

鍼灸における慢性痛患者の治療指針ならびに

医師との連携に関するガイドライン

研究代表者 伊藤和憲 明治国際医療大学 鍼灸学部 臨床鍼灸学教室

研究要旨

本年度は、慢性痛、その中でも線維筋痛症に対する鍼灸治療の改善を目的に、慢性痛患者に対する鍼灸のアンケート、国内外の鍼灸に対する文献調査、臨床試験の3点を実施し、ガイドライン作成のベースとなる基本調査を行った。

慢性痛患者を対象としたアンケート調査では、鍼灸治療に対して症状の改善を求める意見が多く、その関心度も受診率が高いが、その継続率はそれほど高くはなかった。継続できない理由に関しては、効果がないが多く、治療方法は治療院ごとにばらつきが大きく、また治療費も高いなどの問題点がいくつか挙げられた。一方、文献調査に関しては、海外を共に多くの臨床試験が行われており、そのエビデンスは高いこと、また治療方法によっても効果に差があり、置鍼よりは鍼通電の方が効果的であるとの解析結果であった。そのため、臨床試験で置鍼と鍼通電の効果を検討したが、治療直後の効果では、両群に大きな差は認められなかったが、治療1ヶ月後の効果では鍼通電を行った方が痛みが改善が認められた。しかしながら、客観的な評価である自律神経や痛み度に関しては大きな差は認められなかった。一方、3か月以上鍼灸治療を行っても効果が認められなかった患者に対して、鍼灸治療に加えてセルフケアを指導したところ、指導3か月後には痛みとQOLに改善が認められた。

慢性痛患者は鍼灸治療に対する期待は大きいものの、治療法や内容は様々であり、その継続率が悪いという結果であった。そして、継続しない理由としては、「効果がない」をあげるものが一番多かった。しかしながら、臨床試験の結果では、エビデンスがあると言われている鍼通電を行うことで痛みが改善が認められたことから、過去の文献などを参考に治療方法を組み立てれば、効果がある可能性が高く、また効果がない症例でもセルフケアを鍼灸治療と共に指導することで改善する可能性が報告された。このことから、エビデンスに基づく治療を行い、セルフケアなどの指導を行えば、鍼灸治療の効果はさらに高くなる可能性があり、治療法や患者の管理方法などをまとめた、慢性痛患者に対する鍼灸治療のガイドラインの作成が必要不可欠であると考えられた。

【はじめに】

「慢性の痛みに関する検討会」は、慢性的な痛みを 変形性脊椎症や変形性関節症のように患者数が多い既知の疾患に伴う慢性の痛み、線維筋痛症 (fibromyalgia: FM) のように原因や病態が十分に解明されていない慢性の痛み、頭痛のように機能的要因が主な原因となって引き起こされている上記以外の慢性の痛みの3つに分類しており、その対策としてそれぞれの痛みに関して予防的、さらには治療的なエビデンスの確立が必要であると提言している。特に のケースは、原因や病態が十分に解明されていないことから、病気になってから治療するよりも、予防的な視点が必要不可欠であると思われる。

実際、本邦において慢性痛の患者は人口の13.4%程度と言われている。その中でも問題になるのが、原因が明確にはわからない慢性痛である「線維筋痛症」である。線維筋痛症の患者は人口の2%程度と言われているが、近年増加している。しかしながら、明確な治療法がなく、治療に難渋しているのが現状である。一方、線維筋痛症に対する鍼灸治療の報告は国内外で多数あり、コクランの解析では鍼灸治療は鍼通電を行った際に効果があることが報告されている。そのため、鍼灸治療が有効な治療手段となる可能性がある。実際、過去の報告から鍼通電治療が有効なことが報告されている。しかしながら、本邦における鍼灸治療はガイドラインがないために、その治療方法は治療家によりバラバラであり、鍼灸治療と一言で表現しても、その方法は多種多様である。そのため、治療の効果はバラバラであり、鍼灸治療をひとまとめにできないことが問題となっている。

