を購入するという報告があるため (2012 Arranz LI)、セルフケアプログラムとして介入する場合には適切な知識が得られる内容に作成する必要がある。

・「ストレッチ」「ダンス療法」「運動療法」

運動療法は、線維筋痛症患者に対して最も使用される非薬物療法であり、痛み、身体機能、QOL やうつ症状に影響を及ぼす治療である。我が国における線維筋痛症診療ガイドライン 2013においてもエビデンス I 推奨度 B となっている。運動の種類としては、ウォーキング（例：トレッドミルやノルディックポールを使用）・ランニング・エアロバイク・ダンス（例：ベリーダンス、ビオダンス、カーディオダンス）・水中トレーニング（例：33℃前後の温かいプールでウォーキング、ランニング、水泳、抵抗運動）などの有酸素運動、筋力トレーニング（例：アイソキネティックトレーニング、セラバンドやマシンの使用、フリーウエイト）やストレッチ（柔軟体操）などが存在した。また、有酸素運動はメタ解析より、週 2-3 回、1 回 20-30 分で軽度から中等度の運動強度で行われることが推奨されており(2010 Häuser W)、筋トレに関しては8-10種類のトレーニングを1セット3-10回、セット数は1-3セット行っている報告が認められた。多くの介入方法が存在するため、自分がどのタイプの運動に当てはまるかを決定できるようなプログラムを作成する必要ある。

・「マインドフルネス」「認知行動療法」

認知行動療法は、考え方・思考などの認知あるいは不活動などの行動への介入を行う精神心理学的治療の 1 つであり、第 1 世代：オペラント条件付け行動療法、第 2 世代：認知行動療法、第 3 世代：マインドフルネス（瞑想、呼吸や意図的に注意を向けることを中心とした治療法。例：マインドフルネス・ストレス低減法、マインドフルネス認知療法、気づきの促進法など）に分類することができる。我が国における線維筋痛症診療ガイドライン 2013において、オペラント条件付け行動療法はエビデンス IIa 推奨度 B、認知行動療法に関してはエビデンス I 推奨度 B、睡眠障害に対する認知行動療法はエビデンス IIa 推奨度 B となっ

ている。今回も疼痛、不安、睡眠に対する様々な認知行動療法が認められていたことから、症状別のプログラムを用意できる可能性がある。

・「マッサージ」「指圧」

今回の抽出された文献をみると筋・筋膜リリース、スエーデンマッサージ、指圧、リンパドレナージ、推拿、結合組織マッサージ、リフレクソロジーなど様々な手技があり、刺激の強度としては痛みを感じない程度で行われているものが多くあった。しかし、患者自身が上記のマッサージを行うことは難しいことから、治療部位はツボなどランダマークとなるものを使用したり、背部の刺激に関してはテニスボールを用いるなどのプログラムを作成する必要がある。

・「ヨガ」

ヨガは独自の姿勢、呼吸法、瞑想法などを行うことにより健康の増進や症状の軽減に用いられる治療法である。メタ分析においても痛み、疲労、うつや QOL の症状改善を報告している。今回は、Hatha ヨガやマインドフルネスの 1 部などに用いられていたことから、これらの方針をまとめることが幅広い症状へ対応できるセルフケアの 1 つとなる可能性が考えられる。

・「園芸療法」

植物を育てたり、その知識を得るなど園芸に関連した活動を通じて身体や精神的にアプローチするような治療法である。今回抽出された文献は、総合的治療プログラムと総合的治療プログラムに園芸療法を加えた群と比較がされており、園芸療法を加えることで不安や精神的健康によりよい効果が認められたことから、精神症状を整えるセルフケアプログラムの 1 つとして活用できる可能性があるかもしれない。

・「温泉療法」「温熱療法」

温熱療法とは、生体に温熱刺激を加えることにより血流を改善させ、疼痛緩和や筋緊張緩和などを目的とした治療法である。方法としては、ホットパック、温熱機器、超音波、温泉、サウナなどが用いられている。温泉療法に関しては我が国における線維筋痛症診療ガイドライン 2013においてエビデンスⅢ 推奨度Bとなっている。しかし、今回抽出された文献においては痛みやQOLに効果的との報告も多かった。そのため、入浴剤やシャワーあるいはドライヤーなどを用いて自宅でも簡単にできるプログラムを作成していく必要がある。

・「音楽療法」

音楽療法とは、音楽を聞いたり、演奏したり、歌ったりすることで心身の健康状態を安定させる治療法である。今回は、抽出された文献では、痛みや不安に対する評価項目で改善が認められていた。また、複数的な介入の1つとして用いられているものもあった。副作用も特に気にすることがないことから痛みや不安に対するセルフケアプログラムの1つとして活用できる可能性がある。

・「教育」

今回抽出された教育とは、患者に疾患に関する情報、治療方法や痛みが起こるメカニズム、睡眠や疲労状態が症状に及ぼす影響などを指導するもので、教育/指導をすることにより症状の軽減が認められるものもあった。また、線維筋痛症診療ガイドライン 2013において推奨度Aであることから、線維筋痛症に関する最新情報、線維筋痛症に対する薬物治療や非薬物療法の種類やその目的、痛みの神経学的メカニズムや睡眠や疲労に関する注意や対処法などをプログラム作成の際にはまとめる必要がある。

