平成 26 年度　文部科学省委託事業

―成長分野等における中核的専門人材養成等の戦略的推進事業―

超高齢社会における認知症患者に寄り添う医療・介護連携型の中核的鍼灸専門人材の育成

認知症の人およびそのご家族を支えるための
西洋医学系・介護福祉系・鍼灸医学系３分野連携型モデル教材

平成 27 年 2 月

代表機関

学校法人後藤学園

東京衛生学園専門学校

序にかえて

後　藤　修　司
学校法人 後藤学園 理事長
公益社団法人 全日本鍼灸学会 会長

平成26年度文部科学省委託事業「成長分野等における中核的専門人材養成等の戦略的推進」事業、「超高齢社会における認知症患者に寄り添う医療・介護連携型の中核的鍼灸専門人材の育成事業」が進んでいます。この中での中心的事業とも言える教材開発による『認知症の人およびそのご家族を支えるための西洋医学系・介護福祉系・鍼灸医学系３分野連携型モデル教材』が完成いたしました。この三領域の統合的な教材･プロジェクトは、日本で、いや、世界的にも例をみない、新しい統合医療の姿かと思います。

欧米における、統合医療の大きな潮流は、受益者視点に立った「新しい医療モデルのあり方」を模索する社会運動ともいえる広がりを持っています。その中で、今回のような事業が進められていくことは、非常に意義のある、また、日本が世界に発信する重要な試みであると確信いたします。

今、統合医療の流れの中で、最も求められ、期待されているものの一つが鍼灸医療です。それは、鍼灸の特徴・利点である、病理的機序より生理的機序に注目している、そして、自然治癒力を重視していること、生体の全機性を重視し、心身一如と考える全人的医療であること、愁訴改善に効果的で全科的に対応できること、人体への侵襲が少なく、有害事象がほとんど無い、対費用効果が高い、総じて心地良い、スキンシップによる優しい医療である等々です。

このような中、西洋医学系・介護福祉系との連携は、鍼灸への信頼と鍼灸効果の情報を広げていくことにも繋がる大変重要なプロジェクトです。認知症の人に寄り添う中核的鍼灸専門人材の多職種連携の中での役割と可能性を広げていき、国民からの信頼をより強固にするためにも、多くの先生方のご指導ご協力、ご尽力の賜物である本教材が大いに活用されることが期待されます。

関係者皆様に対して、心からの感謝と敬意を込めて序文といたします。

総 合 目 次

第１部　西洋医学系

第１章　認知症の西洋医学と東洋医学 …… 1

第１節　はじめに（本教材作成の趣旨）…… 1
Ⅰ．認知症とその治療…… 1
Ⅱ．認知症の東洋医学へのインセンテイブ…… 1
Ⅲ．認知症には多角的視野に基づく教材が不可欠…… 2
　１）神経内科をはじめ内科系部門と精神科との関係…… 2
　２）感染症を逃れられない年齢層…… 2
　３）高齢者のリハビリテーション…… 2
　４）救急医療体制で扱う高齢者の問題点…… 2
　５）医療器材の発達で発生する植物人間と新たな問題…… 2
　６）高齢社会で期待される Gold-QPD（ゴールド・キューピッド） …… 3
第２節　認知症：老年症候群と東洋医学 …… 3
Ⅰ．加齢は密かに忍び寄る…… 3
Ⅱ．老年症候群の治療は東洋医学…… 5
　１）五臓の医学的意義…… 5
　２）老化の東洋医学と老年症候群…… 5
第３節　認知症：文科省助成金による街ぐるみ支援から東洋医学に遭遇 … 6
Ⅰ．「街ぐるみ認知症支援ネットワーク」…… 6
　１）「認知症相談センター」の設立と飛躍の足掛かり …… 6
　２）認知症相談センターの実績…… 8
Ⅱ．認知症国際フォーラムの開催とその影響…… 8
　１）第 1 回認知症国際フォーラム（東京国際フォーラム）…… 8
　２）第 2 回認知症国際フォーラム（エポック中原）…… 13
第４節　認知症に特化した鍼灸師育成講座事業の推進 …… 18
Ⅰ．鍼灸師育成講座として認知症 Gold-QPD 育成講座を開講 …… 18
Ⅱ．認知症 Gold-QPD 育成講座の推進 …… 21
Ⅲ．「益気調血，扶本培元鍼法」から「三焦鍼法」（San Jiao Acupuncture）に改名 … 25
第５節　西洋医学における Acupuncture（鍼灸医療）の評価と実情 …… 25
Ⅰ．鍼治療効果に関する西洋医学的な評価（WHO&NIH の認定）…… 25
Ⅱ．アメリカの鍼灸事情と専門の卒前・卒後教育…… 26

1）アメリカの専門鍼灸師の卒前・卒後教育…… 27
2）鍼灸医学教育の日米の違い…… 28
3）日本の鍼灸学校と鍼灸師の現状…… 28
4）鍼灸を実践する世界と日本の医師グループ…… 29
第６節　認知症は症候群（概要）…… 30
Ⅰ．アルツハイマー型認知症の特徴…… 30
Ⅱ．血管性認知症の特徴…… 31
Ⅲ．レビー小体型認知症（Dementia with Lewy bodies; DLB）…… 33
Ⅳ．前頭・側頭型認知症（FTD: Fronto-temporal dementia）（ピック病）の特徴 …… 33
Ⅴ．治る認知症…… 34
第７節　高齢者の終末期医療…… 34
Ⅰ．老年症候群の終末期とリビングウイル…… 34
Ⅱ．認知症の人の入院とリビングウイルについて…… 34

第２章　認知症の神経内科の診療…… 36

第１節　アルツハイマー型認知症 …… 36
【事例報告 1】87 歳女性。アルツハイマー型認知症
第２節　脳血管性認知症 …… 38
【事例報告 2】80 歳女性。脳血管性認知症
第３節　レビー小体型認知症…… 40
【事例報告 3】75 歳男性。レビー小体型認知症
第４節　前頭側頭型認知症 …… 42
【事例報告 4】75 歳女性。前頭側頭型認知症
第５節　大脳皮質基底核変性症…… 44
【事例報告 5】76 歳女性。大脳皮質基底核変性症

第３章　認知症の精神科の診療 …… 46

第１節　認知症の中核症状と周辺症状 …… 46
Ⅰ．アルツハイマー病…… 46
【事例報告１】７９歳　女性。アルツハイマー型認知症
Ⅱ．認知症の中核症状とは？…… 49
【事例報告２】７６歳　女性
【事例報告 3】８０歳　男性
Ⅲ．アルツハイマー病以外の認知症…… 52

【事例報告４】７５歳　男性　脳血管性認知症
【事例報告５】７３歳　女性　レビー小体型認知症
【事例報告６】６０歳　男性　前頭側頭型認知症
コラム：　暴力的な認知症症例への対応方法
第２節　認知症周辺症状と精神科疾患の鑑別…… 58
【事例報告７】７５歳　男性
【事例報告８】７０歳　女性
【事例報告９】７０歳　女性
コラム：　精神科医療現場から一言

第４章　高齢者リハビリテーション医学の事例…… 65

第１節　脳梗塞後のリハビリテーション …… 65
【事例報告１】７３歳　男性
Ⅰ．問診のポイント…… 65
Ⅱ．診察のポイント…… 66
Ⅲ．本症例の評価のまとめ…… 68
Ⅳ．必要なリハビリ…… 68
第２節　クモ膜下出血後のリハビリテーション…… 68
【事例報告２】７２歳　女性
Ⅰ．問診のポイント…… 69
Ⅱ．診察のポイント…… 69
Ⅲ．本症例の所見のまとめ…… 70
Ⅳ．何を評価するか？…… 70
Ⅴ．評価のまとめ…… 71
Ⅵ．結果…… 71
第３節　パーキンソン病のリハビリテーション（軽症～中等症）…… 73
【事例報告３】７０歳　女性
Ⅰ．問診のポイント…… 74
Ⅱ．診察のポイント…… 74
Ⅲ．本症例の問診・所見のまとめ…… 74
Ⅳ．何を評価するか？…… 75
Ⅴ．パーキンソン病の症状の評価…… 76
Ⅵ．評価のまとめ…… 77
Ⅶ．リハビリ処方…… 78

第４節　パーキンソン病のリハビリテーション（進行例）…… 79
【事例報告４】７２歳　男性
Ⅰ．問診のポイント…… 79
Ⅱ．診察のポイント…… 81
Ⅲ．本症例の所見のまとめ…… 81
Ⅳ．何を評価するか？…… 81
Ⅴ．評価のまとめ…… 82
Ⅵ．リハビリの処方…… 82
第５節　高齢の不全頚髄損傷例のリハビリテーション …… 83
【事例報告５】７４ 歳　男
Ⅰ．問診のポイント…… 84
Ⅱ．診察のポイントは？…… 85
Ⅲ．評価のまとめ…… 85

第５章　老年症候群・認知症経過中の感染症 …… 89

第１節　高齢者の感染症 …… 89
【事例報告１】９６才　男性
１）高齢者における感染症…… 89
２）SIRS（systemic inflammatory response syndrome: 全身性炎症反応症候群） … 90
第２節　高齢者の呼吸器感染症…… 92
【事例報告２】７６才　男性
１）高齢者における肺炎…… 92
２）高齢者における呼吸器感染症予防…… 92
第３節　高齢者の結核 …… 94
【事例報告３】
１）高齢者における結核…… 94
２）地域における結核診療…… 95
３）DOTS …… 95
４）結核の接触者検診…… 95
第４節　施設における感染症…… 96
【事例報告４】２４才　女性　鍼灸師
１）疥癬…… 96
２）職業感染対策…… 97
第５節　災害時における感染症…… 98
【事例報告５】

1）市中感染症…… 98
2）肺炎…… 98
3）その他…… 98
第６節　まとめ…… 99

第６章　高齢者と救命救急医療について…… 100

第１節　総論…… 100
Ⅰ．増加する救急車搬送例…… 100
Ⅱ．増加する高齢者救急車搬送例…… 100
第２節　高齢者の救命救急医療の特徴 …… 101
Ⅰ．慢性疾患との関連…… 101
Ⅱ．認知症患者の救急診療における困難…… 101
Ⅲ．どこまで治療するべきか？…… 102
第３節　事例の紹介 …… 102
【事例報告１】８２歳、女性。無症状に見えて病状が重篤化した１例
【事例報告２】８８歳、女性。軽い受傷機転で思わぬ重傷を負った１例
【事例報告３】７８歳、男性。入浴中に意識を失い死亡
【事例報告 4】９２歳、男性。心肺停止を蘇生したものの延命を希望せず
第４節　まとめ…… 106

第２部　介護福祉系

第１章　介護とは …… 107

第１節　介護保険制度 …… 107
Ⅰ．発足・導入の経緯…… 107
Ⅱ．制度概要…… 107
1）介護保険制度の被保険者とは…… 107
2）介護保険の受給要件…… 107
3）保険給付（サービス費用のうち保険支払分）の財源…… 108
Ⅲ．周辺状況…… 108
1）高齢者保健福祉の歴史的側面…… 108

２）日本における高齢化率の変遷と推計……109
３）主要国における人口高齢化率の長期推移・将来推計……110
Ⅳ．基本的仕組み……110
１）利用の流れ……110
２）メリット・デメリット……111
Ａ．メリット・・・利用手続き（措置制度から契約制度）の変化によるもの
Ｂ．デメリット
Ⅴ．制度見直しの経緯……111
１）２００６年改正……111
Ａ．『介護予防サービスの創設』
Ｂ．『地域密着型サービスの創設』
Ｃ．『地域包括支援センターの創設』
Ｄ．『事業者指定申請の更新制導入』
Ｅ．『ケアマネジャー資格の更新制導入』
Ｆ．『事業者の情報開示義務』
Ｇ．『食事代・居住費の全額自己負担』
Ｈ．『介護認定の調査』
２）２００９年改正……114
Ａ．『介護従事者の人材確保・処遇改善』
Ｂ．『要介護認定の判定の仕組みの一部変更』
３）２０１２年改正……114
Ａ．『医療と介護の連携強化』
Ｂ．『介護人材の確保とサービスの質の向上』
Ｃ．「高齢者の住まいの整備等」
Ｄ．『認知症対策の推進』
Ｅ．『保険者による主体的な取り組みの推進』
Ｆ．『保険料の上昇の緩和』
４）２０１５年改正（案）……115
Ａ．『利用者負担の増加』
Ｂ．『特別養護老人ホームにおける入所基準の厳格化』
Ｃ．『特別養護老人ホームの食費・居住費の負担見直し』
Ｄ．『要支援者向けサービスの市区町村へ事業移管』
Ｅ．『サービス付き高齢者向き住宅の住所特例の適用』
Ⅵ．現状と将来像……116
１）要介護度別の認定者数の推移……116
２）介護費用の見通し……116

第２節　成年後見制度 …… 117
Ⅰ．発足・導入の経緯…… 117
Ⅱ．制度概要…… 117
１）成年後見制度の２種類…… 117
２）法定成年後見制度の３種類…… 118
３）法定後見制度の利用の具体例…… 119
Ⅲ．周辺状況…… 119
１）認知症高齢者数と推計…… 119
Ａ．認知症高齢者数将来推計
Ｂ．認知高齢者の日常生活自立度　－ 参考 －
Ⅳ．基本的仕組み…… 121
１）法定後見制度…… 121
Ａ．手続きの流れ
Ｂ．法定後見人の選任・役割り
（１）選任
（２）役割り
２）任意後見制度…… 122
Ａ．任意後見制度とは
Ｂ．任意後見契約の効力開始
Ⅴ．現状と将来像…… 122
１）成年後見関係申し立て件数の推移（過去５年）…… 122
第３節　介護保険制度のサービス …… 123
Ⅰ．居宅サービスの種類…… 123
１）訪問介護・介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）…… 123
２）訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護…… 123
３）訪問看護・介護予防訪問介護…… 123
４）訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション…… 124
５）通所介護・介護予防通所介護（デイサービス）…… 124
６）通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション…… 124
７）福祉用具貸与・特定福祉用具の購入…… 124
８）居宅療養管理指導…… 124
９）短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護…… 124
１０）短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護…… 125
１１）認知症対応型共同生活介護…… 125
１２）特定施設入所者生活介護…… 125
Ⅱ．施設サービス…… 125

1）指定介護老人福祉施設……125
2）介護老人保健施設……125
3）指定介護療養型医療施設……126
Ⅲ．介護保険制度以外の高齢者福祉サービス……126
1）在宅高齢者サービス……127
A．介護予防・地域支え合い事業
B．介護予防・生きがい活動支援事業
C．老人クラブ活動等社会活動促進事業
D．日常生活用具給付等事業
2）施設サービス……127
A．養護老人ホーム
B．高齢者生活福祉センター
C．軽費老人ホーム
D．有料老人ホーム
第４節　介護におけるリスクマネジメント……128
Ⅰ．介護における安全の確保……128
Ⅱ．リスク回避と尊厳の保持……128
Ⅲ．事故予防・安全対策……128
1）リスクマネジメントの必要性……128
A．経験や知識をもとにリスクの予測
B．利用者の生活のリスクの予測
2）事故防止、安全対策の実際……129
A．生活のなかのリスクと対策
B．転倒および転落に関する対策
（1）個別性が高い転倒リスク
a．身体的なダメージが大きい転倒のリスク
b．行動の理由の理解
c．生活環境の整備
C．誤嚥を回避して、おいしくたべるための対策
（1）誤嚥予防
（2）その人に合う食形態
（3）良肢位の保持
D．防火、防災に関する対策
E．生活の安全（消費者被害など）に関する対策
第５節　感染症対策……132
Ⅰ．生活の場での感染症対策……132

1）生活の場の特性を理解する……132
2）基本となる標準予防策という考え方……132
3）感染対策の基本……132
A．高齢者施設における感染対策
（1）入所者は抵抗力・免疫力が低下しており、感染しやすい状態んある
（2）感染症が発生すると、感染が拡大しやすい
（3）日頃から感染対策を実施しておくことが重要
（4）個々のサービス場面における「1 ケア、1 手洗い」の徹底
（5）専門職自身の健康管理
（6）（個々の入所者の）既往歴・現病歴・内服薬の徹底
（7）（個々の入所者の）栄養状態の把握
（8）（個々の症の早期発見・早期の食事摂取状況や体重の把握
（9）感染症の早期発見・早期対応
B．在宅における感染症対策
C．感染対策の３原則
（1）感染経路の遮断
（2）宿主（人間）の抵抗力の向上
a．さまざまな感染経路
①空気感染
②飛沫感染
③接触感染
④その他（血液媒介感染）
【引用・参考文献】

第２章　健康とＱＯＬ ……135

第１節　健康とは ……135
Ⅰ．健康生成論……135
1）理解性……135
2）対応可能性……135
3）有意義性……135
Ⅱ．人を中心と考える……136
第２節　個別ケアと全人的ケア……136
Ⅰ．自立……136
Ⅱ．自分らしさと自己決定……136
Ⅲ．個別ケアとパーソンセンタードケア……137

Ⅳ．全人的ケア＝４つの側面を満たすケア……137
【引用・参考文献】

第３章　認知症ケア……139

第１節　緩和ケア理念 ……139
Ⅰ．緩和ケア理念……139
Ⅱ．ターミナルケア……139
第２節　認知症ケアの歴史的背景 ……140
Ⅰ．北欧の認知症ケア……140
Ⅱ．スウェーデンの高齢化率と日本の高齢化率……140
Ⅲ．北欧の認知症ケアの歴史……141
Ⅳ．施設から在宅へ……141
Ⅴ．グループホーム……142
Ⅵ．緩和ケア理念の導入……142
Ⅶ．日本の認知症ケアの昔と現在……142
　１）認知症施策の歴史……142
　２）認知症ケアの歴史……143
　　Ａ．認知症ケアの進化の歴史
　　Ｂ．身体介護中心・問題対処型ケアの時代
　　Ｃ．アクティビティ中心の時代
　　Ｄ．その人を中心に据えたケアの時代
　　Ｅ．これからの認知症ケア
第３節　認知症緩和ケア理念……145
Ⅰ．始まり……145
Ⅱ．シルヴィアホーム……145
Ⅲ．認知症緩和ケア……146
　１）認知症ケアの基本……146
　２）４本の柱……147
　　Ａ．コミュニケーションと関係
　　（１）認知症の方とのコミュニケーション
　　（２）バーバルコミュニケーションとノンバーバルコミュニケーション
　　（３）認知症の方の接し方
　　ａ．自尊心を傷つけない
　　ｂ．視野に入って話す
　　ｃ．ゆったり楽しく