そこで、本研究課題では慢性痛の鍼灸治療を効率的に行うためのガイドラインを作成するために、まず情報収集として 患者のニーズ、文献調査、またその効果を検証する目的 臨床試験、さらにその結果を公表する市民還元の3つのステップを今年度も目標に掲げて研究を行ってきた。その概

要を以下にまとめる。

【マイルストーン1：情報収取】

**線維筋痛症患者を対象としたアンケート調査
分担研究者 浅井福太郎 九州看護福祉大学**

【目的】

本年度は、慢性疼痛患者における鍼灸治療の現状と医師との連携について把握することを目的にアンケート調査を実施した。なお昨年度筆者が行った研究から、線維筋痛症患者においては鍼灸治療の受療経験がある患者が多数いたことから、本アンケートの調査対象者を線維筋痛症患者とした。

【方法】

アンケートを線維筋痛症友の会の会員 1200 名に配布し、郵送法にて回収を行った。アンケートの内容は、患者の基本情報と線維筋痛症の状態、痛みや体調の状態、鍼灸治療の受診状況、鍼灸治療の内容、医師との連携について等であった。

対象は明治国際医療大学鍼灸センターに来院した患者の中で、線維筋痛症外来にて3か月以上治療したにも関わらず、痛みに変化の認められなかった患者15名を対象とした。患者は2群に無作為に鍼灸治療を継続するものと(対照群)、鍼灸治療に加えてセルフケアを指導するもの(セルフケア群)の2群に無作為に群分けした。対照群・セルフケア群共に鍼灸治療の内容は実験1で用いた方法とし、足三里-陽陵泉、合谷-手三里を基本穴とし、4Hz15分間の通電を行った。また、上記の治療に加えて10本以内で、痛みや症状に応じた治療を追加した。なお、治療間隔は週1回か2週に1回とし、患者に応じて治療間隔は調整した。一方、セルフケア群では、セルフケアに関する講習会を1度開催し、ストレッチ、ツボ押し、考え方などの総合的講義と実際の体験を行った後、自宅で1日30分以上・週3回継続するように指示した。

なお、治療全体の評価に関しては治療介入前と

介入後（介入 3 か月後）で痛みの強さとして VAS を、QOL 評価として線維筋痛症に特異的な氷塊である JFIQ をそれぞれ評価した。

【結果】

アンケートの有効回答者数は 431 名であり、線維筋痛症と診断されている患者は 408 名で、線維筋痛症と診断されてからの罹患期間は 66.8 ± 47.7 （か月）であった。また、401 名が身体に痛みがあり、身体の痛みの VAS は 62.2 ± 27.7 （mm）、体調の VAS は 68.6 ± 23.3 （mm）程度であった。鍼灸治療を受けたことがある患者は 208 名であり、鍼灸治療を受ける目的（図 1）は、症状を和らげるが 157 名、痛みを取るが 138 名であった。また、鍼灸治療を施す症状は、身体の痛み（161 名）、こわばり（119 名）が中心で、鍼灸治療が有効だと回答した患者は 104 名であり、有効でないと回答した患者は 38 名であった。なお、鍼灸治療を継続している患者は 84 名で、継続していない患者は 106 名で、継続しない理由は効果がない（53 名）、治療費が高い（44 名）であった。鍼灸治療内容に関しては、はり治療を受けたことがある患者は 196 名で、置鍼、鍼通電が良く用いられており、きゅう治療を受けたことがある患者は 126 名で、せんねん灸が多く用いられていた。患者における医師への鍼灸治療の報告に関しては、109 名が主治医に報告しており、報告内容に関しては鍼灸治療を実施していること（82 名）が多数を占めた。鍼灸師に主治医と連携を取ってほしいかについては、83 名がはいと回答しており、46 名がいいえと回答していた。なお、鍼灸治療を受けたことがない患者における鍼灸治療を受けない理由（図 2）は、治療費用が分からない（91 名）、どこの治療院を受けていいかわからない（89 名）、治療への不安（87 名）が多数を占め、鍼灸治療を受けることで重要なことは得られる効果（156 名）と回答していた。