・「経皮的電気刺激」

皮膚に電極をつけ、末梢から電気刺激を行うこ

とで鎮痛を誘発させる治療法である。今回、抽出された文献では疼痛症状を訴えるところに80-150Hzと高頻度で苦痛のない刺激を行うことで症状の改善が認められていた。そのため、痛みに対するセルフケアの1つとして用いられる可能性があるが、機器を購入しなければならないなどの金銭的問題がある。

・「食事療法」「絶食療法」

食事療法とは、普段の食生活をバランスの良い食事に変更するなど食生活を見直すことで、その症状を予防したり、軽減させたり、悪化させないという治療法であり、線維筋痛症診療ガイドライン 2013においてはエビデンスIV 推奨度Cと報告されている。また、絶食療法は、一定期間食量を制限することにより体質を改善させて症状の安定をはかる治療法である。アスパルテームなどの摂取を控えると症状の軽減が認められるという報告、線維筋痛症患者はBMIが痛み、疲労や朝の疲労感と相関があるとの報告(2013 Cordero MD)や普通体重と肥満3度以上では同じ介入においてもQOLの効果に違いがあるなど報告があることから食事に対するアプローチは重要であることが考えられる。

・「動物介在療法」

患者の治療目標を定め、ハンドラーと動物を介在させることでその目標を達成するための治療法で、一般的には犬、猫、鳥や馬などの動物を用いて治療が行われる。今回は、待合室に犬を滞在させることで痛み、疲労、ストレスなどの改善を報告していた。そのため、動物を用いたセルフケアも活用できる可能性がある。

E. 結語

線維筋痛症に対する統合医療的プログラム作成のために、1年目は「線維筋痛症患者にどのような統合医療が多く用いられているか」、「線維筋痛

症患者にどのようなセルフケア介入を含んだRCTが報告されているか」の文献調査を行い、2年目は「1年目で得られたセルフケアの介入とアンケート班が行った線維筋痛症患者が行っている実際のセルフケアを参考にどのような報告があるか」の文献調査を行った。

以上の調査より、数多くの統合医療がセルフケアに使用できる可能性は考えられたが、一部治療法を除いてRCTの介入が少ないなど実験デザインによる信頼性の問題あるいは介入の多くが複合的で、単独での効果が認められるか判断が難しいという問題も残った。しかし、多くの介入で痛みをはじめ、QOL、うつ症状、不安や疲労などに対して効果が認められており、特に運動療法、認知行動療法、ヨガ、イメージ療法、温泉療法は線維筋痛症の主症状である痛みに効果的であることが報告されていた。また、これらの介入をみると在宅で行うように指導されているものも多かった。そのため、今後は今回認められた介入方法を参考に各種専門家と話し合い患者自らが行えるセルフプログラムを作成し、その効果を検討する必要があることが考えられた。

研究協力者

齊藤真吾（明治国際医療大学）、梅村勇介（名古屋医健スポーツ専門学校）、田中里美（松井山手中西鍼灸院）、久島達也、上馬塙和夫、高橋秀則（帝京平成大学 ヒューマンケア学部 鍼灸学科）

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.著書

なし

2.論文

1) 皆川陽一、齊藤真吾、浅井福太郎、伊藤和憲、

高橋秀則. : 線維筋痛症に対するセルフケアの文献調査. 慢性疼痛, 2013;32(1):129-134

2) 伊藤和憲、内藤由規、齊藤真吾、浅井福太郎、皆川陽一. : 線維筋痛症患者に対して森林セラピーを取り入れることの臨床的意義. 慢性疼痛, 2013;32(1):123-128

3) 浅井福太郎、浅井紗世、皆川陽一、齊藤真吾、伊藤和憲. : 大学生の身体の痛みとセルフケア実施度の関連性についてのアンケート調査. 慢性疼痛, 2013;32(1):135-140

4) 皆川陽一、梅村勇介、田中里美、伊藤和憲. 線維筋痛症に対するストレッチの文献調査. 帝京平成大学紀要, 印刷中

3.学会発表

1)五十嵐 大地、皆川 陽一、吉田 成仁、宮崎 彰吾、久島 達也、上馬塙 和夫、王 曜明、高橋 秀則:慢性腰痛被験者に対するトリガーポイント灸治療の試み 大学生に対するアンケートと灸治療の効果. 第61回全日本鍼灸学会学術総会,抄録集,253,2012.6.8

2)新井 春光、久島 達也、大塚 翔太、岡崎 真依、長岡 康太、蜂谷 啓、本田 令、脇 英彰、皆川 陽一、高橋 和文、吉田 成仁、宮崎 彰吾、上馬塙 和夫、高橋 秀則:唾液中分泌型免疫グロブリンA量および自律神経系に対する鍼刺激の有効性. 第61回全日本鍼灸学会学術総会,抄録集,248,2012.6.8

3)皆川 陽一、上馬塙 和夫、吉田 成仁、宮崎 彰吾、久島 達也、高橋 秀則:線維筋痛症に対して統合医療的アプローチが有用であった1症例. 第61回全日本鍼灸学会学術総会,抄録集,229,2012.6.8

4)伊藤 和憲、齊藤 真吾、皆川 陽一:線維筋痛症患者に対するセルフケア指導の臨床的意義. 日本ペインクリニック学会誌,19(3):301,2012

5)佐原俊作、齊藤真吾、皆川陽一、浅井福太郎、蘆原恵子、伊藤和憲. 線維筋痛症患者にセルフケアを指導することの意義について. 第4回日本線維筋痛症学会学術集会, 抄録集, 81,2012