ｄ．感情に働きかける
ｅ．簡潔に伝える
ｆ．わかる言葉を使う
ｇ．話を合わせる
ｈ．昔話を聞く
（４）バリデーション
ａ．バリデーションの特徴
ｂ．バリデーションの効果
ｃ．１４のバリデーション技法
①センタリング
②事実に基づいた言葉を使う
③リフレージング（本人の言うことを繰り返す）
④極端な表現を使う（最悪、最善の状態を想像させる）
⑤反対のことを想像する
⑥思い出話をする（レミニシング）
⑦真心をこめたアイコンタクトを保つ
⑧曖昧な表現を使う
⑨はっきりとした低い、優しい声で話す
⑩ミラーリング（相手の動きや感情に合わせる）
⑪満たされていない人間的欲求と行動を結びつける
⑫好きな感覚を用いる
⑬タッチング（ふれる）
⑭音楽を使う
（５）タクティール ® ケア
ａ．タクティールケアとは
ｂ．効果
（６）コミュニケーションと関係
（７）コミュニケーション
Ｂ．チームワーク
（１）チームワークの意味
（２）多職種協働・連携
（３）ケアマネジメント
（４）ケアプラン
（５）チープアプローチ
Ｃ．症状の緩和
（１）認知症とは

（2）認知症の症状
a．中核症状
b．行動心理症状（ＢＰＳＤ）
（3）症状の緩和
（4）緩和の種類
a．回想法
b．リアリティオリエンテーション
c．音楽療法
d．ブンネ・メソッド
e．絵画療法
f．園芸療法
（5）緩和
D．家族支援
（1）家族支援の意味
（2）家族を理解するとは　家族の内部と外部
（3）自分の家族経験の影響
（4）高齢者が家族を語るとき
（5）家族からの虐待が疑われたとき
（6）家族へのレスパイトケア
（7）認知症ケアをしている家族の気持ちを理解する
a．第１ステップ　とまどい・否定
b．第２ステップ「混乱・怒り・拒絶」
c．第３ステップ　割り切り、または、あきらめ
d．第４ステップ　受容
e．心理的ステップと認知症の理解の深さとの関係
【引用・参考文献】

第４章　事例……168

第１節　症状別対応 ……168
Ⅰ．家族の顔がわからなくなってきました。……168
1）認知症の人の状態・気持ち……168
2）対応例……168
Ⅱ．実際にないものが見えると言われる。……169
1）認知症の人の状態・気持ち……169
2）対応策……169

Ⅲ．何度も同じことを聞かれます……170
1）認知症の人の状態・気持ち……170
2）対応策……170
第２節 ……171
Ⅰ．高齢者施設での事例……171
1）事例１　排泄ケアを通した個別ケア……171
2）事例２　本人にとっての意味とは……171
3）事例３　ターミナルケアとスピリチュアルケア……172
4）事例４　コミュニケーションからはじまる、「自分らしさ」へのアプローチ …172
5）事例５　多職種連携によるＱＯＬの改善……173
6）事例６　より良く生きる……174
7）事例７　パーソンセンタードケアの実践……175
8）事例８　なじみの関係と環境……175
Ⅱ．在宅での事例……176
1）認知症独居の方への関り……176
第３節 ……177
Ⅰ．鍼灸医学との連携による事例報告……177
1）事例報告Ａさん……178
2）事例報告Ｂさん……181
3）事例報告Ｃさん……184

第３部　鍼灸医学系

第１章　老年医学と鍼灸医学 ……189

第１節　高齢者の生理と病理の特徴 ……189
Ⅰ．陰陽の協調と失調……189
Ⅱ．精、気、血、津液、神の生理と変調……189
1）精について……189
2）神について……190
3）気について……190
4）血について……190
5）津液について……191

第２節　老化現象について …… 191
Ⅰ．成長曲線と老化曲線 …… 191
Ⅱ．腎精の関係図 …… 192
第３節　高齢者に対する全人的・総合的アプローチ …… 193
Ⅰ．老化に伴う症状 …… 193
Ⅱ．高齢者によく見られる疾患 …… 193
Ⅲ．高齢者に「やさしい」全人的・総合的なアプローチ …… 194
第４節　コラム：認知症と生活習慣病 …… 194

第２章　鍼灸医学の認知症に対する鍼灸治療 …… 196

第１節　認知症の鍼灸治療方針 …… 196
Ⅰ．中医鍼灸の治療方針 …… 196
Ⅱ．経絡治療の治療方針 …… 196
Ⅲ．現代鍼灸の治療方針 …… 197
第２節　中国における認知症に対する鍼灸治療 …… 198
Ⅰ．認知症に対する一般的な弁証治療 …… 198
１）髄海不足（キーワード：腎、精不足） …… 198
２）脾腎両虚（キーワード：脾、腎、気虚、血虚、または陽虚） …… 198
３）肝腎両虚（キーワード：肝、腎、陰虚） …… 199
４）痰濁阻竅（キーワード：脳、痰濁） …… 199
５）血瘀脳竅（キーワード：脳、血瘀） …… 200
６）心肝火盛（キーワード：心、肝、実熱） …… 200
Ⅱ．中国における認知症に対する鍼灸治療の臨床報告 …… 201
１）認知症に対する鍼灸治療の処方解説 …… 201
Ａ．血管性認知症に対する鍼治療の臨床観察（６３症例）
Ｂ．鍼灸と穴位貼付による血管性認知症３０症例の治療
Ｃ．血管性認知症に対する鍼治療の効果観察
Ｄ．アルツハイマー型認知症に対する鍼治療のポイント
Ｅ．兪原配穴法鍼刺による血管性認知症治療の観察
Ｆ．鍼治療とリハビリにより治療した血管性認知症の臨床観察
２）認知症に対する鍼灸治療の文献紹介 …… 205
Ａ．益気調血・扶本培元鍼法により治療した軽度認知障害（MCI）の効果観察
Ｂ．電気鍼により治療した血管性認知症 92 症例
Ｃ．鍼治療と益智健脳果粒併用によるアルツハイマー型認知症の治療効果観察
Ｄ．兪原配穴鍼刺法の血管性認知症患者の認知機能改善に対する臨床観察

Ｅ．鍼と薬併用によるアルツハイマー型認知症 20 症例の治療効果観察
第３節　認知症に対する代表的な治療穴（文献調査）……207
１）百会：　醒脳開竅、補益脳髄……208
２）神門：　益心寧神、和血通絡……208
３）神庭：　清利頭目、安神定志開竅……208
４）内関：　寧神定志……208
５）足三里：　健脾、補益後天……208
６）三陰交：　健脾、滋腎、柔肝、補益肝腎……208
７）太渓：　補腎健脳……209
８）腎兪：　補腎健脳……209
９）志室、懸鍾：　補益精髄……209
１０）照海：　補腎、滋陰、寧神……209
１１）大鍾：　補腎益精、健脳寧神……209
１２）四関穴：　鎮肝熄風、行気活血……209
１３）その他の常用穴……209
第４節　認知症治療における三焦鍼法の考え方……209
Ⅰ．老化と抗加齢に対する中国伝統医学の認識と実践……210
Ⅱ．三焦気化失調―老化相関説について……210
Ⅲ．認知症に対する考え方……211
Ⅳ．三焦鍼法による臨床研究の概要……212
第５節　認知症に対する海外での鍼灸治療研究の動向と成果……215
～外国文献分析結果からの現状～
Ⅰ．はじめに……215
Ⅱ．対象と方法……215
Ⅲ．結果……216
Ⅳ．考察と結論……218

第３章　認知症に対する鍼灸治療……221

第１節　治療システムについて……221
Ⅰ．三焦鍼法について……221
Ⅱ．基本処方……221
１）基本経穴部位……221
２）基本処方解説……221
Ａ．「益気調血・扶本培元」
Ｂ．三焦に対する配穴

C．気機の調節
3）基本経穴刺鍼法……222
第２節　手技について ……224
Ⅰ．得気の概念……225
1）候気……225
2）催気……225
A．循法
B．弾法
C．剃法
D．揺法
E．揺法
F．振顫法
Ⅱ．補瀉手技（手技量学）……225
1）捻転補瀉法の定義……226
A．捻転補法
B．捻転瀉法
C．捻転平補平瀉法
2）提挿補瀉法の定義……229
A．提挿補法
B．提挿瀉法
C．提挿平補平瀉法
3）呼吸補瀉法の定義……231
A．呼吸の補法
B．呼吸の瀉法

第４章　日本における認知症に対する鍼灸治療の事例報告 ……232

第１節　在宅における鍼灸治療の事例報告 ……232
【事例報告１】７３歳男性　アルツハイマー型認知症（脳血管障害を伴う）
【事例報告２】８６歳男性　アルツハイマー型認知症
【事例報告３】７５歳男性パーキンソン病（アルツハイマー型認知症の疑いあり）
第２節　高齢者施設等における鍼灸治療の事例報告 ……241
【事例報告１】９１歳女性　アルツハイマー型認知症
【事例報告２】７３歳男性　血管性認知症
【事例報告３】９４歳女性　認知症の疑い（未確定診断）

第５章　認知症鍼灸施術サポートガイド……252

第１節　在宅訪問での対応……252
Ⅰ．プライベートな生活空間であることを念頭に……252
Ⅱ．ご家族の配慮を忘れずに……253
Ⅲ．コラム － 在宅訪問でのエピソード……253
第２節　施設訪問での対応……254
Ⅰ．多職種連携 － 介護スタッフとの連携を大切に……254
Ⅱ．ご家族との連絡……255
Ⅲ．鍼灸の啓蒙 － 理解促進の工夫を……255
Ⅳ．コラム － 施設訪問でのエピソード……256
第３節　鍼灸施術時における対応……257
Ⅰ．施術前について……257
　１）ラポールの形成 － 不安にさせない……257
　２）現病歴と既往歴の確認……258
　３）施術前の準備……258
Ⅱ．施術中について……259
　１）体動に注意し目を離さない……259
　２）刺鍼にあたり……259
Ⅲ．施術後について……260
　１）施術内容の説明と申し送り……260
　２）有害事象の確認……260
　３）評価とフィードバック……261
Ⅳ．コラム － 鍼灸施術時のエピソード……261
　１）施術前のエピソード……261
　２）施術中のエピソード……262
　３）施術後のエピソード……262
第４節　これから施術を行う方へのメッセージ……263
Ⅰ．人と人とのかかわり……263
Ⅱ．相手のニーズを考える……263
Ⅲ．認知症に対する理解と学習を怠らない……264
Ⅳ．今後の課題……264

執筆者一覧

第１部　西洋医学系：

代表　川並汪一　（一般社団法人老人病研究会　会長）
　　野村浩一　（医療法人 SHIODA 塩田病院　神経内科　医長）
　　岸　泰宏　（日本医科大学　武蔵小杉病院　精神科　教授）
　　原　行弘　（日本医科大学　リハビリテーション学大学院　教授）
　　國島広之　（聖マリアンナ医科大学　総合診療内科　准教授）
　　松田　潔　（日本医科大学　武蔵小杉病院　救命救急センター　教授）

第２部　介護福祉系：

代表　グスタフ・ストランデル　（（株）舞浜倶楽部　代表取締役社長）
　　北島　学　（（株）舞浜倶楽部　富士見サンヴァーロ　施設長）
　　勢司博之　（（株）舞浜倶楽部　新浦安フォーラム　施設長）
　　肥後義道　（（社福）敬心福祉会　池袋敬心苑　施設長）
　　遠藤　茂　（（社福）敬心福祉会　千歳敬心苑　施設長）
　　廉隅紀明　（NPO 法人コミュニテイケアネットワーク　代表）
　　兵頭　明　（（学）後藤学園　中医学研究所　所長）

第３部　鍼灸医学系：

代表　兵頭　明　（（学）後藤学園　中医学研究所　所長）
　　河原保裕　（アコール鍼灸治療院　院長）
　　髙士将典　（東海大学医学部付属大磯病院鍼灸治療室）
　　中村真通　（(学)呉竹学園　東京医療専門学校　鍼灸マッサージ教員養成科　科長）
　　青木春美　（（学）敬心学園　日本医学柔整鍼灸専門学校　鍼灸学科　学科長）
　　小倉千都世（（学）敬心学園　日本医学柔整鍼灸専門学校　鍼灸学科　専任教員）
　　相澤　良　（日本伝統医学研修センター　所長）
　　小俣　浩　（埼玉医科大学　東洋医学センター）

特別寄稿：

　韓景献　（中国天津中医薬大学　教授）

症例提供者：

　花輪貴美　（（株）フレアス　山梨事業所　Gold － QPD 育成講座修了生）
　矢野　司　（(株)フレアス　山梨事業所シニアトレーナー　Gold － QPD 育成講座修了生）
　海老澤武士　（（株）フレアス　群馬事業所トレーナー　Gold － QPD 育成講座修了生）

山本竜正　（IGL 鍼灸マッサージ治療院　鍼灸師　Gold ― QPD 育成講座修了生）
原　正輝　（VIVA 鍼灸院　代表　Gold ― QPD 育成講座修了生）
田嶋健晴　（（株）舞浜倶楽部　鍼灸師、機能訓練指導員　Gold ― QPD 育成講座修了生）

第１部　西洋医学系

第１章　認知症の西洋医学と東洋医学

第１節　はじめに（本教材作成の趣旨）

Ⅰ．認知症とその治療

最近の統計によれば、生活に支障を来さないが深刻なもの忘れを示す人は 400 万人になるといわれる。本邦の高齢者（65 歳以上）人口の 10％を越えるこの軽度認知障害（MCI; mild cognition impairment）を持つ方は、毎年 10 人に 1 人の割合でアルツハイマー病（AD; Alzheimer disease or Alzheimer Dementia）などの認知症になる。そうなると 5 年間で 200 万人が認知症を患い、日常生活に支障を来し家族の介護が必要となってくる。現在の認知症患者は既に 460 万人を越えており、数年前の予想数値より 20 年も早く到達している。

高齢者の認知症患者は、家族がおかしいと気づいてから医療機関を訪れるまで平均 9 年半の時間が経過している。つまり周辺症状がある程度進んでから認知症との診断が確定される。その後の平均寿命は約 8 年といわれる。この期間は、介護や家族関係者にとって試練の期間になり本人ばかりか家族のトラブル要因になりかねない。

その周辺症状の悪化を遅らせる薬が開発されている。薬理学的に脳神経細胞のシナップス（神経接合部）の神経伝達物質アセチルコリンの低下を防ぐことを目安にしている。日本ではコリンエステラーゼ・インヒビター（塩酸ドネペジール；商品名アリセプト）、ガランタミン（レミニール ®），メマンチン（メマリー ®），リバスチグミン（イクセロン ®，リバスタッチ ®）の 4 種類の薬剤が承認されている。しかしそれらの治療効果は「きわめて控えめ」で認知症周辺症状の悪化を遅延させる程度に留まる。記憶障害を正常化させることは出来ない。これらの薬剤は消化器系に存在するシナップスへも機能するため強い副作用をもたらすこともあり、使用できない患者も少なくない。一方で抑肝散などの漢方薬の効果も良く知られつつある。しかし多様性に富む認知症の周辺症状の改善には未だ不十分であり医学的な治療法にはまだまだ限界がある。

認知症対策の治療面での遅れをカバーすべく、現実には認知症患者に対してケア中心の対策が模索され、「街ぐるみ認知症対策」「いつまでも住み慣れた町で過ごす運動」が官民あげて続けられている。また、認知症予防対策が声高に唱えられつつある。

Ⅱ．認知症の東洋医学へのインセンテイブ

2003 年当時、日本医科大学老人病研究所はアウトリーチ活動として高齢者を相手に「座談会」をはじめた。お茶を飲みながらの自由なおしゃべりを毎月 1 回続けた。その地道な活動が認められ、2007 年に文科省戦略的基盤研究・社会連携研究事業として助成金を頂き、本格的に「認知症街ぐるみ支援ネットワーク」として動き出した。

2012 年までの 5 年間の助成金で日本医科大学武蔵小杉病院キャンパスに「認知症相談

センター」を設立し、近隣市民のため認知症よろず相談を始めた。本人とご家族の相談に乗りながら、西洋医学による治療の限界を感じつつ「ケアからキュアへ」と運動目標を設定し２度の認知症国際フォーラムを開催した。認知症キュアに向けて取り組む内容を記載することで読者と課題を共有したい。その際、東洋医学の魅力に遭遇した。

Ⅲ．認知症には多角的視野に基づく教材が不可欠

さて、認知症患者に対する医学的な対処法は、老年内科、綜合診療内科、神経内科、精神科、リハビリテーション科、感染症内科、救命救急センターとそれぞれが独自の視点でなされている。意外に知られざる側面をご紹介することで認知症への理解を深めて頂きたい。

その目的で以下のような各科の独自性を示し互いの連携の可能性について触れたい。

（１）神経内科をはじめ家庭医や総合診療科は、患者の周辺症状が激しくなると精神科へ患者を送る傾向がある。精神科は他科でやりくりに困った患者を治療する役割を担わされることが多い。重症化した症例を扱うため多量の薬剤や身体拘束、ときに電気ショック療法を使用せざるを得ないのが実態である。第１回認知症国際フォーラムでは600年来の伝統で有名なベルギーはヘール（Geel）の「街ぐるみ精神病患者ケア」について紹介する。