【考察】

今回の結果から、線維筋痛症患者における鍼灸

治療の現状と鍼灸治療内容を把握することができたが、鍼灸治療の継続率が悪いところから、それ

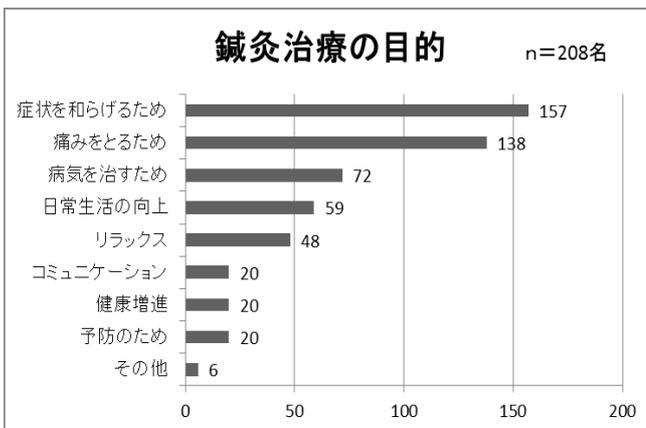


図 1：鍼灸治療の目的

らに関わる因子についてさらなる解析を行う必要性が示唆された。また、今回の対象者は患者のみであり、鍼灸師や医師を対象に鍼灸治療の現状、医師への連携について調査を行う予定である。

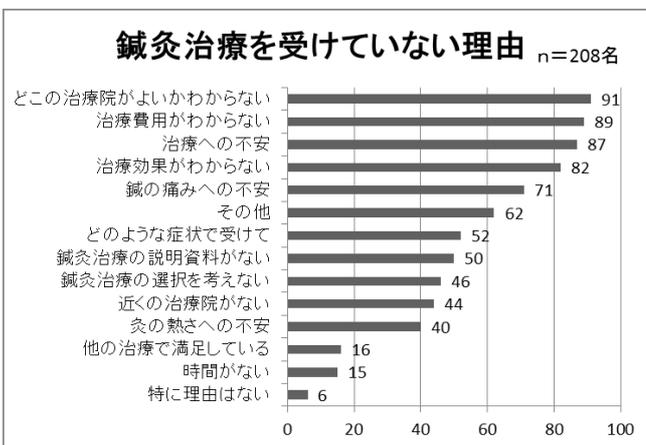


図 2：鍼灸治療を受けない理由

線維筋痛症患者を対象とした文献調査
～国内トリガーポイント鍼治療の現状に関する文献調査～
分担研究者 皆川陽一 帝京平成大学 ヒューマンケア学部 鍼灸学科

【目的】

鍼灸師が慢性疼痛患者を診療するにあたり、どのように治療し、どのような形で医師と連携していくのか、慢性疼痛の中でも「線維筋痛症」に焦点を絞り、国内外の文献から、効果的な治療法と

必要な検査項目をまとめることとした。また、国内で行われたランダム化比較試験による線維筋痛症の治療をみるとトリガーポイント治療が含まれていたため、「国内におけるトリガーポイント鍼灸治療の現状」を文献調査し、我が国で行われているトリガーポイント治療の方法についてまとめることとした。

【方法】

文献は、キーワードを「鍼灸治療と線維筋痛症/fibromyalgia」と「鍼灸療法、電気鍼療法、鍼療法、耳鍼法/acupuncture とトリガーポイント/trigger point」とし、電子データベースシステムである医中誌 Web.Ver.4、CiNii Article、PubMed と THE COCHRAN LIBRARY を利用して検索した。

【結果】

線維筋痛症では、158 編の文献が抽出され、編集者への手紙が 2 編、研究計画に関する報告が 1 編、症例報告が 11 編、ケースシリーズが 2 編、準実験臨床デザインが 1 編、ランダム化比較試験の報告が 11 編、メタ解析あるいはシステムティックレビューが 7 編の合計 36 編を解析した。また、トリガーポイントに関しては、403 編の文献が抽出され、症例報告が 8 編、比較対照試験が 1 編、ランダム化比較試験の報告が 11 編の合計 20 編を解析した。

【考察】

治療法に関しては、近年のメタ解析より鍼通電が痛みに対して効果的であることが報告されていた。国内においてもエビデンスレベルの高い RCT デザインで鍼通電（前腕：合谷と手三里）+トリガーポイント(TP)治療の検討が行われており、痛みと QOL に改善が認められていた。そのため、本邦においても、この治療法が第 1 選択となる可能性が考えられた。検査項目に関しては、VAS での痛みの強度を中心に ACR 診断基準の圧痛点の数や閾値、線維筋痛症得的スコアである FIQ を使用している報告が多く、最低限病態を把握するためにこれらの検査法や項目を限理解しておく必要が

考えられた。また、トリガーポイント治療に関しては、顎、頸部、肩部、腰部、膝部の痛みを中心に効果があることが確認された。治療法に関しては、罹患筋の検出は可動域測定の動作から治療する原因筋を決定し、トリガーポイントはその罹患筋より触診にて疼痛症状が再現する索状状硬結上の圧痛部位の筋肉まで刺入するとの報告が多かった。そのため、線維筋痛患者に使用するトリガーポイント鍼治療も上記の項目に注意して治療を行う必要があることが示唆された。

【マイルストーン 2：臨床研究】

線維筋痛症患者に対する鍼灸治療の臨床試験
研究代表者 伊藤和憲 明治国際医療大学 鍼灸学部 臨床鍼灸学教室

【はじめに】

「慢性の痛みに関する検討会」は、慢性的な痛みを 変形性脊椎症や変形性関節症のように患者数が多い既知の疾患に伴う慢性の痛み、線維筋痛症 (fibromyalgia: FM) のように原因や病態が十分に解明されていない慢性の痛み、頭痛のように機能的要因が主な原因となって引き起こされている上記以外の慢性の痛みの 3 つに分類しており、その対策としてそれぞれの痛みに関して予防的、さらには治療的なエビデンスの確立が必要であると提言している。特に のケースは、原因や病態が十分に解明されていないことから、病気になってから治療するよりも、予防的な視点が必要不可欠であると思われる。一方、線維筋痛症に対する鍼灸治療の報告は国内外で多数あり、コクランの解析では鍼灸治療は鍼通電を行った際に効果があることが報告されているが、鍼通電と置鍼の効果是直接解析した報告は少ない上に、国内の線維筋痛症患者に対して臨床試験を行った報告は殆どない。

そこで、線維筋痛症患者に対する鍼灸治療の効果をランダム化比較試験により検討した。

【方法】

研究1：鍼灸治療の効果

線維筋痛症友の会関西支部に在籍している患者200名を対象に臨床試験の勧誘を行い、その中で線維筋痛症の診断を受けていること、線維筋痛症以外に全身疾患を有さないこと、臨床試験会場に参加可能なことの3つの条件を満たし、尚かつインフォームドコンセントの得られた患者27名を対象とした。なお、患者は無作為にコンピューターで、鍼通電を行う群、置鍼群、対照群（無処置対照）の3群に無作為に群分けした。また、鍼通電群は、足三里 - 陽陵泉、合谷 - 手三里を基本穴とし、4Hz15分間の通電を行った。また、置鍼群は同部位に鍼を行い、通電は行わなかった。なお、いずれの群も上記の治療に加えて10本以内で、痛みや症状に応じた治療を追加した。

一方、評価は鍼通電群と置鍼群のみ、治療前後の評価として、主観的な痛みの強さと気分の状態を100mm幅のVASで、痛みの客観的な強さをペインビジョンの知覚感度閾値・痛み対応閾値・痛み度で、自律神経の評価を、RR間隔を用いた自律神経検査でそれぞれ評価した。

一方、治療全体の評価としては治療介入前と介入後で痛みの強さとしてVASを、精神的な状態としてHADSを、QOL評価としてJFIQをそれぞれ評価した。なお、治療は週1回のペースで計5回とした。