（２）抗生物質の発見で感染症を怖がらない時代が到来した。誰もが信じたこの楽観論は容易に中断される結果となった。動物や渡り鳥を介した新種のウイルスは世界中に恐怖をばらまき、アフリカの地方病であったエボラ出血熱が、航空機の発達で世界中を駆け巡るようになった。認知症患者も同じリスクを抱える。しかしかれらの感染症の原因としては、自分の古い結核の再発などを無視できない。誤嚥により胃酸や口腔内常在菌が肺炎を誘発し死亡することがしばしばある。このような感染症に対する基本的知識を持つことは必須である。

（３）高齢者は体力不足と不注意から平らなフロアーでさえ足がつかえ転倒する。打ち所が悪ければ骨折事故につながり寝たきり生活となり再起できない。機能回復リハビリテーションは心筋梗塞、脳卒中、パーキンソン病などと同様に不可欠となる。このリハビリの考え方やその復帰プロセスについて最新のデータを提供する。またリハビリに鍼灸治療を介入させることでドラスチックな改善が望める可能性も想定できそうである。

（４）近年の救急医療体制は、救急車からドクターヘリの空へと広がった。救命救急専門士が育成されたことにより救命医療チームは顕著に充実し５年前と比較し出動頻度は10倍に増加したらしい。高齢者の救助が急激に伸びるにつれ、認知症患者への対応はおおきな問題となっている。

（５）医療器材の発達で呼吸と心臓の管理はかなり容易になった。新たな問題は、植物人間になってもそのまま生かすか、救命処置を中断するか、が大問題である。生命を断つ決断を迫られるからである。本人のリビングウイルが問題となる。

（６）認知症対応型の認知症 Gold-QPD（ゴールド・キューピッド）育成講座は、Acupuncture（鍼灸施術）が患者の周辺症状を顕著に緩和させる手段の一つであることを明確に示した。Gold-QPD 研修生が認知症患者に鍼施術をする時、施設側と施術者と患者さんと家族の間で対応上のコンセンサスが必要になる。

以上この教材は、多職種の連携を視野に組み立てられているので、鍼灸師に限らずホームドクター、綜合内科医、研修医や医学生そして一般の方にも興味深いと思われる。

第２節　認知症：老年症候群と東洋医学

Ⅰ．加齢は密かに忍び寄る

痛みが無く、肥満による運動障害もそれほど気にならないため、メタボリックシンドロームは病気として意識されない。青壮年期は、生活習慣病をしりながらも、つい自己規制は緩くなり運動不足を伴いがちである。内臓諸器官や骨格筋は正直で、生活様式の影響が加齢とともに積み重なりロコモティブシンドロームに進展する。未病体質はサイレントキラーとよばれる糖尿病や高血圧体質に変貌してゆき、そのつけは致命傷となる心疾患や腎疾患を誘発する。突然胸部や頭部の疼痛発作におどろいて病院に行ってはじめて心筋梗塞や脳梗塞などに気づかされ、その結果、病気と生活の不安からうつ症状により余生の楽しさを制限させられることになる。

高齢者の身体は、年毎に速やかに生理的老化現象を示す。目はかすみ、耳は遠くなり、歯は傷み、皮膚はたるみ、抜け毛や白髪に、さらに腰痛、関節痛、肩こりと老化現象が明らかとなる。人生の黄昏を自覚するのはこの瞬間である。多くの場合、毎朝習慣としている新聞を読みながら、文字がかすむようになり、目の周りをこすってやっと視界を取り戻すことになる。ボヤ～とした視力の回復はやがて難しくなり、気が付けば老人性白内障の始まりである。3 度の習慣である食事のとき、虫歯が使用に絶えず歯医者に通う羽目になる。資金に余裕があればインプラントで見かけも機能も若返ることができる。しかし時間が無く十分な治療が出来ないことで、差し歯に代わりやがて総義歯になり典型的老化は間違いない。「もの忘れ」、「転倒」、「せん妄」,「尿失禁」、「めまい」、「老年期うつ」など表にある症状は老年症候群；geriatric syndrome）という。厚労省調査の調査によると、高齢者の訴え（表 1）と通院する大きな理由（表 2）はまさに老年症候群そのものである(1~4)。

表１　高齢者の主訴の頻度順

1	腰痛
2	手足の関節痛
3	肩こり
3	目のかすみ
4	難聴
5	もの忘れ
6	頻尿
7	便秘
8	せきやたん
8	手足の動きが悪い
9	手足のしびれ
10	ものを見づらい
11	耳鳴り
12	かゆみ（湿疹・水虫など）
13	鼻がつまる・鼻汁が出る

（平成 22 年厚労省の白書第 9 表より要約）

表２　高齢通院者の疾患理由　（複数回答）

順位	男	女
1	高血圧症	高血圧症
2	糖尿病	眼の病気
3	眼の病気	脂質異常症
4	前立腺肥大症	腰痛症
5	脂質異常症	骨粗しょう症
6	歯の病気	関節症
7	狭心症・心筋梗塞	歯の病気
8	その他の循環器系の病気	糖尿病
9	手足のしびれ	肩こり症
10	胃・十二指腸の病気	狭心症・心筋梗塞
11	関節症	その他の循環器系の病気
12	肩こり症	胃・十二指腸の病気

（平成 22 年厚労省白書表 11 より要約）

もの忘れや認知症を持つ患者は、常にこれらの老年症候群の複数の症状を持っており認知症と老年症候群は密接不可分の関係にある。これらの症候群の治療は、奈良時代以来日

本人は鍼灸と漢方に依存してきた。

Ⅱ．老年症候群の治療は東洋医学

東洋医学の五臓（肝、心、脾、腎、肺）にはもともと脳という臓器を含まない。精神的心理的そして知的な活動能力は肝と心の働きが大きく反映するといわれる。

1）五臓の医学的意義

ここでいう臓器名（肝、心、脾、腎、肺）は東洋医学としての名称である。この代名詞は、解体新書にある蘭学（西洋医学）の Leber, Niere, Herz, Milz, Lunge などそれぞれの和訳（肝臓、腎臓、心臓、脾臓、肺臓）として転用された。そのため、名称は同じでも現代医学の示唆する臓器機能とは大きくかけ離れ、独自の意義を内包している。西洋医学に慣れ親しむ一般の人は、東洋医学的五臓の解釈に戸惑い、陰陽五行論の根本思想の入口で立ち止まってしまう。そして半ば軽蔑のまなざしを残して西洋医学へ退却してしまうことが多い。

日本の医学は僧侶によって仏教とともに伝えられ､その影響は今日に至っている（5)。当時の僧侶は最高のインテリ（鑑真）であり医師の才能と技術を持ち合わせることが多かったらしい。中国最古の医学書籍である黄帝内経や神農本草経は「経」とはいうものの、般若心経のようないわゆる「お経」ではなく教本を示す。

黄帝内経は紀元前約 2 世紀にまとめられ、鍼灸、経絡、経穴の概念はこの時代までに確立された。ほぼ期を同じくして出来た神農本草経は生薬 365 種類を紹介し、傷寒論とともにそれぞれ中医薬学療法の原典を成す。

2）老化の東洋医学と老年症候群

東洋医学でいう老化とは､「腎の宿す先天と後天の（精）気を失ってゆく過程」である。先天の気とは、両親から受け継いだ生命力の備蓄預金ともいえる。一方、胃と脾を経て消化吸収された「水穀の精微」は、後天の気として自身の腎に蓄えられる。この腎が衰退「虚」することで目、耳、鼻、口、皮膚、骨などに生理的老化が起きる。わけても認知能に関与する心と肝に基づく気持ち、記憶、感情などは、腎の影響を受けた結果であり認知症の発現は老年症候群から派生する究極的な一病像とも解釈できる。

一般に老年症候群の症状に対し、日本では従来、漢方、鍼灸、按摩マッサージが唯一の治療法として重要な役割を果たしてきた。東洋医学の治療は､症状を中心にした「証」を把握することから始まり、その証に基づき弁証論治というプロセスを経て適切な処方と手技を採用する。診断名が決まらなければ治療法が決まらない西洋医学と大きく異なる。東洋医学では本来診断名は不要であり、そのことを簡潔に云えば､「東洋医学に難病は存在しない」といえる。証に基づく治療を行うことで、患者の苦痛を緩和しついには治癒することもある。西洋医学はステロイド療法が最後の拠り所であるがその治療効果には不明な点が多い。

第３節　認知症：文科省助成金による街ぐるみ支援から東洋医学に遭遇

Ⅰ．文科省助成金「街ぐるみ認知症支援ネットワーク」

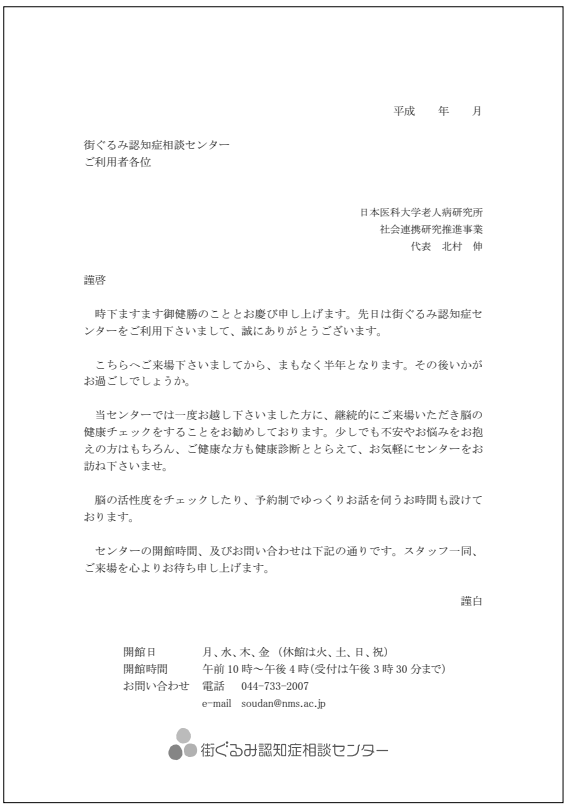
日本医科大学附置老人病研究所は、文科省戦略的基盤研究・社会連携研究事業に申請した課題「街ぐるみ認知症支援ネットワーク」が採択された（2007 年～ 2012 年）。そこで日本医科大学と社団法人老人病研究会（当時）さらに川崎市との共同事業として武蔵小杉地域（町内会と中原区老人クラブ連合会など）を中心とし支援事業が本格化した。

１）認知症相談センターの設立と飛躍の足掛かり

2007 年 12 月に武蔵小杉キャンパス南館に認知症相談センター（図１）が設立され日本医科大学理事長や川崎市市長をはじめ多くの関係者にご参列いただき開設式を行った。初代代表は当時の老人病研究所の川並所長、現在は第２代の北村伸神経内科特任教授が務めている（センター長；野村俊明心理学教授）。日常の相談者とその家族への応対（表１、２）は、非常勤を含め事務員３名、臨床心理士３名、相談サポーター４名で行っている。医師は原則として常駐せずコンサルタントとしての役割を果たしてきた（図２，３）。

図１　街ぐるみ認知症相談センター

相談の流れは（表２）の通りで、最初に簡単な問診を行いタッチパネル形式の簡易認知検査を受けてもらう。健常者は１５点満点であり１３点未満の人には臨床心理士のカウンセリングを受けてもらう。その結果は、必要に応じ本人ないし、付添の家族、介護士に説明し主治医との連携ネットワークを構築する。相談者の居住地近くの専門医や地域包括センターを紹介することも稀ではない。相談者とは、その後も定期的な連絡を維持し半年ごとに再チェックのため来訪していただく。現在までに 6000 人近くの訪問者があり、経過観察を含む全てのデータが保存されている点は特筆に値する（表３）。



平成　　年　　月

街ぐるみ認知症相談センター
ご利用者各位

日本医科大学老人病研究所
社会連携研究推進事業
代表　北村　伸

謹啓

時下ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。先日は街ぐるみ認知症センターをご利用下さいまして、誠にありがとうございます。

こちらへご来場下さいましてから、まもなく半年となります。その後いかがお過ごしでしょうか。

当センターでは一度お越し下さいました方に、継続的にご来場いただき脳の健康チェックをすることをお勧めしております。少しでも不安やお悩みをお抱えの方はもちろん、ご健康な方も健康診断ととらえて、お気軽にセンターをお訪ね下さいませ。

脳の活性度をチェックしたり、予約制でゆっくりお話を伺うお時間も設けております。

センターの開館時間、及びお問い合わせは下記の通りです。スタッフ一同、ご来場を心よりお待ち申し上げます。

謹白

開館日　　月、水、木、金（休館は火、土、日、祝）
開館時間　　午前 10 時～午後 4 時(受付は午後 3 時 30 分まで)
お問い合わせ　電話　044-733-2007
e-mail　soudan@nms.ac.jp

街ぐるみ認知症相談センター

表１　相談センター代表挨拶文

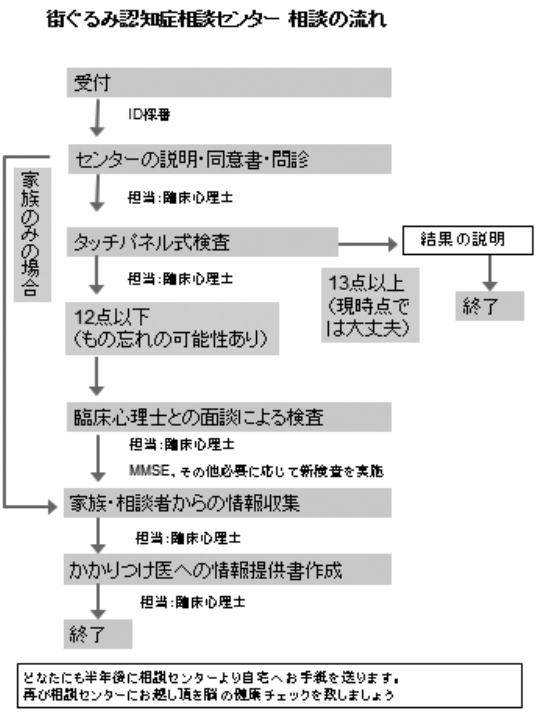


表２　相談プロセス

開設以来、相談センターは全国各地から見学団体の訪問を受け入れてきた。外国はインド、スウエーデン、東南アジアなどからの訪問もある。センターはさらに、認知症専門家や地域包括支援センターとの定期会議を主催し、臨床心理士は全国各地から講演依頼をうけ対応している。2010 年には文科省助成金モデル事業の中間報告として NHK エンタープライズにより DVD（認知症街ぐるみ支援ネットワーク）が作成された。

図２、３　相談センターの案内パンフレット（日本語版と英語版）

図２

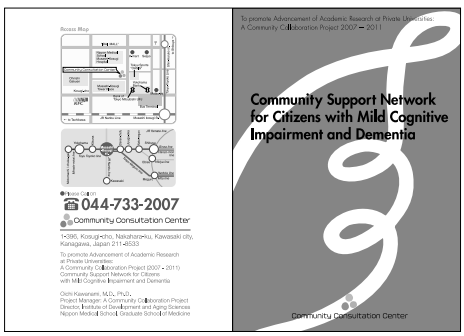


図３

2013 年より同相談センターは、文科省から武蔵小杉病院の管轄下に移管され、現在は大学と病院が運営している。なお同時期に、武蔵小杉病院は川崎市と厚労省により認知症疾患医療センターとして認定され現在も相談業務を継続中である。最新の活動報告は以下の通りである。

２）認知症相談センターの実績

表３　街ぐるみ認知症相談センターの活動報告

	10 月 （9/30 ～ 10/27）	9 月 （8/25 ～ 9/29）	8 月 （7/29 ～ 8/24）	累計
稼働日数	19 日	23 日	19 日	1,636 日
延べ来所者	108 名（平均 5.7）	109 名（平均 4.7）	62 名（平均 3.3）	5,787 名 （平均 3.5 名）
ID 取得者	69 名（0・2）	58 名（0・5）	33 名(0・1）	3,261 名 （52・104）
再来者	39 名（1・1）	53 名（0・2）	29 名(0・4）	2,457 名 （86・80）
カウンセリング	0 名	1 名	0 名	71 名
付き添い者	31 名	22 名	21	1,527 名 （H20.5 ～）
情報提供	26 件	33 件	28	1,828 件
返信数	12 件	15 件	25	1,063 件
電話相談	15 件	18 件	19	1,663 件
来所者住所	中原区 19 名 他川崎市 22 名 横浜市 12 名 その他 16 名	中原区 25 名 他川崎市 17 名 横浜市 13 名 その他 3 名	中原区 11 名 他川崎市 11 名 横浜市 8 名 その他 3 名	中原区 1,368 名 他川崎市 1,098 名 横浜市 386 名 その他 409 名

相談者への対応実績月間報告（2014 年 11 月現在）

Ⅱ．文科省助成金による認知症国際フォーラム開催とその影響

１）第 1 回認知症国際フォーラム（東京国際フォーラム）

課題：街ぐるみ認知症ケア

日時：2008 年 12 月 21 日

会場：東京国際フォーラム（有楽町）

共催：日本医科大学、川崎市、（社）老人病研究会

ゲスト：スウエーデン（認知症シルビア・ホーム代表)、
ベルギー（ヘール OPZ 精神病院医療センター)、
九州、川崎の代表によるパネルディスカッション

第 1 回認知症国際フォーラム（東京国際フォーラムにて）

図 4　（開会式で日本医科大学理事長赫彰郎先生のご挨拶。参加者合計 1400 名）

図 5　第 1 回認知症国際フォーラムのプログラム

〜〜〜

第 1 回認知症国際フォーラムのパネルディスカッション

課題【街ぐるみ認知症ケアについて】

司会

　本間　昭（東京都老人総合研究所、認知症ケア学会理事長）

　宮川　泰夫（フリーアナウンサー）

　認知症の最新医療に期待が高まるなか、私たちを取り巻く環境をみると、十分といえるものは未だないというのが現状です。65 歳以上の 13 人に 1 人、205 万人の人が認知症と言われ、その数は毎年 10 万人のペースで増加。2035 年には 445 万人にまで達するという試算も出されています。社会保障の整備が遅れ根治薬がないなかで、認知症と診断された人々をどのように支えていくか。認知症の人と家族が、これまでどおり住み慣れた街で自分らしく暮らしていくために、医療・介護などの専門職、行政、ボランティア、地域の人々が一体となって、街ぐるみで認知症ケアに取り組むことが急務となっています。午後の部では、街ぐるみケアに取り組む内外の先駆者がその活動を報告し課題を整理し、今後の展望についてディスカッションしていきます。