方法2：鍼灸無効例に対するセルフケア併用の効果

対象は明治国際医療大学鍼灸センターに来院した患者の中で、線維筋痛症外来にて3か月以上治療したにも関わらず、痛みに変化の認められなかった患者15名を対象とした。患者は2群に無作為に鍼灸治療を継続するものと（対照群）、鍼灸治療に加えてセルフケアを指導するもの（セルフケア群）の2群に無作為に群分けした。対照群・セルフケア群共に鍼灸治療の内容は実験1で用いた方法とし、足三里 - 陽陵泉、合谷 - 手三里を基本

穴とし、4Hz15分間の通電を行った。また、上記の治療に加えて10本以内で、痛みや症状に応じた治療を追加した。なお、治療間隔は週1回か2週に1回とし、患者に応じて治療間隔は調整した。一方、セルフケア群では、セルフケアに関する講習会を1度開催し、ストレッチ、ツボ押し、考え方などの総合的講義と実際の体験を行った後、自宅で1日30分以上・週3回継続するように指示した。

なお、治療全体の評価に関しては治療介入前と介入後（介入3か月後）で痛みの強さとしてVASを、QOL評価として線維筋痛症に特異的な氷塊であるJFIQをそれぞれ評価した。

【結果】

研究1

参加27名のうち鍼通電群で1名、置鍼群で3名、対照群で1名の計5名の脱落者があった。その中で有害事象は認められなかった。

一方、治療前後の主観的な痛みの変化（VAS）は置鍼群が1回目の治療前 46.7 ± 14.9 mm、治療後 36.6 ± 17.9 mm、変化 10.1 ± 23.9 mmであったのに対し、鍼通電群では治療前 51.0 ± 20.9 mm、治療後 37.4 ± 30.4 mm、変化 13.5 ± 17.9 mmであり、両群とも治療後の痛みに大きな変化はなかったが、治療全体で見た経時的変化の面積評価では置鍼群 153.6 ± 40.2 AU、鍼通電群 129.4 ± 62.2 AUと鍼通電群の方が若干痛みの軽減が認められたが、現時点では有意差は存在しなかった。また、治療前後の主観的な気分の変化（VAS）は置鍼群が1回目の治療前 31.4 ± 18.0 mm、治療後 22.7 ± 21.3 mm、変化 8.7 ± 17.0 mmであったのに対し、鍼通電群では治療前 42.7 ± 17.3 mm、治療後 25.6 ± 15.3 mm、変化 17.1 ± 24.7 mmであり、鍼通電の方が気分に改善が認められたが、治療全体で見た経時的変化の面積評価では置鍼群 113.8 ± 30.6 AU、鍼通電群 118 ± 40.2 AUと差は認められなかった。

一方、治療前後の痛み度（ペインビジョン）は置鍼群が1回目の治療前 391.9 ± 493.9 、治療後

136.5 ± 200.1、変化 255.3 ± 307.10 であったのに対し、鍼通電群では治療前 551.0 ± 509.4、治療後 623.8 ± 723.7、変化 112.7 ± 959.4 であり、両群に大きな違いは認められないが、治療全体で見た経時的変化の面積評価では置鍼群 930.7 ± 1254.3AU、鍼通電群 3071.6 ± 3192.2AU と置鍼群の方が痛み度の改善が認められた。

最後に、治療前後の自律神経の評価の交感神経 (LF/HF) では置鍼群が 1 回目の治療前 4.9 ± 2.4、治療後 4.2 ± 2.9、変化 -3.0 ± 37.0 であったのに対し、鍼通電群では治療前 5.3 ± 4.7、治療後 5.3 ± 4.8、変化 9.2 ± 33.4 であり、鍼通電群で上昇する傾向にあるが、治療全体で見た経時的変化の面積評価では置鍼群 4.9 ± 2.4AU、鍼通電群 5.2 ± 4.7AU と差は認められなかった。また、治療前後の副交感神経 (HF/total) では置鍼群が 1 回目の治療前 38.9 ± 12.1、治療後 4.3 ± 2.9、変化 0.6 ± 2.5 であったのに対し、鍼通電群では治療前 46.2 ± 20.6、治療後 5.2 ± 4.8、変化 -0.0 ± 1.8 であり、両群に大きな違いは認められないが、治療全体で見た経時的変化の面積評価では置鍼群 99.6 ± 52.8AU、鍼通電群 127.9 ± 45.5AU と差は認められなかった。

研究2

鍼灸治療を 3 か月継続したにも関わらず、痛みに大きな変化が認められなかった 15 名を対象にセルフケア介入の効果を検証した。セルフケアに関しては、家庭で簡単に行えることをコンセプトに、ストレッチと筋トレ、ツボケア、考え方、ヨガ、森林浴、食事などの概要を指導したうえで、実際に体験することを試みた。なお、各群の患者データは図 3 に示す通りである。

	セルフケア群	コントロール群
Sample size	6	9
Age	42.0 ± 5	41.7 ± 8.7
Pain duration (y)	4.3 ± 2.6	4.4 ± 2.4
VAS (mm)	77.3 ± 11.4	72.3 ± 10.7
FIQ (QOLスコア)	66.2 ± 7.3	64.9 ± 7.9
drug user	6	9
grade	II : 5, III : 1	II : 7, III : 2

図 3 : セルフケア研究の参加者の患者背景

その結果、セルフケア群の痛みの強さは、介入前 77.3 ± 11.4mm、介入後(3 か月後) 57.2 ± 8.2mm、変化 20.2 ± 3.9mm であったのに対し、コントロール群の痛みの強さは、介入前 72.6 ± 10.74mm、介入後(3 か月後) 70.8 ± 10.5mm、変化 1.8 ± 4.8mm と変化でセルフケア群とコントロール群の間に統計学的に有意な差が存在した (t-test, p<0.05)。

一方、セルフケア群の QOL は、介入前 66.2 ± 7.3mm、介入後(3 か月後) 53.3 ± 6.0mm、変化 12.8 ± 8.1mm であったのに対し、コントロール群の QOL は、介入前 64.9 ± 7.9mm、介入後(3 か月後) 61.6 ± 5.8mm、変化 3.3 ± 4.4mm と変化でセルフケア群とコントロール群の間に統計学的に有意な差が存在した (t-test, p<0.05 : 図 4)。実際にセルフケア群では日によって異なったセルフケアを行っていることが多く、平均すると種類の 5 セルフケアを実施していた。

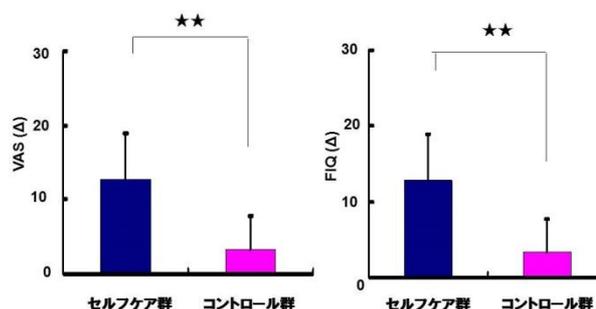


図 4 : セルフケアの効果

【考察】

線維筋痛症に対して鍼治療の効果を検討したところ、治療直後の効果では、両群に大きな差は認められなかったが、治療 1 ヶ月後の効果では、鍼通電を行った方が痛みに改善が認められた。しかしながら、客観的な評価である自律神経や痛み度に関しては大きな差は認められなかった。

鍼通電は置鍼などに比べて、脳の賦活が大きく、下行性疼痛抑制系などを賦活することでオピオイドなどの鎮痛物質を放出しやすいことが知られている。特に鍼通電の効果は、治療直後よりもしばらくしてからの方が、効果が高いとの報告が多いことから、その効果は治療直後では明確にならず、介入 1 ヶ月後に効果が認められたものと考えられた。よって、本邦の患者においても鍼通電治療は効果的な治療法と考えられ、鍼灸師の治療方法を示すガイドラインの中心的な治療法になると考えられた。今後は、経時的にデータを解析し、介入後 3 ヶ月・半年の効果を検討していく必要があるものと考えられた。