演題 1 ：ひとりで悩まない！市民のための街ぐるみ認知症相談センター（川崎市）

　　　北村　伸（日本医科大学武蔵小杉病院内科）

　日本医科大学老人病研究所は 2007 年 12 月に「街ぐるみ認知症相談センター」を開設し、認知症の早期発見の取り組みとしてタッチパネルや脳波の測定を無料で実施。これまでの訪問者 450 人の 3 割近くの方にもの忘れが疑われました。常駐の臨床心理士が検査を進め、診断や治療のためにかかりつけ医や専門医に連携する体制を築いています。さらにセンターでは、患者や家族の方が悩みを抱え込んでしまわないよう、地域包括支援センター、ボランティアグループ「川崎市認知症ネットワーク」、老人会などと連携し、認知症でも安心して暮らせる街づくりに取り組んでいます。

演題 2 ：となり近所で支え合う！人に優しいまちづくり　劇団 SOS 公演（川崎市）

　　　柿沼　矩子（川崎市認知症ネットワーク）

　個々のユニークな活動は「川崎市認知症ネットワーク」として横断的に連携を図っていますが、そのなかで認知症の啓発活動として取り組んでいるのが「劇団 SOS」です。「劇団 SOS」は、介護教室や地域のイベントに“出前形式"で出向き、認知症の人や家族を地域で支える重要さ、ひとりで抱え込まず周囲に支援を求める大切さを、素人役者のユーモアある寸劇で伝えてきました。市民一人ひとりのさりげない支援が自然に生まれる街を創ることが、最大の認知症ケアであると考えています。

演題３：認知症になってもだいじょうぶ！徘徊模擬訓練と絵本教室（福岡県大牟田市）

大谷るみ子　（大牟田市認知症ケア研究会代表）

福岡県大牟田市は高齢化率 28% を超え、10 年後の日本の未来と言われています。認知症ケアを街ぐるみで進める必要性から、平成 13 年に 5 つの提言―①向こう三軒両隣の身近なネットワークの構築②公民館や民生委員、地域資源の活用③認知症を恥じず、隠さず、見守る意識を高める④行政と地域の連携、認知症支援の推進者の育成⑤子どもの時から学ぶ、触れる機会を作る―が生まれ、市民が集う「日曜茶話会」、小中学校への「出前絵本教室」、街ぐるみの「徘徊模擬訓練」などユニークな活動を展開してきました。認知症になっても誰もがいつまでも、自分らしく安心して暮らしていける街づくりを続けていきたいと思います。

演題４：高齢者医療を社会全体で支える（スウェーデン）

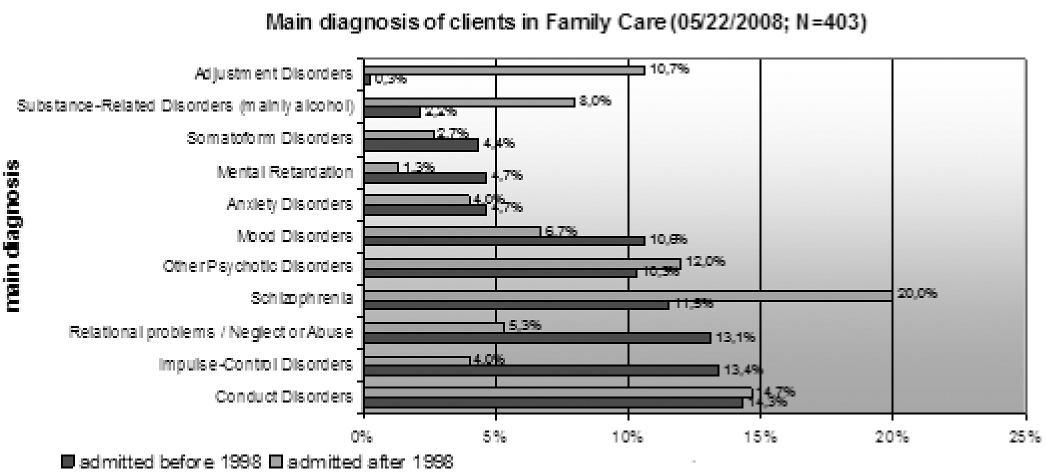
Wilhelmina Hoffman（シルビアホーム所長）

スウェーデンでは開業医の診療や入院治療など、ほとんどの医療や社会事業を国が負担しています。高税率ですが、社会全体で高齢者を支えるべきだという考え方が浸透しています。スウェーデンでは約 15 万人が認知症を患っており年々増加傾向にありますが、認知症ケアのシステムは過渡期にあり、開業医の経験不足、限定された家族支援など各国と同じ問題に直面しています。こうしたなか今年２月に国立認知症支援センターが設立され､認知症ケアの方法を地域に広める取り組みが始まりました。センターでは、バリデーションや回想法など、先進的なケアを実践してきたシルビアホームの緩和ケア

演題５：家族的な共同生活で支えるフォスターケアプログラム（ベルギー）

Lieve Van de Walle（ヘール OPZ 精神病院リハビリテーション主任）

ベルギーの人口は約 1,100 万人、東京とほぼ同じ規模の国です。ブリュッセル近隣にある都市ヘール（Geel）は、WHO の報告書が「最も伝統あるコミュニティ型精神衛生プログラムが実施される」町と紹介しているように、古くから精神を患った人や高齢者への手厚いコミュニティケアを実践してきました。その中心となっているのが国立精神病院ヘール OPZ が展開する「フォスターケア・プログラム」です。これは、受け入れ家族（フォスターペアレント）の家に患者が入居し家族の一員として生活するもので、医療や介護の専門家が支援をします。患者一人ひとりの尊厳を守りながら、自分らしい暮らしを実現する取り組みが続けられています。



〜〜

２）第２回認知症国際フォーラム（エポック中原、川崎市）

課題：認知症　- 漢方と鍼灸による予防と治療 -

日時：平成 21 年 10 月 31 日　13：00 ～ 17：00

会場：川崎市中原区　エポック中原

共催：日本医科大学、川崎市、（社）老人病研究会　（図６，７）

パネリスト

天津中医薬大学第一附属医院　院長　韓景献

北京中医薬大学東方医院　　　院長　張允嶺

あきば伝統医学クリニック院長　秋葉哲生

筑波大学大学院人間総合科学研究科精神病態医学准教授　水上勝義

後藤学園ライフエンス総研中医学研究部部長　兵頭明

図６　プログラム

図７　ご挨拶

このフォーラムに先立ち、主催者は国際的な医学文献検索サイト Pubmed により、認知症治療をリードする活発な世界的研究グループの研究報告を検討した。その結果、老年痴呆中国伝統医学（中医学）の専門家である天津中医薬大学第一附属医院院長・韓景献教授（鍼灸学）と北京中医薬大学東方医院院長・張允嶺教授（中医薬学；漢方）が最適のゲストであることを確認した。さらに日本で活躍中の３名に講演とパネルディスカッションをお願いした。

特別講演：認知症の鍼治療研究について

天津中医薬大学第１附属医院　院長　韓景献

現在、全世界では 2430 万人の老年性認知症（ＡＤ）の患者がおり、平均７秒ごとに１人の老年性認知症（ＡＤ）の患者が発症している。中国では 65 歳以上の高齢者中、ＭＣＩ（軽度認知障害）は 30％を占めている。本病の発病メカニズムの解明、老化および老年性認知症の予防と治療の方法の開発は、医学会の重要な課題とされている。

韓景献教授が創立した「益気調血、扶本培元」鍼法には、「三焦の気を動かし、三焦の血を整え、後天の本を助け、先天の元を培う」という効果がある。

435 名の血管性認知症と老年期認知症患者に対する臨床試験研究を通じて、本治療の血管性認知症（VaD）に対する短期効果と長期効果が、ヒデルギン効果と比較し著しく優れていることが実証された。とくに記憶力、見当識力、計算力を著しく改善することができ、見当識の改善に対し特に顕著な効果が認められた。アルツハイマー型認知症（AD）患者に対して本治療法は記憶力、見当識力の面で著しい改善がみられ、患者の日常生活能力の面においては、24 週後の治療効果は、コントロール群（アリセプト服用群）と比べ有意であった。老化促進モデルマウス（ＳＡＭ）の刺鍼結果は、ＳＡＭマウスの

寿命を平均 11％、最大 24％延長させた。また空間認識の獲得、再学習能力、思惟能力、分析判断能力に改善が認められた。神経病理学的にはＳＡＭマウスの海馬神経原の脱落と神経膠細胞（グリア細胞）の異常増殖を減少させ、両者のバランスを維持させ、神経細胞新生を促すことが明らかになった。

＊＊　日本語訳と解説（兵頭明）

伝統医学的概念は「益気調血、扶本培元」とは「三焦の気を動かし、三焦の血を整え、後天の本を助け、先天の元を培う」と解釈される。三焦とは、東洋医学は身体を三部分に分け、頭部から横隔膜までを「上焦じょうしょう」、横隔膜から臍の高さまでを（すなわち、消化管を指す）「中焦ちゅうしょう」、臍以下つま先までを下焦（げしょう）と呼ぶ、三焦とはすなわち上焦、中焦、下焦、すべてを指しており、全身という意味である。

「気」、「血」は全身を構成する全要素・全機能を総括する言葉である。日本では、「気血水」と呼ぶが、中国では「気血津液」である。ともに身体を循行し、身体に生命あらしめている根本である。

特別講演：軽度認知障害の判別、スクリーニング及び中医による総合的研究

北京中医薬大学付属東方医院：　張允嶺

老年性認知症は高齢者の健康を損なう疾患である。認知症発生する前、軽度認知障害という段階が存在し、その段階で適切な予防、治療をすることによって認知症の発生を遅らせることが可能である。但し、この軽度認知障害の患者さんは殆ど一般住居の中で生活し、潜在的には隠れていると考えると、家庭内での発現が困難である。

2000 年以来、北京中医薬大学付属東方医院は患者と密接に接している介護者に基づいて、認知症自己判別システム（AB 法）を独自に開発した。反復検証によって、この AB 法のデータは軽度認知障害の自己判定に適用性と実用性があることが明らかになった。この自己判定システムは簡便で、把握しやすい特徴があることから認知症の啓蒙活動、早期発見に対して有効なツールと考えられる。政府－社区－プライマリー医院によって構築している医療サービスサポートシステムの中、15 万人の地域住民をカバーする東方医院は、所在の方荘地域内に 15 の医療拠点を設置した。これらの医療拠点は定期的に健康教育講座を開催し、認知障害自己判定システムの使用方法を指導し軽度認知障害に対する承知率、就診率の上昇に貢献したことで 1 級目標群を獲得した。2006 年の NINDS-CSN 基準に基ついたスクリーニングシステムで血管性の軽度認知障害の患者を 2 級目標群と設定し、認知障害の中核症状と生活に密接に関わる周辺症状について観察した。また、脳白質疎松による軽度認知障害患者を３級目標群として設定しカプセルをメインに、兪穴経絡按摩法等の中医法を加え中医薬による総合予防法を展開した。その結果、中医薬による総合的な予防関与方法は認知能力と周辺症状の改善、QOL の上昇に有効であり、また副作用が少なく、安全性が高いという利点を確認した。

日本側の演者抄録

演題１：日本漢方の概観　演者：秋葉哲生

あきば伝統医学クリニック院長・慶応義塾大学客員教授

わが国への外来医学の伝来については、五世紀の初めに朝鮮半島にあった新羅（しらぎ）から金武という医師が招かれ、天皇の病気を治したという記録があります。

その後奈良朝以降は大陸の中国医学が伝えられるようになりました。当時の日本では固有の和方と、中国由来の漢方とが行われていたと想像されます。これは現代でも和漢薬、あるいは和漢医学という言葉に残っています。

わが国の医学の一端を示す逸話、森谷尅久著『京医師の歴史』（講談社刊）によると、「現在の京都市南部に竹田千継（ちつぐ）という若い医学生がおり、中国の医学書を読み枸杞（くこ）が長寿の薬で老化を防止する作用があることを知ったのです。彼は枸杞を栽培してあまさず服用しました。沐浴にもその水を用いるというほど徹底して枸杞を利用しました。その結果、七十歳になっても体がだるいことはなく、顔色は少年のようでした。

そんなときに時の天皇が急に衰弱されたのです。御側にいた医師たちの薬も効き目がなく千継の報告書を天皇に知らせしました。天皇はさっそく千継をお召しになり聞きました。「なんじは何年の生まれか？」、「天平宝字九年の生まれで、今年九十七歳になります」。

千継の髪は黒く皮膚はつやがあり、耳や目も達者で虫歯もありませんでした。さっそく天皇は薬園に枸杞の栽培を命じ千継をその責任者に任じました。竹田千継は百一歳の長寿を全うしてこの世を去りました。」

この逸話から読み取れることは、中国医学が平安朝の昔からわが国で実践され人々に役立ってきたということです。　江戸時代になると、日本の風土にふさわしい形式に改良しようとする運動が起こり日本漢方医学が成立しました。それは明治に制定された医学制度に基づき欠点を克服することで二十一世紀の現代にまで脈々と受け継がれているのです。

演題２：認知症診療における漢方治療　演者：水上勝義

筑波大学大学院人間総合科学研究科精神病態医学准教授

認知症の症状は、中核症状と周辺症状に分けられます。中核症状とは、記憶、見当識、判断、実行機能、言語の障害など、脳機能の低下によって直接もたらされる症状のことで、すべての認知症高齢者にみられます。一方、周辺症状には、実際には無いものが見えたり聞こえたりする幻覚、「お金を盗られた」などと主張する妄想、抑うつ、不安、興奮などの感情面の変化といった精神症状や、暴言や暴力などの攻撃的言動、徘徊などの行動面の症状があり、患者さんの心理状態や環境面の影響をうけながら発展します。とりわけ周辺症状は、介護者の心理的、身体的負担を増し、家庭介護を困難にさせるため、

周辺症状を緩和することはとても大切です。周辺症状の対応にはお薬による治療も行われます。これまではおもに抗精神病薬とよばれるお薬が用いられますが、副作用が問題となることが少なくありませんでした。

このため抗精神病薬に代わる治療として漢方薬が注目されます。とくに抑肝散は、アルツハイマー病、脳血管性認知症、レビー小体型認知症の患者さんの易怒性、興奮、攻撃性、あるいは幻覚症状をはじめとする周辺症状に有効です。また身体機能への影響が少なく、抗コリン作用による副作用が認められないと報告されています。われわれも関東地区２０の医療施設の共同研究として、抑肝散は認知症高齢者の日常生活動作や認知機能へ影響することなく周辺症状に対して有効であることを示しました。また抑肝散以外にも、これまで釣藤散、黄連解毒湯、抑肝散加陳皮半夏をはじめいくつかの漢方薬の効果が報告されています。ただし漢方治療にも効果が得られない方や副作用がでる方がいらっしゃいます。認知症の周辺症状に対して、比較的安全で効果的な治療選択肢がふえたことは、高齢化が進む現代社会にとって福音です。

演題３：鍼灸によるお年寄りの Quality of Life (QOL)　演者：兵頭明

後藤学園ライフエンス総研中医学研究部部長　天津中医薬大学客員教授

１人１人が持つ力を大切に発揮させるという考え方は、中国では 2000 年以上にもわたって日本でも 1500 年にわたって継承されてきました。これが東洋医学の真髄の１つです。現在は自然治癒力、抵抗力、ホメオスタシス、免疫力などと表現されています。人にやさしい全人的アプローチが東洋医学なのです。

そもそも私達にはどのような力が秘められているか。生まれてから成長し、青年期、壮年期を経て、一定の年齢になると老化現象が始まってきます。この成長、発育、老化を決定しているのは何なのか大きなテーマです。東洋医学ではこのテーマをどのようにとらえ､そしてどのように実践しているのかを一緒に探ってみましょう｡この観点にたって今日のテーマである「鍼灸によるお年寄りのＱＯＬ」について、一緒に考えていきたいと思います。年をとってくると、脳、耳、腰、膝、骨、歯、髪といったキーワードと関係する諸症状は、連動して起こってくると東洋医学は考えます。症状を複数もっているとＡＤＬ（日常生活動作）やＱＯＬ（生活の質）にも影響が出てきます。多くの症状を個々に解決するのではなく、トータルに全人的な医療を提供するのが東洋医学です。日本では 2025 年を目標に、「70 歳現役社会で高齢者の健康・働き甲斐・満足度・ＱＯＬを大幅向上、老若男女一人ひとりが志を持ち心身ともに元気」といった考え方が示されています。これらの実現には、やはり全人的な医療が必要とされます。認知症の問題についても認知機能の問題だけを見るのではなく、全人的な視点をもった取り組みが日本で行われはじめています。東西医学の連携をベースにして、認知症に対する医療ネットワーク、街ぐるみ支援ネットワークの中で日本の漢方、鍼灸は役割を果たせます。

天津中医薬大学の韓景献教授の講演は、動物実験と基礎医学領域で十分に検討研究され、しかも臨床医学的に 423 名の患者への施術効果を明らかにしている（英文論文)。計 9 本の刺鍼（益気調血・扶本培元）が中枢神経系へ十分な刺激を送り、患者の脳が活性化され記憶力を取り戻すこと、さらに動物で平均寿命を 20％まで伸ばすことが出来た事実を報告した。この鍼灸治療は健康長寿を基盤とした認知症の予防と治療に役立つことを意味する。このときのパネルディスカッションは同年 11 月 29 日に NHK 教育テレビ「認知症に東洋医学が挑む」で全国放映された。

第 4 節　認知症に特化した鍼灸師育成講座事業の推進

韓景献教授は、彼の理論「三焦気化失常 - 老化相関論」に基づく施術経穴を単純化し、健康長寿と認知症の予防・治療の鍼施術「益気調血，扶本培元」鍼法を開発した。彼の理論は「気と血を調整し，高齢者の後天の精気を生みだし元気を培う」ことである。

つまり、三焦気化（上焦、中焦、下焦の五臓を調節して生きるエネルギーを産生する）により、老化を遅延し老年認知症を予防治療することを意味する。

Ⅰ．鍼灸師育成講座として認知症 Gold-QPD 育成講座を開講

当時の社団法人老人病研究会は理事会の総意を得て、韓景献教授を法人顧問として迎え彼の「益気調血・扶本培元」を認知症予防と治療のため採用することに決定した。日本留学経験があり日本贔屓の韓景献教授の快諾を得て、後藤学園中医学研究所兵頭明所長と（株）舞浜倶楽部の廉隅紀明顧問・グスタフストランデル現社長が社団のメンバーとして加わり、「認知症 Gold-QPD 育成講座」を立ち上げた。最初は兵頭所長の推薦で高齢者鍼灸施術に慣れた鍼灸専門学校教員鍼灸師を中心に受講者を選定した。実践に際し、「認知症を知らなければ周辺症状に上手く対応できない」ことから西洋医学と介護福祉を学び（ブロンズコース)、認知症患者の接遇法を学び、施術手技を標準化する勉強（シルバーコース）を義務付けた。その後実際の認知症患者や高齢者に施術した結果を報告（ゴールドコース）する 3 部門を完了し、試験をクリアした鍼灸師をゴールド・キューピッド鍼灸師として認定する制度を策定した。

コラム：
益気調血・扶本培元法の開発者：韓景献教授の編集教科書と論文（抜粋）
【三焦気化失常―衰老相関説】中医雑誌 2008 年；49（3）200-2　韓景献論文,
【神経系統疾患鍼灸医師　診療要略】中国鍼灸学会脳神経科学専門委員会推薦
　　韓景献編集；人民衛生出版社　2008 年 3 月発刊
【中西医結合認知症診療備要】
　　韓景献編集；天津科学翻訳出版社　2013 年 5 月発刊

韓景献指導論文（Han Jingxian）

1. Neurosci Lett. 2013 10;542:59-64.: Aging-related changes of triose phosphate isomerase in hippocampus of senescence accelerated mouse and the intervention of acupuncture. Zhao L. et al.