一方、今回我々が前年度の厚生労働省研究費で構築した統合医療的セルフケアプログラムを、鍼灸治療を 3 か月継続しても効果が認められない患者を指導した。

その結果、鍼灸治療を 3 か月以上継続しても効果が認められなかった患者に対しても、セルフケアを指導することで単に鍼灸治療を継続するよりも、痛みや QOL に改善が認められた。セルフケアに関する臨床試験で既にその効果は証明されているが、実際に指導できる人や場所は少なく、セルフケアを実践する場が問題であった。今回の研究から、線維筋痛症の治療からセルフケアの流れを考えても、西洋医学的な治療で効果が認められない患者が鍼灸院に来院し、その中でも治療効果がない患者がセルフケアに導入できるという自然な流れであり、鍼灸院がセルフケアを発信する 1 つのキーポイントになる可能性が示唆された。

マイルストーン 3：市民還元

慢性痛患者に対する鍼灸治療ガイドラインの作成の試み

研究代表者 伊藤和憲 明治国際医療大学 鍼灸学部 臨床鍼灸学教室

【はじめに】

本邦では、鍼灸治療に対して療養費が支給される疾患は神経痛・リウマチ・腰痛・頸部捻挫後遺症・五十肩の 5 疾患であるが、全て慢性化しやすい痛みに関する疾患である。そのため、鍼灸治療は痛みに対する治療法として厚生労働省からも認められている治療法とも考えることができる。実際、我々が全国の慢性痛患者 1000 名近くで調査をした結果では、病院以外の治療院で治療した経験を持つ者は 80% 近く存在し、そのうち 60% 近くは鍼灸院やマッサージ治療院を受診した経験があり、病院以外の医療機関では 1 番経験が多かった。また、我々が鍼灸院で治療を受けている患者約 900 名を対象に調査した研究では、鍼灸院に来院する患者の 50% は慢性的な疼痛を訴えており、特に大学病院や鍼灸マッサージ院、鍼灸院に多い傾向にある。特に、慢性痛のように原因が明確でない疾患は、入院することが難しく、地域でケアしていくしか方法はない。このように、今や鍼灸院は病院に次ぐ、痛みの拠点であり、鍼灸院は名実ともに痛み治療の中心的な存在である。

また、療養費は上記の疾患以外にも、慢性的な痛みに対しては支給が認められている。特に、近年原因の明確でない難治性の疼痛が急増しており、社会問題となっているが、実際に西洋医学的な治療法がないことから、鍼灸治療などの治療法を求める傾向にある。特に線維筋痛症は、有効な治療手段に乏しいことから、近年鍼灸治療に来院することも多く、我々が全国の鍼灸院で治療する患者約 900 名を対象に調査をしたところ、鍼灸院に来院する患者の 50% は慢性的な疼痛を訴えており、その中の 20% は線維筋痛症の診断を満たしていた。このことから、近年鍼灸臨床の中で線維筋痛

症患者に遭遇する機会が多いと思われる。しかしながら、実際に鍼灸治療を受けた患者の中で、治療に満足しているのは50%であり、特に18.8%鍼灸治療に不満を感じていた。また、鍼灸治療の継続に及ぶと、50%の患者が一度鍼灸治療を受けたにもかかわらず鍼灸治療を継続しておらず、その理由としては効果がないという回答が最も多かった。

以上のことから、文献などでは鍼灸治療のエビデンスが評価されている一方、実際の治療では不満を抱えている患者が多いことを踏まえると、どのような鍼灸師でもある程度の効果を出すために必要な情報を整理し、情報発信していくためのガイドラインが必要不可欠であると考えられた。