要旨:SAMP8(老化促進マウス)は早期に記憶障害が発生するのでADのモデルとされる。SAMR1（老化非促進マウス）と比較し三焦鍼法実施群SAMP8は記憶力を向上させ、解糖系代謝酵素triose phosphate isomerase（TPI）活性をとくに海馬領域で上昇させた。三焦鍼法でTPI活性の向上により認知能の改善を示した。

2. Neurol Sci. 2013 ;34(6):963-9.：Hippocampal neuron loss is correlated with cognitive deficits in SAMP8 mice. Li G(1), et al.

要旨：ADと同じような神経細胞の消失がSAMP8で発生しその消失がマウスの認知障害と相関している。8ヶ月齢のSAMP8と健常なSAMR1マウスを用い老化像とモリス水迷路試験スコア、海馬における神経細胞数を測定した。SAMR1と比較しSAMP8における神経細胞数はおよそ20.2%減少し認知障害と関連していた。

3. Acupunct Med. 2012 ;30(4):339-45.：Acupuncture improves cognitive deficits and increases neuron density of the hippocampus in middle-aged SAMP8 mice. Li G(1),et al.

要旨:7.5ヶ月齢のSAMP8と年齢をマッチさせた非老化近交系SAMR1を鍼治療群(PA)、SAMP8鍼経穴対照群（Pn)、SAMP8対照群（Pcの）とSAMR1対照群（Rc）に分類し、モリス水迷路試験および神経細胞密度を検索した。SAMP8は、三焦鍼法で記憶障害を抑制した。また海馬領域の神経細胞は通常でも18～28%の減少を示すが、鍼治療で神経細胞の数は有意に増加した。よって鍼治療は海馬の神経細胞の減少を抑えてADの認知能低下に対する治療の手段として役立つ。

4. Neurochem Res. 2011;36(5):693-700.: Effects of acupuncture on glycometabolic enzymes in multi-infarct dementia rats.　Zhao L, et al.

要旨：脳神経細胞は、グルコースがほぼ唯一のエネルギー供給源である。認知症では初期にグルコース代謝障害があるとみなせる。多発性脳梗塞後の認知症ラット（MID）に対し鍼治療を試みた結果、認知障害は改善し、ヘキソキナーゼ、ピルビン酸キナーゼ、グルコース6リン酸デヒドロゲナーゼ活性などの糖代謝機能を促進した。鍼治療は糖代謝系を活性化することで抗認知症効果があり得る。

5. J Alzheimers Dis. 2011;23(4):641-54.：Strain- and age-related alteration of proteins in the brain of SAMP8 and SAMR1 mice. Zhu L(1) et al.

要旨：SAMP8とSAMR1マウスの脳に、月齢に応じてタンパク質の発現は変化した。

6. Gerontology. 2009;55(3):322-32. : Changes in histomorphometric and mechanical properties of femurs induced by acupuncture at the Shenshu point in the SAMP6 mouse model of senile osteoporosis. Zhang X, et al.
要旨：骨粗しょう症のモデルＳＡＭＰマウスの腎俞穴に刺鍼することで脛骨の形態的機能的特性を変化させることが出来た。

7. 中医雑誌　2008;49(3):200-202.: 三焦気化失常――老化相関論。韓景献
（この論文は 2012 年度中国科学技術省の Frontrunner 5000 論文に入選した）。
要約:「気と血を調整し, 高齢者の後天の精気を生みだし元気を培う」ことである。つまり、三焦気化（上焦、中焦、下焦の五臓を調節して生きるエネルギーを産生すること）を介し、老化を遅延し老年病を予防治療することを意味する。養生学と治療学の角度から三焦気化の理論を重視することで老化を防止する。この理論は中医学的な老化メカニズムの基本である。

8. Neurosci Lett. 2008 20;432(2):111-6.: Acupuncture improves cognitive deficits and regulates the brain cell proliferation of SAMP8 mice. Cheng H, et al.
要旨：老化促進マウス SAMP8 と月齢の同じ同系正常マウス SAMR1 に三焦鍼法を実施した。モリス水迷路試験で記憶力の改善をみとめ、さらに治療群では認知能の領域に細胞が増殖することを証明した。これは鍼治療が認知障害の治療とそのメカニズム解明に重要な役割を果たすことを示唆する。

9. Neurol Res. 2006;28(1):97-103.: Effect of acupuncture treatment on vascular dementia. Yu J, et al.、
要約：血管性認知症（VaD）患者を三焦鍼法治療群と、通常の入院治療のみの群に分けて、MMSE、HDS-R と日常生活の活動 ADL を測定した。刺鍼は毎日 6 週間継続した結果、対照群に対し三焦鍼法群は MMSE、HDS-R、ADL のスコアが有意（$p < 0.001$）に改善した。三焦鍼法は VaD の主要臨床症状の改善に有望な治療法である。

10. Neurosci Lett. 2006 15;399:11-6.: Acupuncture regulates the aging-related changes in gene profile expression of the hippocampus in senescence-accelerated mouse (SAMP10). Ding X(1) et al.
要旨：三焦鍼法は早期老化 SMAP10 マウスの海馬に月齢により発現する遺伝子変化を調整することが出来る。

Ⅱ．認知症 Gold-QPD 育成講座の推進

これまでにこの講座は合計 6 回開催され、鍼灸師の教員養成コース卒業者から高齢者向けの鍼灸や高齢者施設での経験を持つ鍼灸師に限定してきた。現在、後述するように鍼灸施術を応用する医師が世界的に急増している。そのことを鑑み興味を持つホームドクター、往診医、総合内科医、老年内科医などの受講も受け入れるよう体制づくりをしつつある。

Gold-QPD 卒業生からの報告によると、この施術は認知症の周辺症状の緩和治療として十分な効果があること、そして認知症の予防法として応用できること、さらに驚くべきことにうつ病やパニック障害、不安神経症などのメンタル疾患の治療に目覚ましい効果を発揮することが報告されつつある（一般社団法人老人病研究会年報 36 巻、2014 年度版）。

これまでの Gold-QPD 卒業生鍼灸師は現時点で 90 余名、その半数以上は首都圏、関東地方に集結している。残りは沖縄から北海道まで全国各地に点在する。この Gold-QPD 鍼灸師ネットを活用し、認知症予防を心がける市民、認知症にお困りの家族さらには老年症候群の予防と治療にお悩みの方のため、健康長寿・認知症検索サイトを作成中である。

コラム：

Gold-QPD 卒業生による発表論文

論文 1 ：認知症に対する鍼治療の効果―アルツハイマー型認知症に対する 1 症例
中医臨床 33：(4)、2012 / 武田伸一（http://www.chuui.co.jp/chuui/002310.php）（http://www.idononippon.com/magazine/backnumber/）
医道の日本への連載論文（2013 年）

論文２：在宅におけるアルツハイマー型認知症の治療 832（1）/ 矢野司・兵頭明

論文３：在宅におけるアルツハイマー型認知症の治療 833（2）/ 矢野司・兵頭明

論文４：在宅におけるアルツハイマー型認知症の治療 834（3）/ 田嶋健晴・兵頭明

論文５：治療院におけるアルツハイマー型認知症の治療 835（4）/ 筒井智文･渡辺明春･兵頭明

論文６：治療院におけるアルツハイマー型認知症の治療 836（5）/ 渡辺明春・兵頭明

論文７：在宅におけるアルツハイマー型認知症の治療 (6) パーキンソン病で認知症が疑われる患者に対する鍼灸マッサージ治療在宅 / 海老澤武士・兵頭明

論文８：在宅におけるアルツハイマー型認知症の治療（7）高齢者入居施設での認知症に対する鍼灸治療まとめ　/ 武田伸一

Gold-QPD 関連の報告記事

＊The Report of Community Support Network for Cognitive Impairment supported by MEXT Japan, 2009 (Institute of Gerontology, Nippon Medical School)

＊認知症と鍼灸　鍼灸 OSAKA　25（4）、2009/ 川並汪一、兵頭明ほか（紙上対談）（https://www.morinomiya.ac.jp/book/shinkyu-osaka/）

＊認知症を担う鍼灸師の育成 / 認知症 Gold-QPD の試み（インタビュー記事）；中医臨床　32（2）,2011/ 川並汪一雑誌記事
＊少しボケたかな…、エー認知症に鍼だって？：社会保険診療報酬支払基金月刊誌　月刊基金【特別寄稿】2013、11 月号；川並 汪一
＊『ゴールド・キューピッドとは；お年寄りに寄り添う健康長寿請負鍼灸師』；ナラティブ・メディカ（【特別寄稿】創刊号）2013，11 月号：川並汪一、兵頭明
＊認知症は早期発見で早期介入を：認知症シリーズ公開講座；ナラティブ・メディカ「リポート」2014、7 月号：
＊『Gold-QPD の三焦鍼法は超高齢社会のメシア』；ナラティブ・メディカ【特別寄稿】2014、9 月号：川並汪一
＊本人も介護者も笑顔を大切に：第 2 回認知症市民公開講座；ナラティブ・メディカ「リポート」2014、11 月号：

ナラティブ・メディカ（【特別寄稿】創刊号）2013，11 月号

特別寄稿　Special Contribution

ゴールド・キューピッドとは

お年寄りに寄り添うプロフェッショナル健康請負鍼灸師

川並 汪一

兵頭 明

Gold-QPD鍼灸師ができることは、

1）初対面の思いやりあふれる応対で
お年寄りの心を開き身体の不安点などを容易に聞き取ります。
2）独特の三焦鍼法がもの忘れ・イライラ・暴力・徘徊をストップさせ、
3）忘れた家族の顔を思い出し笑顔をとり戻し会話が分かるように導きます。
4）補足の鍼灸で疼痛、尿漏れ、嚥下障害、不眠など多彩な訴えに対処し、
日常の生活動作を向上させ、生きる楽しみを生み出せるよう尽力します。

コラム：　認知症認定鍼灸師（Gold-QPD）資格認定制度について

一般社団法人老人病研究会

（登録商標）

神話のキューピッドは黄金と鉛の矢を持っており、黄金の矢で射られた人は恋に目覚め身も心も燃え上げるという。黄金の矢を鍼に置き換え認知症患者と不定愁訴に悩む高齢者に元気と活力をもたらす鍼灸師すなわち Gold-QPD を育成するのが当制度の目的である。

＊認知症 Gold-QPD 育成講座の認定制度

1）「認知症ブロンズコース」：
西洋医学的､中医学的視点から認知症と老年症候群を深く理解する鍼灸師を育成する。

2）「認知症シルバーコース」：
認知症治療の鍼灸実践トレーニングを行い、鍼灸施術を標準化する臨床実技コース。

3）「認知症ゴールドコース」：
ブロンズコースとシルバーコースを修了、認知症患者を含む高齢者への施術を実施し報告する。

4）Gold-QPD 認定証の授与
最終試験に合格することで認知症専門鍼灸師認定証（Gold-QPD 認定証）を授与する。

＊組織の構築

1）社団法人老人病研究会が主唱し主催する本邦初の認知症専門鍼灸師認定制度である。

2）本制度を実施するために「認知症 Gold-QPD プラン推進委員会」を設ける。

3）教育カリキュラムの作成、試験実施，生涯学習のための「チーム」を設ける。

4）生涯研修の実施を図るため一般社団法人老人病研究会はネットその他の手段を応用する。

＊生涯学習制度（クレジット制）

生涯学習として健康長寿・認知症関連組織を作りメンバーシップ・クレジット制とする。
社団法人が主催する公開講座，シンポジウムなどへの参加でクレジット点数を付与する。
認定証の更新には、クレジット点数を満たしていることを必須条件とする。

＊資格取得の意義

＊当資格は国家認定ではなく、一般社団法人老人病研究会が発行する本邦で初めての統合医療に基づく認知症鍼灸治療認定資格である。

＊高齢社会において現場リーダーとなる“ 1 施設 1 Gold-QPD 鍼灸師 ”の実現を期待する。

〜〜

＊ゴールド研修生　施設訪問時の研修マニュアル

（特別養護老人施設和楽館　今真由美看護師の助言による）

【研修の理念】

(1) 施設内では礼儀を順守し施術に際しては患者さんへの敬意を忘れないこと。

(2) Gold-QPD マニュアル別紙「確認項目」をチェックしリスク管理を確認すること。

【挨拶の心得】

施設は入居者さんの「生活居住空間」、職員さんの「職場」です。

玄関の受付・事務所で自己紹介し、訪問先の部屋へ鍼治療のため入館する由伝える。

【看護ステーション】【介護ステーション】

施設の規則を守り状況を見計らい、該当する入居者さんの「バイタル情報」を聞き取る。「N-ADL」はときに家族ないしキーパーソンからの方が聴取しやすい。

【部屋入室】

入口で同室の方にも挨拶し不安感を抱かせないよう注意する。

指示に従い施術する入居者さんのキーパーソンを必ず同伴する。

特に最初は当人と知り合いになることを重視し刺鍼に納得を得ること。

最初から施術しようとあせらず、納得してもらうため臨機応変に次回の訪問に備える。

【施術】

キーパーソンと入居者さんに笑顔をみせながら準備し MMSE を行う（初回と一月ごと）。

笑顔と対話を欠かさないよう三焦鍼法を実施する。相手により臨機応変に対応する。

【退室】

事故防止の意味でベッドから車椅子への移乗などは原則行わず介護職員に依頼する。「施設用の施術録」に実施内容を記入する。

【介護ステーション】

・施術終了と退室を報告し、連絡事項があればキーパーソンに伝えておくこと。

【看護ステーション】

・新たな症状や「皮下出血」が起こると予想される場合はその由を伝えておく。

【施設事務所】

・施術終了と次回の予定日を告げて研修終了とする。

『緊急時対応』　患者の急変や事故発生時の行動指針

① 施設の職員・看護職員を呼び、状況を説明し指示に従うこと。

② Gold-QPD 本部の連絡先に電話で連絡し状況報告し指示に従う。

⇒　佐藤貞夫事務局長　　０９０－６０１８－０１９９

⇒　川並汪一会長　　０８０－１１１３－５８８０

〜〜

Ⅲ.「益気調血・扶本培元法」から「三焦鍼法」（San Jiao Acupuncture）に改名

国際脳神経病学会（中国泰山市；2013 年 5 月 23 日）に招待され日本における共同研究の成果を発表した。その際、これまでの通称であった「益気調血・扶本培元鍼法」を、「三焦鍼法・San Jiao Acupuncture」として英語論文として発表した。それを契機にこの鍼灸手法の名称が国際的にも正式なロゴ名称として採用されることになった。

図 4　三焦鍼法・San Jiao Acupuncture として登場

国際商標登録のロゴ

第 5 節　西洋医学における Acupuncture (鍼灸医療) の評価と実情

Ⅰ. 鍼治療効果に関する西洋医学的な評価（WHO&NIH の認定）

鍼治療効果の徹底的な解析は主として Cochran Library でなされている。AD（Alzheimer-type Dementia）にしても VaD（Vascular-type Dementia）にしても現代医学的な効果評価法である RCT（Randomized controlled trial）による実績論文がきわめて少ないとされている（6,7）。つまり、治療に来た患者さんを、ランダムに施術治療群と対照非治療群の 2 グループに分けその結果を比較する研究でなければ受け入れられないと主張している。刺鍼を実施しなかったり、適切な経穴を使わなかったり、西洋薬のみのグループを比較する研究に東洋医学は慣れてないことに原因がある。

そういった西洋医学的な実証成果は乏しい。しかし、米国立衛生研究所（NIH）（8）と世界保健機構（WHO）（９）は鍼の有効性を高く評価している（コラム）。興味深いのは、対象 66 疾患（小児を除く）のほとんどは老年症候群に含まれる事実である。さらにとくに神経系疾患で見られる症状は認知症の主症状と周辺症状である。鍼治療がメンタル疾患に確かな効果を発揮する事実を世界の医療機関が認めたことになる。

コラム：
NIH（アメリカ国立衛生研究所）と WHO（世界保健機関）の公表データ
（鍼療法が適用される疾患と症状群）
【神経系疾患】神経痛・神経麻痺・痙攣・脳卒中後遺症・自律神経失調症・頭痛・めまい・不眠・神経症・ノイローゼ・ヒステリー（11）
【運動器系疾患】関節炎・リウマチ・頚肩腕症候群・頚椎捻挫後遺症・五十肩・腱鞘炎・腰痛・外傷の後遺症（骨折、打撲、むちうち、捻挫）（8）
【循環器系疾患】心臓神経症・動脈硬化症・高血圧低血圧症・動悸・息切れ（5）
【呼吸器系疾患】気管支炎・喘息・風邪および予防（3）
【消化器系疾患】胃腸病（胃炎、消化不良、胃下垂、胃酸過多、下痢、便秘）・胆嚢炎・肝機能障害・肝炎・胃十二指腸潰瘍・痔疾（6）
【代謝内分秘系疾患】バセドウ氏病・糖尿病・痛風・脚気・貧血（5）
【生殖、泌尿器系疾患】膀胱炎・尿道炎・性機能障害・尿閉・腎炎・前立腺肥大・陰萎（7）
【婦人科系疾患】更年期障害・乳腺炎・白帯下・生理痛・月経不順・冷え性・不妊（6）
【耳鼻咽喉科系疾患】中耳炎・耳鳴・難聴・メニエル氏病・鼻出血・鼻炎・ちくのう・咽喉頭炎・へんとう炎（9）
【眼科系疾患】眼精疲労・仮性近視・結膜炎・疲れ目・かすみ目・ものもらい（6）
【小児科疾患】小児神経症（夜泣き、かんむし、夜驚、消化不良、偏食、食欲不振、不眠）・小児喘息・アレルギー性湿疹・耳下腺炎・夜尿症・虚弱体質の改善（6）

Ⅱ．アメリカの鍼灸事情と専門の卒前・卒後教育

アメリカで一挙に鍼治療効果が認められたのは、ニクソン大統領の訪中に当たって準備中に起きたキッシンジャーの随行員の虫垂炎事件であろう。鍼麻酔で治療したことがアメリカで大きな話題となった。それ以来中国の鍼治療があまねく知られることになった。

コラム：
米国と鍼灸との関連年表
1971　キッシンジャーが訪中、ジェームズ・レストンが鍼麻酔を報告
1975　ニューイングランド鍼灸学校設立
1981　米国東洋医学会（AAOM）設立
1982　全国鍼灸東洋医学認証委員会（NCCAOM）設立
1987　ジョセフ・ヘルムスら米国医療鍼灸アカデミー（AAMA）を設立
1990　後藤学園と明治東洋医学院が米国に関連校を持つ
1996　FDA が鍼の認定区分を治験用から通常の第 2 級医療用具に移行
1997　NIH 主催のコンセンサス委員会が鍼の有効性を確認
2000　米国医療鍼灸委員会（ABMA）が発足、鍼灸専門医の認証を開始

アメリカでは多くの場合、鍼灸（acupuncture and moxibustion）は中医薬（herbal medicine) と一体化して教育される。その意味では、中医薬学と鍼灸学を学ぶ中国の本格的中医師と同格といえる。近年特に鍼灸医療に掛ける意欲はすさまじく、鍼灸師の医療における役割は、代替医療の推進と共にますます重要になっている。一方、大学医学部を卒業した西洋医学の医師がさらに鍼灸の専門教育を受けて鍼治療を行う医師鍼灸師（medical acupuncturists）が 5,000 人ほどといわれる。両者の綱とりが近年の話題ともなりつつある。この節では、鍼灸に対する期待を具体的に理解できるように、「米国の東洋医学」（10）と「米国の医師の鍼灸事情」（11）を参考に個人的意見を加えて紹介する。

1）アメリカの専門鍼灸師の卒前・卒後教育

米国には、現在約 60 の鍼灸学校が存在し、4 年制大学の卒業者が入学を許可される。毎年約 2,000 人の鍼灸師が誕生し、実際に診療している鍼灸師数はおよそ２万人である。その教育は医学部と同様の大学院レベルの職業専門教育といえる。３－４年間のフルタイム教育で幅広い科目（西洋医学の基礎と臨床さらに中国伝統医学）を履修する。わけても中医薬学（漢方）は重要な科目の一つであり、卒業すればアメリカの鍼灸師は日本で云う漢方薬の薬剤師資格をも有することになる。日本では薬学部の卒業資格の一部であり、日本の鍼灸師は漢方医学の勉強は対象外である。

アメリカの鍼灸師は漢方処方名を中国語と英語名の両専門用語で覚えなければならない。例えば葛根湯は Ge gen tang ないし Pueraria Decoction として通用しておりそのまま国家試験にも出題される。日本の英語名 Kakkon-to は米国人鍼灸師にとってそれが何を指すのか伝わらないし当然覚えようともしない。事情は欧州でも同じであり、Kakkon-to は通用しない。世界中で使用する漢方用語は、中国語（中医薬学）か英語名であるため、漢方の日本語用語は彼らの視野にない。日本語読みの処方に固執することは日本文化の堅持であるが、見方をかえれば漢方医療のガラパゴス化ともいえる（10)。

興味ある用語の問題は、鍼灸の経絡・経穴にも存在する。WHO における中国、日本、韓国の鍼灸団体の合意の下で、１２経絡、任脈、督脈そして 361 経穴などをすべて英語の meridian, acupuncture points（acupoints）などとして単純化された英語用語が使用されている。日本の鍼灸師界も国際化するのであればこの用語の本格使用について専門学校教育に取り入れる必要が出てくるはずである。

医学的論文では臓器、組織、細胞、分子、遺伝子すべての固有名詞に英語用語を使用せざるを得ない現状がある。そのためもあり日本語論文は世界で通用しないのは事実である。大学医学部の医師たちが英語の論文数で優劣を決められてしまうのも、科学の世界的貢献という意味ではある程度意味のあるの現象である。

２）鍼灸医学教育における日米の違い

日本の鍼灸は、杉山和一の考案による鍼管による手法や、それに伴う極めて細い鍼の使用、丁寧な切診、より少なくより浅い刺鍼など、中国鍼とは異なった特色を備えている。米国において日本式鍼灸は繊細かつ革新的という独自の定評を博し、米国人の信奉者を増やしている。

現在北米で活躍中の日本式鍼灸を行う人々は、日本で鍼灸を学んで米国で実践している第一世代のパイオニアと、この人々から米国で学んだ第二世代の人々である。日本鍼灸が北米にいつ伝わったかについては文献が乏しい。目に見えて普及したのはこの２・30 年ほどのことであろうと推察できる。

90 年代の初めに日本の鍼灸界の米国進出は、後藤学園と明治東洋医学院である（コラム）。共にカリフォルニアに関連鍼灸学校を持ち、鍼メーカーのセイリンもセイリン・アメリカを設立した。米国と日本の人材往来も盛んになっており日本の鍼灸界にとって米国は身近な存在である。そしてその中で、日本の鍼灸は独特の存在感を示している（10,11）。

アメリカの鍼灸学校では、鍼灸専門課程は TCM（Traditional Chinese Medicine）でほぼ統一されている。鍼灸師教育におけるアメリカの特徴は、学生が卒業までに附属クリニックで臨床アシスタントとして 400 時間、臨床インターンとして 600 時間という長時間の臨床経験を積むことである。そのため、鍼灸学校の卒業時にはほぼ一人前の鍼灸技術を身に着けている。学生は卒前インターン教育として地元の病院で治療に従事したり､研究に参加したりと様々な仕方で現代医療と直結した機会に恵まれているらしい。米国の鍼灸師は、今やスポーツ・トレーナーを含むヘルスケアの一翼に確固とした地位を占めるに至っている。それは､鍼灸師が鍼灸技術とともに中医薬学（漢方）を勉強し、その価値を理解し、一般の人々や医師を啓蒙しつつ代替医療として活躍の場を獲得したためである。

３）日本の鍼灸学校と鍼灸師の現状

日本の鍼灸専門学校は、卒前も卒後も臨床トレーニングに関してはお粗末である。全国的に標準化された実修トレーニング・カリキュラムを目にしたことはない。旧態依然とした基礎医学や基礎鍼灸学などの丸暗記型教育が多く、鍼灸の臨床トレーニングと臨床医学に直結するエキサイテイングな教育に乏しいと見受けるのは私だけであろうか。

日本鍼灸に関連する学会や研究会は、大小さまざまなグループで構成され、数えきれない。彼らが統一した卒前・卒後の技術トレーニングの教育プログラムを作成し、標準化されたトレーニングを積むことで市民の信頼を十分に勝ち取れるものと思われる。

鍼灸に対する医療界の壁

①歴史的に鍼灸師は目に不自由な人の職業、
②それなりに保護されてきた職業であり差別感と偏見がある。
③鍼灸専門学校では西洋医学教育が十分でない（３年制教育)、
④老大家の個人教育つまり家元制度に依存しすぎ統一された卒後教育に乏しい。

鍼灸の絶対的長所
①西洋医学で果たせない難病や緩和治療の効果実績が多く、
②その有用性は WHO（世界保健機構）や NIH（米国国立衛生研究所）が公認しており、
③現実には鍼灸師を採用するクリニックが増えつつあり、
④自身が施術トレーニングを受け実践する医師が増加しつつある。

鍼灸の効果により施術費用が保険診療（現在は医師の認可の下で 6 種類の疾患に限定されている）として幅広く採用されると、医師会側には健康保険診療基金の奪い合いになる危機感がある。超高齢社会の日本は現在、社会保障費の膨大な増加に対し税収の相対的な低下が問題となっている。医療費と介護費の圧縮を図るには、長期的視野に立ち､成人病や老人病の予防を目指す必要がある。その意味でこの教材は､鍼灸の持つ「認知症と老年症候群の予防と治療効果」を啓発する本邦で初めての情報となることを期待したい。

コラム：わが国の医科大学・大学医学部の卒前・卒後教育
アメリカと比較した教育に関する時差は、一昔前の大学医学部における臨床教育の遅れに近似している。現在、医学部は徹底したカリキュラム改変と卒前臨床教育の重視が実践され、さらに卒後トレーニングも臨床研修医制度として全国レベルですっかり充実した。いわゆる学閥を脱却し研修生は実力次第でどの大学病院でもどの市中病院でも自由に選択できるようになった。さらに、学生自身も進んで外国へ短期研修留学を行うなど急ピッチで臨床教育の遅れが改善された。そして、2001 年には漢方医学が医学部の基本カリキュラムとして義務化された。この事実は明治の医療革命の反省がなされた結果であり、中医薬学（漢方医学）が世界的に見直されていることが背景にある。
今後、鍼灸医療の持つ独特の有用性が日本の医学界でも公式に認められ、鍼灸医療学が学生の正式コアカリキュラムとして採用されることを期待したい。

４）鍼灸を実践する世界と日本の医師グループ
鍼灸のアメリカにおける法的規制は州によって異なる。全米 51 州のうち 40 州が鍼灸師を医療専門職として公認し、その他の州が条件付きで鍼灸を認めている（日本の医療施設では理学療法士はあるが鍼灸師の職責名は確立されてない。)。アメリカの医師が鍼灸を実践するには鍼灸大学を卒業する必要は無く、その意味で日本も医師には鍼灸

施術が許可されておりアメリカと同じく義務教育は無い。しかし、アメリカでは、200～300時間の鍼灸専門教育を履修できる機関がある。堅実で安全な鍼灸を実践するには、日本でも技術レベルの調整が必要であろう。昨今は日本でも往診医、ホームドクター、老年内科科、女性診療科などを中心に鍼灸への興味が増大している。時間をかけて黙々と技術研修に励む医師グループが全国各地とくに関西地域に目立って散見される。

医師に鍼灸を教えるコースはアメリカのいくつかの医科大学にある。UCLAには医師対象の卒後研修教育プログラムがあり、1980年に開講されてから4,500人を超える医師がこのコースを終了している。UCLAのコースは現代医学と中国鍼灸、フランス鍼灸、五行鍼、耳鍼、手鍼など幅広く学ぶ。ここではフランス鍼灸の影響で生薬には深く立ち入らないようである。また開設者であるヘルムスは1987年医師のみによる鍼灸学会AAMAを発足させた（12)。ここでは2000年から、鍼灸専門医の認証を開始し鍼灸治療を活用する医師の総本山として米国医療の主流の中で鍼灸を代表する役割を果たしている（10)。

Medical acupuncturists（医師鍼灸師）の存在は米国の鍼灸に大きな特色を与えている。優劣の判断はさておき、超高齢社会での老年症候群の予防と治療に大きな貢献を促すに違いないと思える。わが国でも医学界と鍼灸界に好循環を生んでくれるよう期待したい。

第6節　認知症は症候群（概要）

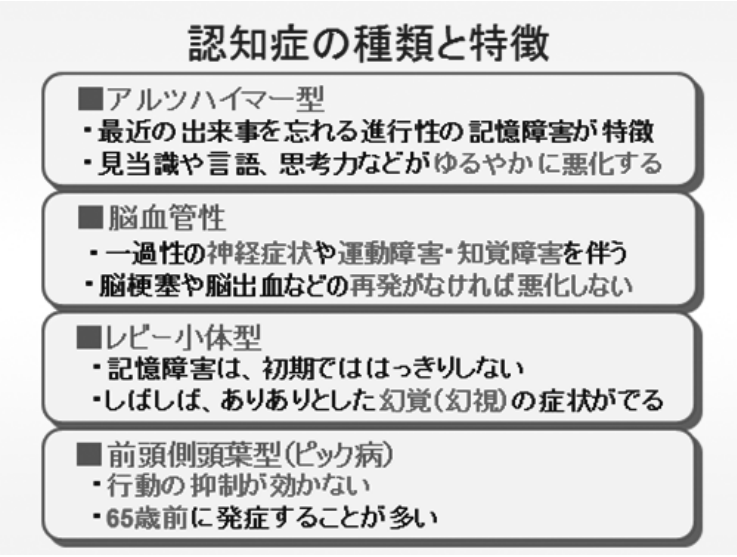


図8　4大認知症の特徴

Ⅰ．アルツハイマー型認知症の特徴

1906年にアロイス・アルツハイマー博士（ドイツの精神科医 1864-1915)）は、「記憶障害」、「言語障害」、「予測不可能な行動」（今でいう周辺症状）で特徴づけられる一群

の患者を見つけ、後にアルツハイマー病といわれた。

図９　A. Alzheimer 博士

彼らの脳は、老人班（アミロイドβ）と、神経線維のもつれタウ蛋白の作用による脳内神経細胞の変性と萎縮を特徴とする。この病気は、脳が健常に発達したあとで、老年期になって初めて症状が現れる脳の変性疾患である。記憶や思考能力がゆっくり障害され、最終的に日常生活に支障をきたし社会生活に対応できなくなる。

神経細胞（ニューロン）は隣接ニューロンとの接合部（シナップス）で、神経伝達物質（アセチルコリン）の減少から刺激を伝達する能力を失いやがて変性死滅（老人班）する。ニューロンの死滅はやがて脳全体に波及し顕著な萎縮脳となる。この変性萎縮が記憶を統括する海馬を含む広がりとなりアルツハイマー病に至る。このアミロイドβを排除する努力は長い間試みられているが治療効果は上がっていない。現在ではタウ蛋白オリゴメアが認知症の発症因子である可能性が示され、今後の研究対象として注目を集めつつある。

加齢に伴い脳内神経細胞は変性する。若年性アルツハイマー病（65 歳未満で発症、頻度は老人性アルツハイマー病の 5% 未満）は家族性すなわち遺伝性といわれる。アポリポ蛋白 E（APOE）遺伝子である APOE ε 4 が発症リスクを上昇させるらしい。しかし APOE ε 4 型の保有は絶対条件ではない。高齢者のアルツハイマー病でもその発症リスクに関与する遺伝子が特定されつつある。

Ⅱ．血管性認知症の特徴

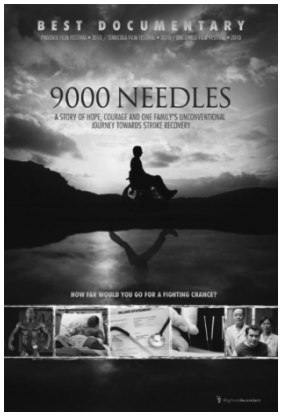
この患者は生活習慣病からくる脳血管障害に罹患した経験をもっている。脳卒中の障害部位により運動障害（歩行障害、手足の麻痺、呂律が回りにくい）や知覚障害が現れる。さらにアルツハイマー病と大差ないいろいろな症状とともに老年症候群（頻尿、尿失禁、抑うつ、感情失禁、夜間せん妄など）の症状が早期からみられる。

もの忘れや認知機能障害を改善させる方法は今のところ存在しない。最大の治療は脳血管障害の再発による悪化を防ぐことでありそのためには生活習慣病の改善と老年症候群の対症療法である。AD とともに三焦鍼法が期待される。

卒中発作後の出来るだけ早い時期に醒脳開竅法といわれる強い刺激の鍼治療を試みることで早期の機能回復が期待される。醒脳開竅法は天津中医薬大学の石学敏教授の開発した鍼施術法で、アメリカのボデイビル選手が高度の麻痺から回復したニュースで瞬く間に有名になった（13)。

意欲・自発性の低下、うつ状態、興奮といった症状に対しては一般に脳循環代謝改善剤が使われる。これらのメンタル症状の調整にも同じく東洋医学の治療法である三焦鍼法がきわめて有効(＊文献)である事実を記憶しておきたい。リハビリテーションやレクリエーションといった非薬物療法が認知症の症状や生活の質の改善に有効であることも後述される。