そこで、ガイドラインの作成に伴い、現在収集した情報と臨床試験の成果を市民と鍼灸師に還元することが必要不可欠である。

市民に還元する内容は

慢性痛患者の鍼灸に対する現状とイメージ
慢性痛患者が望む鍼灸とは？
慢性痛、特に線維筋痛症のエビデンス
慢性痛をみていくために必要な知識
臨床試験の成果

の5点である。

以上のことから、今回の成果をまとめた報告会を平成26年12月14日（医療関係者向け）、平成27年3月29日（市民向け）に京都キャンパスプラザにて、市民・鍼灸師向けの市民公開講座を開催した。

その結果、合計60名近くの参加者が集まり、慢性痛医療における鍼灸治療の役割を患者や医療関係者の立場から様々な意見が伺えた。その意見は2つに分かれ、1つは鍼灸治療をレベルのばらつき、具体的には治療院ごとで治療方法が異なったり、病気に対する理解度が異なるなどの、レベルのばらつきが目立つため、鍼灸師の治療技術やレベルの改善が必要であること、さらには自分に鍼

灸治療が適応なのかなどの鍼灸に関する問題、2点目は保険診療との併用が行えない現状では、良い治療であっても継続することが出来ないという社会・経済的問題が大きいという問題であった。

前者に関しては、本研究で慢性痛に対する鍼灸治療のガイドライン化が進めば、改善していく可能性が高いものと思われた。また、今後はどのような患者に鍼灸治療は効果的なのかを示すための、患者ガイドラインの作成が必要不可欠であると考えられた。一方、後者に関しては、鍼灸治療のエビデンスを確立し、西洋医学と鍼灸治療の組み合わせが効果的であることを示していく必要があると考えられた。

【まとめ】

今回、慢性痛患者に対する鍼灸治療の可能性や問題点をアンケート、文献調査、臨床試験などで検討を行ってきた。潜在的に鍼灸治療に対するニーズは高く、そのエビデンスも確立しつつある。そのため、鍼灸治療の受療率は慢性痛患者の40%程度と非常に高い。しかしながら、鍼灸治療の継続率に関しては、それほど高くはなく、多くの患者は鍼灸治療を経験するものの、継続するには至っていない。その大きな理由としては、鍼灸治療の方法がバラバラである、鍼灸師の病気理解が異なる、患者自身が鍼灸治療に適応するか否かが不透明、費用が高く、保険診療と併用できないなどの経済的問題などが挙げられている。

これらの問題を解決するためには、まずは鍼灸師の慢性痛の理解を進め、効果的な治療法を学習していくためのガイドラインが必要不可欠であり、今後は今回の研究成果を踏まえ、患者や専門家を交えたガイドライン作りを行っていく。

F.健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 著書

1) 伊藤和憲: 子供のためのトリガーポイントマッサージ&タッチ. 緑書房, 2014.

2. 論文

1) Itoh K, Saito S, Sahara S, Naitoh Y, Imai K, Kitakoji H. Randomized trial of trigger point acupuncture treatment for chronic shoulder pain: A preliminary study. J Acupunct Meridian Stud, 7(2): 59-64, 2014.

2) 伊藤和憲, 内藤由規. 【原因不明の腰痛を治す】鍼灸臨床において痛みをどのように捉えるか? 腰痛を題材に痛みの診療を考える. 鍼灸 Osaka. 30(1):57-63, 2014.

3) 内藤由規, 伊藤和憲, 阪上未紀, 松本めぐみ, 林紀行, 前田和久, 伊藤壽記. 災害の後遺症に対する鍼治療の試み ~ 鍼手技の違いが効果に及ぼす影響 ~. 日本統合医療学会誌. 8(1), 2015.

4) 皆川陽一, 高橋秀則.: トリガーポイント診断意義の検討 TP 原因筋検出法に関して .慢性

疼痛, 2014:33(1): 149-152

5) 浅井福太郎, 浅井紗世, 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実施調査. 慢性疼痛, 2014:33(1): 181-186

6) 皆川陽一, 齊藤真吾, 久島達也, 高橋秀則.: 本邦線維筋痛患者を対象とした鍼灸治療の文献調査. 帝京平成大学紀要, 印刷中

3. 学会発表

各分担任責任者の頁を参照

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