図１０　9000 Needles の表紙（13）



（ホームページ http://9000needles.com/ より）

コラム：
醒脳開竅法；脳卒中のボディビルダーチャンピオンの奇跡的回復
＜概要＞
ケンタッキー州の 40 歳の元ボディビルダーチャンピオン（Devin Dearth）は、突然の脳血管発作で右半身の機能を失い、ICU での集中治療とリハビリセンターに移管されるも十分な治療が出来ずにいた。藁をも掴む思いで中国に渡り天津中医薬大学・石学敏先生らの醒脳開竅法治療を受けるというドキュメンタリー（10)。
＜脳卒中患者への醒脳開竅法とリハビリテーション＞
兵頭明が 20 年前に天津から導入した醒脳開竅法治療は、脳卒中のリハビリテーションへの仲介として興味ある手法である。脳循環改善があり知覚インパルスを送ることで脳の予備機能や代謝機能を活性化する。さらに障害された末梢神経へ直接鍼刺激を与え知覚を甦らせる。神経幹への直接的鍼刺激、知覚過敏な四肢の指先（井穴など）や顔面部（人中など）を刺激することで麻痺が改善し意識が明瞭になる。この醒脳開竅法は急性期に内科的治療と並行して行われることが望ましい。しかし、醒脳開竅法は巧緻動作の向上は難しい。
＜リハビリテーション分野でのボバース法＞
運動麻痺に対する知覚刺激治療で運動療法を行いつつ、発症直後の意識障害や片麻痺改善に効果がある。これと組み合わせることでリハビリに相乗効果が生まれる可能性がある。わが国では大田区の「牧田病院における醒脳開竅法施行５０症例の経過（ブルンストロームステージを中心として)」が全日本鍼灸学会誌 1990.3（田中泰ほか）で発表されている。

Ⅲ．レビー小体型認知症（Dementia with Lewy Bodies; DLB）

レビー小体型認知症は 1976 年に日本の精神科医の小阪憲司が報告し世界的に知られるようになった。レビー小体とはドイツの神経学者フレデリック・レビーがパーキンソン病で発見した封入体であり、この小体が大脳皮質にたくさん認められる。この疾患の認知症に占める割合は 0 ～ 30％と報告され男性の出現は女性の約 2 倍と言われる。

レビー小体型認知症の症状はアルツハイマー型認知症の中核症状である記憶障害と異なり、初期から“ 天上の壁に虫が這っている ”、“ 子供が炬燵の向こうに座っている ” などの幻視が出現する。“ 柱の時計が人の姿にみえる ” という錯視もみられる。視覚的に物事を捉えることが難しいためアルツハイマー型認知症と違い、図形描写（時計図への時刻の表現など）が早期に障害される。パーキンソニズムという手足の震え、歩行障害、筋固縮などの障害とまた気分変動（穏やかな状態から無気力状態、興奮、錯乱）を繰り返して人格が変わってしまう。便秘や尿失禁、起立性低血圧などが見られ、アルツハイマー型認知症に比べ寝たきりリスクが高い。

レビー小体型認知症の治療は、向精神薬、抗パーキンソン病薬などに依存する。この患者は抗精神病薬に過敏であるため投与法は難しい。一方､向精神薬は運動症状を悪化させ、抗パーキンソン病薬は精神症状を増悪させるので薬剤調節が難しい。この疾患のもつ老年症候群やパーキンソン症状に対しては、三焦鍼法を主体とした鍼治療が格好の治療法となる可能性が高く、今後精神科や神経内科医師グループとの共同研究が強く望まれる。

Ⅳ．前頭側頭型認知症（FTD: Fronto-temporal dementia）（ピック病）の特徴
（人格障害、情緒障害、浪費、過食・異食、徘徊など）

1892 年にプラハ大学の Pick（ピック）の定義したピック病は原因不明の初老期認知で大脳萎縮性疾患である。老年期アルツハイマー病とは別タイプの認知症として独立命名された。頻度はアルツハイマー病よりはるかに少なく男女差はないといわれる。

初期から粗暴、短絡で相手の話は聞かずに異常行動（浪費、過食・異食、収集、窃盗、徘徊、他人の家に勝手にあがる）が出現し人格変化が著しい。アルツハイマー病でみられる中核症状（記憶障害・見当識障害など）は余りみられない。ひねくれた態度が目立ち意味もなく同じ言葉を繰り返し、同じ行動を繰り返す滞続症状がみられる。

ピック病は前頭葉・側頭葉に局所性の萎縮や SPECT（脳血流）や PET（脳ブドウ糖代謝の検査）で前頭葉・側頭葉の血流・代謝低下を認めることが特徴である。Pick 細胞と呼ばれる腫大した神経細胞が出現したりあるいは神経細胞の脱落とグリオーシス（神経細胞のすきまを埋める間質細胞の増加）を認める。ピック病診断後の平均余命は 6 年で、AD（8 年）より短い。治療法は今のところなく、介護が中心となっている。落ち着きのなさ、多動、徘徊などに対し抗精神病薬を対症療法として使うことがあり、精神病院入院を余儀なくされる。

Ⅴ．治る認知症

当初から記憶障害が前面に出る AD とその他の認知症は、VaD の一部を除き全て進行性病変で治癒することは望みがたい。認知症の中で明瞭に治癒する認知症もかなり認められる。たとえば外傷後に起こる慢性硬膜下血腫による認知症、正常圧水頭症、脳腫瘍、甲状腺機能低下症、慢性アルコール依存症、ビタミン B12 欠乏症、薬剤副作用などによる認知症はそれぞれ外科手術、投薬、断酒そして栄養障害の治療などにより治癒は可能である。適切な診断が望まれる。

第７節　高齢者の終末期医療

Ⅰ．老年症候群の終末期とリビングウイル（14）

高齢者は老衰自然死に向かい日々衰弱していく。認知症患者の中には、転倒により救急病院に収容され、誤嚥性肺炎をはじめ免疫力の低下で容易に感染症に陥る人もいる。また人格崩壊がひどくなると、暴言、暴力、汚物の不適切な扱いなどで家庭医はもちろん高齢者施設でも管理しきれない現実が出てくる。彼らに対しては一時的な身体的拘束は仕方なく、抗精神病薬や強力な鎮静剤投与も不可避の状態となる。そのような意味では、優しく素晴らしい人格だった家族の終末期に地獄を見る思いがある。行きつく先に精神科入院などきれいごとでは済まされない現実を知っておくべきである。いずれにせよ共通して起きる老年症候群の症状をコントロールし苦痛のない安らかな最期を見送ってあげることが望ましい。高齢者の終末期は長い航行を続けてきたパイロットが高度を下げた着陸体制にたとえられる。雲や乱気流から機体状態をチェックし，着地の準備を行う作業に通じる（２）。

Ⅱ．認知症の人の入院とリビングウイルについて

認知症の人が、老年症候群や BPSD の増悪で在宅介護が困難となり、あるいは転倒などの負傷で救急病院や回復期病院などに入院することは珍しくない。入院という突然の環境変化に当事者は適応できない状況となることは容易に想像できる（14）。

入院での対応が難しく、実際上精神科の薬物療法に頼らざるを得なくなる可能性が否定できない。この療法は欲求を満たせない無力感や不信感につながり、その後の意欲低下など低活動に移行してしまうリスクがあり、医療と介護と人権の尊重と本人の QOL との間に難しい課題が残る。

高齢者のリビングウィルとは、終末期の治療や延命治療について本人の意志を表示することである。意思が示しにくくなる認知症の方には、一定の年齢に達したら定期的にリビングウィルの確認を繰り返す仕組みを作る必要がある。

本人の意思と家族の意思が異なる場合も問題であり、成年後見制度をうまく利用するにも専門家チームの手助けを必要とする。

（川並汪一）

文献

1：木村琢磨編：もう困らない高齢者診療で良く出合う問題とその対応
羊土社（ジェネラル診療シリーズ）2012

2：大蔵暢：高齢者を包括的に診る〔連載〕老年医学のエッセンス
週刊医学界新聞　第2912号2011年1月17日(1)～第2980号2012年6月4日(18)
（http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02912_05#a）

3：大内尉義編集：健康長寿診療ハンドブック　実地医家のため老年医学のエッセンス
編集発行　日本老年医学会　2011

4：鳥羽研二　高齢者のニースに応える在宅医療　国立長寿医療研究センター
平成25年度多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業　10/22/2013
在宅医療・介護連携推進事業研修会プログラム　国立長寿医療研究センター

5：本川晃市
高齢社会における鍼灸マッサージ療法を裏から支える仏教哲学
－介護予防を通してみる視覚障害者・晴眼者・高齢者の共生への提案－
早稲田大学大学院スポーツ科学研究科2010年度リサーチペーパー

6：Acupuncture for Alzheimer's disease: a systematic review
M. S. Lee,1,2 B.-C. Shin,3 E. Ernst2
Int J Clin Pract, June 2009, 63, 6, 874–879, Blackwell Publishing Ltd

7：Acupuncture for vascular dementia（Review）
Weina P, Zhao H, Zhishun L, Shi W; The Cochrane Library　2009, Issue 1

8：Acupuncture. NIH Consensus Statement Online 1997 Nov 3-5; 15(5):1-34.

9：Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture（Report）. World Health Organization（WHO）.
（1999）.（和訳）世界保健機関「鍼の基礎教育と安全性に関するガイドライン」、『全日本鍼灸学会雑誌』第50巻第3号、2000年8月。

10：安西英雄：米国の東洋医学．　漢方の臨床 51 (11): 1570 – 1575, 2004
（http://www.anzai-assoc.com/report/base/toyoigaku/index.html）

11：中澤弘：海外紹介世界の鍼灸コミュニケーション米国での医師の鍼事情　全日本鍼灸学会雑誌 ,2006年第56巻1号 ,84-89

12：Helms Medical Institute（http://www.hmieducation.com/）

13：醒脳開竅法
脳卒中のボディビルダーチャンピオン（ホームページ　http://9000needles.com/）

14：千葉県認知症多職種協働研修　【平成26年3月版】
円滑な医療の提供　認知症の発症から終末期にかけて、医療職が関わるそれぞれの場面と円滑な医療の提供

第２章　認知症の神経内科の診療

ここでは認知症の神経内科的な診断と治療の進め方、対応について、その基礎的内容を提示する。

第１節　アルツハイマー型認知症

【事例報告 1】87 歳女性。アルツハイマー型認知症
80 歳頃より両側の膝関節症が徐々に悪化しており歩行障害を認め、自宅内でつたい歩きをしていた。85 歳時に、実の姉が他界したのを契機に、精神的に落ち込みが激しく、もの忘れが徐々に顕在化してきた。老眼鏡を置いた場所がわからなくなり、外出先で出会った近所の友人の名前を思い出せないことが増えた。また、87 歳頃からうまく洋服を着ることができなくなり、突然、「自宅に帰ります」と旅行鞄を取り出し洋服を詰めるような行為が出現した。家族も心配するようになり、当院神経内科外来を受診した。

【初診時現症】

〈一般身体所見〉

身長 150cm、体重 48kg、体温 36.5℃、血圧 146/80mmHg、脈拍 72/ 分・整、胸腹部理学的に異常所見なし、両側の下腿に浮腫を認めない。

神経学的には、嗅覚低下なし、眼球運動障害なし、注視眼振なし、顔面神経麻痺なし、嚥下障害なし、構音障害なし、舌の萎縮なし。四肢の麻痺を認めず、明らかな感覚障害も認めない。振戦や筋強剛などのパーキンソニズムを認めない。両膝関節の疼痛があり、小刻みな歩行で不安定である。四肢体幹の失調症状なし。起立性低血圧や便秘などの自律神経症状も認めない。失禁はない。診察時は、総じて非常に協力的であるが、聞かれたことがわからないときは、同伴の長男の嫁の方を頻回に振り、取り繕いも顕著であった。

【主な検査所見】

〈血液検査〉

一般血算生化学所見は異常なし。ビタミン B1、B12、葉酸、コルチゾールは正常範囲、アンモニア正常、甲状腺機能正常、血清梅毒反応陰性。

〈認知機能検査〉

MMSE=14（mini-mental state examination 満点 30）、

HDS-R=12（長谷川式簡易知能評価スケール満点 30）。

〈画像検査〉

頭部 MRI（Magnetic Resonance Imaging；磁気共鳴画像）: 両側大脳皮質のびまん性の萎縮、左優位の側頭葉内側の萎縮を認める。また中程度の慢性虚血性変化を両側の深部白

質～基底核領域に認める。腫瘍性病変は認めない。矢状断にて中脳被蓋部の萎縮は認めず、冠状断にて正常圧水頭症を示唆する著明な脳室拡大や高位円蓋部の脳溝狭小化を認めない。

VSRAD,（Voxel-based Specific Regional analysis system for Alzheimer's Disease; 早期アルツハイマー型認知症診断支援システム）は z=2.25 であった。

頭部 MRA: 主幹動脈の狭窄や閉塞は認めない（MRA とは Magnetic Resonance Angiography: 磁気共鳴血管撮影のこと）。中程度の動脈硬化性変化を認める。

脳血流シンチグラフィー IMP-SPECT（；Single photon emission computed tomograp 単一光子放射断層撮影）: 後部帯状回～楔前部、側頭頭頂連合野に血流低下を認める。

^{123}I-MIBG 心筋シンチグラフィー : 早期 H/M 比 =2.11、後期 H/M 比 =2.01
（MIBG；メタヨードベンジルグアニジン（3（meta）-iodobenzylguanidine;. MIBG）

【診断と鑑別診断】

近医の内科クリニックへ 10 年ほど通院しているが、これまで認知機能のチェックは受けておらず、本人の自覚はほとんどない。姉の死を契機に元気がなくなり、物忘れが顕在化してきた。本症例は緩徐進行性の認知機能低下を認め、すでに日常生活に支障を来していることから認知症と考えられる。神経学的診察において、パーキンソニズムは認めず、幻覚などの精神症状や認知機能の変動なども認めず、また MIBG 心筋シンチグラフィーでも、明らかな H/M 比の低下はなく、レビー小体型認知症は否定的と思われた。VSRAD の統計解析を含めた頭部 MRI 所見や脳血流シンチグラフィーの所見も含め、臨床経過や現症もアルツハイマー型認知症として典型的と思われた。

【治療方針・計画】

患者と家族には、診断病名としてアルツハイマー型認知症であることを伝えた。また、基本的日常生活動作にも支障があり介護が必要な中等度の認知症であることを説明した。薬物療法としては、中等度のアルツハイマー型認知症に適応があるコリンエステラーゼ阻害薬であるガランタミンを選択して投与した。この薬剤は、アセチルコリンエステラーゼ阻害作用により脳内アセチルコリン濃度を上昇させるとともに、ニコチン性アセチルコリン受容体に対するアロステリック増強作用を有しているとされ、より効果が期待できると考えた。当初より懸念された消化器症状などの副作用もなく、用法通りに増量を行い、24mg 2x の用量にて内服継続中である。また、BPSD（behavioral psychological symptom of dementia；認知症周辺症状）の症状については、その後夜間不眠や徘徊の症状が出現するようになったため、ゾルピデム 5mg1x 眠前と、抑肝散 7.5g3x を導入したところ、かなり症状は軽減している。

【治療・主要処方】

ガランタミン 8mg 2x　その後、一ヶ月ごとに増量して、24mg 2x としている
ゾルピデム 5mg 1x 眠前　抑肝散 7.5g 3x

【ケアの導入】

ほとんど外出をしない生活であったので、なるべく外出する機会をつくる意味からもデイサービスやショートステイを利用することは重要であると考えた。主治医意見書を作成した。要介護Ⅱの判定を受け、週に 2 回のデイサービスに通うようになった。また、自宅ではいやがっていた入浴もデイサービス時には許容するようになった。認知機能については、受診以降は明らかな低下を認めずに MMSE も横ばいに推移しているため、ガランタミンの内服が有効であると判断して引き続き継続している。

第 2 節　脳血管性認知症

【事例報告 2】80 歳女性。脳血管性認知症
20 年来、高血圧を指摘されているが未治療のままである。夫と二人暮らしであるが、夫も最近軽度のアルツハイマー病と診断されている。1 年ほど前から徐々に口数が少なくなり、話の内容がとんちんかんで会話が成り立たなくなってきた。最近になると、家事を全くしようとしなくなり、庭でじーっと座っていることが多くなってきた。部屋への出入りを繰り返し、タンスを意味なく開け閉めするような無目的な行動も頻繁に認められるようになってきた。また、うまく洋服を着たり、自分で入浴したりすることができなくなっている。数日前に、庭で放尿していたのを近所に住む家族が目撃し、本人に家族が付き添って、あわてて「もの忘れ外来」を受診した。神経学的には、表情に乏しく、軽度の構音障害と四肢に筋強剛を認めた。歩容は小刻みで引きずるような歩き方であった。MMSE は 12 点で、遅延再生の項目では失点はなかったが、途中から検査の施行を拒否するような様子も見られた。また頭部 MRI 検査を施行したところ、前頭葉の深部白質領域 (皮質下) を中心に多発性ラクナ梗塞を認めた。

【解説】

本症例では、意欲や自発性の低下、遂行機能障害や行動異常を認めている。緩徐進行性の経過から、アルツハイマー病との鑑別が問題となってくるが、比較的初期から構音障害や歩行障害を認めており、多発性ラクナ梗塞を認める頭部 MRI 所見も含めて、脳血管性認知症と診断するのが妥当である。

脳血管性認知症 (VaD) の分類

1）皮質性 VaD（多発梗塞性認知症）

前大脳動脈、中大脳動脈、後大脳動脈などの灌流域に梗塞が多発している。

2）皮質下性 VaD（小血管病変性認知症）

基底核、視床などの深部の多発性ラクナ梗塞と、広範な大脳白質梗塞が認められる。認知症に関与するのは主に前頭葉の白質病変である。

3）戦略的部位の単一病変による VaD（局在病変型梗塞認知症）

視床、内包前脚・膝部などの小梗塞が関与することがある。投射線維の障害を介した遠隔効果（diaschisis）により、同側または両側の前頭葉に広範な血流低下を認めることがある。

4）低灌流性 VaD

血管支配領域の分水嶺領域におこりやすく、背景に高度の主幹動脈狭窄病変が存在することが多い。

5）脳出血性 VaD

前頭葉皮質下出血、多発性皮質下出血、視床出血などを認める場合が多い。

【経過】初診から半年ほどの経過で発語が減少してきた。また尿失禁や強制笑、嚥下障害も認めるようになり、初診から 2 年の経過でほぼ全介助を要する状態で寝たきりとなっている。夫と近所に住む家族が介護をしていたが、在宅では限界となり、以前より待機していた特別養護老人ホームへ入所された。

【解説】

血管性認知症を発症してからの治療は困難であるので、予防が大切となる。本症例でも長期間高血圧を有していたことは、多発性ラクナ梗塞の原因であったと考慮される。その他にも、糖尿病、心房細動、虚血性心疾患、肥満、脂質異常症、喫煙、飲酒などは血管性認知症のリスクとなり得る。血管性認知症は一般にアルツハイマー病よりも予後が悪く、また、卒中発作が重なるほど認知症の予後の悪化が加速される。高血圧の治療をはじめ発作を予防することが肝要である。認知症発症から数年で亡くなることが多い。末期となると、本症例のように寝たきりとなり、仮性球麻痺による嚥下障害、尿失禁、便失禁などを認めるようになる。根本的な治療は困難であるため、ケアに重きを置いた対応が必要となってくる。

第３節　レビー小体型認知症

【事例報告 3】75 歳男性。レビー小体型認知症
妻と長男夫婦、孫２人と同居している。公務員を定年退職後は仕事には就いていない。既往歴に特記すべきことはなく、常用している薬剤はない。また、喫煙はせず、アルコールは機会飲酒程度である。もともと登山が趣味であったが、1 年ほど前より歩く速度が遅くなり転びやすくなってきたため、最近は自宅にいることが多くなっていた。妻によると、1 年ほど前より時々ぼーっとして話が通じないことがあるのを心配していたが、その一方で今まで通りはっきりしてきちんと会話が成立することも多く、そのまま様子をみていた。最近になって、夜になると、寝室のベッドの脇に知らない子供が座っている、という幻視の症状が出現してきたため、神経内科外来を受診した。

【解説】

本症例では、歩行障害や易転倒性などのパーキンソン症状が出現し、認知機能の変動を認めるようになっている。また繰り返し出現する構築された幻視もみられている。一般にアルツハイマー病では、末期に至らなければ四肢の運動障害や歩行障害は出現しないことが多いため、本症例とは臨床像が異なる。

レビー小体型認知症（DLB）の診断基準

○中心的特徴（必須症状）：進行性の認知機能低下により、生活に支障をきたしている

○中核的特徴：

１）認知機能（注意・集中）の変動

２）繰り返し出現する構築された幻視

３）誘因のないパーキンソン症状

○示唆的特徴：

１）レム睡眠行動異常（RBD）

２）顕著な抗精神病薬への過敏性

３)大脳基底核でのドパミントランスポーター取り込み低下(PET または SPECT 検査)

DLB は、中心的特徴である「進行性の認知機能障害」に加え、中核的特徴と示唆的特徴で診断する。

○ Probable DLB（ほぼ確実）

３項目の中核的特徴のうち、２項目以上の存在

または

中核的特徴が 1 項目以上かつ示唆的特徴が 1 項目以上存在する

○ Possible DLB（疑い）

中核的特徴だけが 1 項目存在する

または

示唆的特徴だけが 1 項目以上存在する

なお、注意点としては、アルツハイマー型認知症に比べて、レビー小体型認知症は、

病初期は記憶障害が目立ちにくい

視覚認知障害が目立ちやすい

注意障害が目立ちやすい

といった点があげられる。本症例では、中心的特徴に加え、中核的特徴が 3 項目とも認められているため、Probable DLB と診断できる。そのほかにも、高度の自律神経障害（便秘、起立性低血圧、神経因性膀胱、発汗異常など）やうつ状態を呈することもある。

【経過】初診時、この患者は口数が少なく、下を向いて眠そうにしていた。表情の変化に乏しく仮面様顔貌を呈していた。左右差の目立たない四肢の筋強剛と動作緩慢を認め、前屈姿勢で歩行時は腕の振りが少なく緩徐で小刻みであった。認知機能検査では、「注意と計算」および「構成」の項目で失点が目立ち、MMSE が 19 点と低下していたが、比較的「遅延再生」の項目は保たれていた。頭部 MRI では、虚血性変化は年齢相応であり、内側側頭葉の萎縮は軽度であった。脳血流 SPECT では、後頭葉皮質の血流低下を認めた。DLB と診断し、本疾患に保険適応のあるドネペジルの投与を開始し、パーキンソン症状に対しては、L- ドパ製剤の投与を開始した。

【解説】

DLB でみられるパーキンソン症状は、一般には振戦は少ないことが多い。また筋強剛についても、左右差が目立たないことが多い。ただし、歩行障害が病初期より出現することが多く、姿勢反射障害による転倒傾向を示しやすい。これらのパーキンソン症状に対しては、L- ドパの投与が基本である。そして病初期よりリハビリテーションを施行することが ADL 低下を予防する上で肝要である。幻視については、繰り返す構築されたものが多く、体験中に本人も幻視であると認識していることが多い。DLB では、抗精神病薬への過敏性が認められることがあるため、幻視に対しても安易な薬物療法は控えるのが望ましい。幻視が生じるのは本疾患の特徴であることを理解してもらい、日常生活に支障がない範囲であればしばらく様子を見るのが適切である。また、ドネペジルは DLB にみられる認知機能低下や幻視等の精神症状に有効であるが、副作用出現を減らす観点からは少量より徐々に増量していくのが望ましい。DLB の進行はアルツハイマー病に比べて速いことが多く、発症後の平均生存期間は 10 年未満である。

第４節　前頭側頭型認知症

【事例報告 4】75 歳女性。前頭側頭型認知症

夫と二人暮らしで農家であったが、現在は無職。55 歳時に右乳がんに対して手術を受けて年に一回の定期検査を受けていたが再発の所見なく 70 歳以降は通院を終了していた。そのころから自宅内でじっとしていることができず、何となく落ち着きがない様子が増えてきた。また徐々に自発性の低下を認めるようになった。73 歳頃より、毎日一人で勝手に外出し、近所の他人の家に入り込むようになった。夫が何回注意しても、適当な返事をするばかりで、悪びれた様子はなく、夫は深刻に悩むようになっていたが、病気とは考えなかった。その後､徐々に甘いものを好むようになり食事の嗜好が変化し、食事量が増えて体重増加した。75 歳時に、他人の畑から勝手に野菜を持って帰り、警察に通報され、その後、認知機能低下を伴う疾患の可能性を指摘され神経内科を受診した。

【主な現症】

〈一般身体所見〉

身長 156cm、体重 79kg、体温 36.2℃、血圧 120/82mmHg、脈拍 58/ 分・整、胸腹部理学的に異常所見なし、両側の下腿に軽度の浮腫を認める。

神経学的には、嗅覚低下なし、眼球運動障害なし、注視眼振なし、顔面神経麻痺なし、嚥下障害なし、構音障害なし、舌の萎縮なし。四肢の麻痺を認めず、明らかな感覚障害も認めない。振戦や筋強剛､姿勢反射障害などのパーキンソニズムを認めない。歩行は正常。四肢体幹の失調症状なし。起立性低血圧や便秘などの自律神経症状も認めない。失禁はない。病識の欠如は顕著であり､「自分はどこも悪くない」と一緒に受診した夫に不機嫌な態度を示した。また、診察に際しても、非協力的であり、質問に対してまじめに答えようとせず、すぐに立ち上がって診察室から出て行こうとする様子が頻回に見受けられた。

【主な検査所見】

〈血液検査〉一般血算生化学所見は異常なし。

〈認知機能検査〉MMSE=22、HDS-R=19。

〈画像検査〉

頭部 MRI: 軽度の慢性虚血性変化を両側の深部白質領域に認める。腫瘍性病変は認めない。辺縁系の萎縮は目立たず、軽度である。矢状断にて中脳被蓋部の萎縮は認めず、冠状断にて正常圧水頭症を示唆する著明な脳室拡大や高位円蓋部の脳溝狭小化を認めない。

明らかな悪性腫瘍の所見は得られなかった。

VSRAD の評価にて z=1.22 であった。

頭部 MRA: 主幹動脈の狭窄や閉塞は認めない。

脳血流シンチグラフィー（IMP-SPECT）: 前頭葉に血流低下を認め左右差は無い。
^{123}I-MIBG 心筋シンチグラフィー : 早期 H/M 比 =2.01、後期 H/M 比 =1.92。

【診断と鑑別診断】

病歴や現症、脳血流シンチグラフィー（IMP-SPECT）の所見は前頭側頭型認知症として矛盾しないと考えられた。

【治療方針・計画】

本人と夫に前頭側頭型認知症であることを伝えた。現状ではこの疾患に対する有効な治療法はなく、今後さらに進行することが予想される様々な症状に対して、介護サービスを含めた患者ケアを構築していく必要があることを説明した。ただ、すでに患者本人は話に耳を傾けることは難しい状況であった。外来診療の中で､院内の医療ソーシャル･ワーカーにも加わってもらい、まず介護保険の申請をしていただくことから開始した。その後も患者本人は来院を拒否され、夫のみが来院して相談をしていくという場面が増えたが、根気強く夫の話を聞いて、現状を把握するように努めた。

【ケアの導入】

夫と二人暮らしはすでに限界に達していると思われ、施設入所をすすめた。要介護Ⅲが認定され、デイサービスやショートステイの準備もしたが、本人が拒否。なかなかうまく機能しない。前頭側頭型認知症においては、その常同行動や被影響性の亢進といった特徴的な症状をうまく利用することが、ケアの面で重要であると報告されている。きまったスタッフが担当できるようにして、本人の趣味に合う作業を提示することによって、毎日の行動をうまくルーティン化できると望ましいと考えられ、担当のケアマネージャーと連絡を取りながら､環境整備をすすめた。地域的にも入所可能な施設が限られ待機期間が長く、その調整には難渋している。介護によってかなり疲弊している夫の状況を改善するためにも、ショートステイの導入が望ましいと考えられる。今後は近医精神科病院の医師とも連携を図りながら、各業種の担当者と協議しつつ、さらに適切な方法を探っていく必要があると考えられた。

【参考文献】

1）池田学、田邊敬貴、堀野敬、他 .Pick 病のケア - 保たれている手続記憶を用いて -. 精神経　誌 .1995;97:179-192.

第５節　大脳皮質基底核変性症

【事例報告 5】76 歳女性。大脳皮質基底核変性症
夫と長男夫婦、孫二人と同居している。73 歳ごろより動作緩慢が目立つようになり、易転倒性が出現するようになった。その後右手がうまく使いにくくなってきて箸が持てなくなったため、左手でスプーンを使用するようになった。また徐々に言葉が聞き取りにくくなってきたため、家族が心配して、76 歳時に当科外来を受診した。

【初診時現症】
〈一般身体所見〉
身長 147cm、体重 45kg、体温 36.9℃、血圧 128/72mmHg、脈拍 62/ 分・整、胸腹部理学的に異常所見なし、両側の下腿に浮腫を認めない。
神経学的には、嗅覚低下なし、眼球運動は垂直方向に軽度の制限を認める、注視眼振なし、複視を認めない。顔面神経麻痺なし、嚥下障害なし、構音障害あり、舌の萎縮なし。両下肢の筋力低下を認める。右上下肢にしびれ感を自覚している。他覚的な感覚障害は明確でない。四肢の深部腱反射は左右差なく亢進している。また両側の Babinski 反射は陽性である。全体に動作緩慢であり、右上肢の巧緻運動障害は著明であり、アテトーゼ様の不随意運動が見られる。安静時振戦はない。右上下肢優位に筋強剛を認める。言語は不明瞭であり、非流暢性の失語を認める。歩行は不能で、車いすレベルの ADL である。自律神経症状は認めない。

【主な検査所見】
〈血液検査〉一般血算生化学所見は異常なし。ビタミン B1、B12、葉酸、コルチゾールは正常範囲、アンモニア正常、甲状腺機能正常、血清梅毒反応陰性。
〈認知機能検査〉MMSE=18、HDS-R=17。
〈画像検査〉
頭部 MRI: 左優位の大脳皮質のびまん性萎縮あり。腫瘍性病変は認めない。
頭部 MRA: 主幹動脈の狭窄や閉塞は認めない。
脳血流シンチグラフィー (IMP-SPECT): 左大脳半球の血流低下を認める。
^{123}I-MIBG 心筋シンチグラフィー : 早期 H/M 比 =1.78、後期 H/M 比 =1.72

【診断と鑑別診断】
この症例は、認知機能低下に加えて、右上肢優位のパーキンソニズムとアテトーゼ様の不随意運動、軽度の垂直性眼球運動障害を認めている。また、頭部 MRI にて左右差のある大脳半球の萎縮所見があり、脳血流シンチグラフィーでも左大脳半球の血流低下を認めている。MRA にて明らかな狭窄病変を認めていないことからも、血管障害による変化と

は考えにくく、変性性疾患の鑑別を要すると考えられる。軽度の垂直性眼球運動障害は、進行性核上性麻痺も考慮する必要がある所見であるが、左右差の明確な上肢の症状がある点や中脳被蓋部の萎縮所見を認めない画像所見などから、本症例は現段階では大脳皮質基底核変性症と考えるのが妥当である。

【治療方針・計画】

患者と家族には、診断病名として大脳皮質基底核変性症である可能性が現段階では高いことを説明した。また進行性核上性麻痺などの他の神経変性疾患の可能性も排除できないが、いずれにしても現在は根本的な治療法はなく、対症的な治療法に限られることをお話しした。認知機能障害に対しては、ドネペジル 5mg を使用し、またパーキンソニズムに対しては l-dopa 300mg を開始しているが、明確な効果は認められていない。今後、精神症状が強く出現してきた場合には、非定型抗精神病薬の投与も考慮していく予定である。また、ミオクローヌスの出現時にはクロナゼパムがある程度有効とされており、使用を検討していく。

【治療・主要処方】

L-dopa 300mg 3x
ドネペジル D 5mg 1x 朝

【ケアの導入】

失語症状に加えて、転倒による圧迫骨折が影響して徐々に歩行困難となり、ADL は車いすレベルに低下している。介護保険が未認定であったため、まず介護保険意見書を作成して認定を受けた。担当のケアマネージャーと協議しつつ､デイサービスを週三回導入し、多くの人と接する機会をつくって刺激を増すと同時に、家族の介護疲労を少しでも和らげることを目標とした。現在は精神症状はほとんどないが、今後認知機能低下の進行とともに、情動変化などが顕在化してくることも予想されることから、家族への説明を行い、症状出現時には薬物治療を行いながら対応していくことを説明して不安の除去に心がけた。

（野村浩一）

【参考文献】

1）Boeve BF, Josephs KA, Drubach DA. Current and future management of the corticobasal syndrome and corticobasal degeneration. In:Duyckaerts C, Litvan I, editors. Dementias: Handbook of clinical neurology, Elsevier;2008:533-548.

第３章　認知症の精神科の診療

第１節　認知症の中核症状と周辺症状

認知症は、記憶障害ならびに認知機能障害（思考・判断・言語・動作・計画性など）が存在し、生活の質が低下する「症候群」である。記憶障害のみあり、日常生活に問題がない場合は、加齢による物忘れや軽度認知機能障害（MCI）とよばれており、認知症という診断はつかない。周辺症状は、幻覚・妄想などの心理症状と脱抑制などの行動異常からなる。

認知症の中核症状と周辺症状を合わせたものが認知症症状である。ここで注意しなくてはいけないのは、中核症状、周辺症状と分けて考えるのは、アルツハイマー病に限定した方がよい。レビー小体型認知症（後述）の幻視は中心症状であるし、前頭側頭型認知症（後述）の人格変化も診断に特徴的な症状であり、「周辺症状」ということができない。

Ⅰ．アルツハイマー病

【事例報告１】７９歳　女性　アルツハイマー型認知症
７５歳頃より物忘れがあり時々つじつまが合わないことがあった。物の置き忘れなども目立つことが多くなってきた。徐々に程度がひどくなり、昔話が増え、同じ話を何度も繰り返すようになった。一方で、新しい出来事はすぐに忘れてしまうようになった。７７歳ころより、物忘れがひどくなり、約束も忘れるようになった。そのことを問いただすと作り話をしてごまかすこともあった。７８歳ころよりは、記憶障害はさらに進み、食事をしたことも忘れることがある。今言ったこともすぐに聞き返したり、料理をしても鍋の空焚きをしたり、買い物にいくと同じものを大量に買ったりするようになり、日常生活でも困難が生じるようになった。最近では、道に迷い、警察に保護されることもある。失禁もみられるようになった。流暢に話をするが、遠回しでまわりくどく、「あれ」「それ」などの代名詞ばかりの会話や、関連のない話題の繰り返しが多い。

上記は、アルツハイマー病の中核症状（後述）を中心とした症例である。アルツハイマー病の診断基準は、DSM-IV や MINCDS-ARDA 研究班の診断基準が用いられることが多い（表 1、表 2）。

表１　DSM-IV 分類による AD の診断基準

A. 多彩な認知障害の発現．以下の２項目がある．
1）記憶障害
2）実行機能障害，失行，失認，失語のうち１つ以上の障害がある．
B. 上記の認知障害は，その各々が，社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし，また，病前の機能水準からの著しい低下を示す．
C. 経過は，ゆるやかな発症と持続的な認知の低下により特徴づけられる．
D. 上記 A に示した認知機能の障害は以下のいずれによるものでもない．
1）記憶と認知に進行性の障害を引き起こす他の中枢神経疾患（例：脳血管障害，Parkinson 病，Huntington 病，硬膜下血腫，正常圧水頭症，脳腫瘍）
2）認知症を引き起こすことが知られている全身性疾患（例：甲状腺機能低下症，ビタミン B_{12} 欠乏症，葉酸欠乏症，ニコチン酸欠乏症，高 Ca 血症，神経梅毒，HIV 感染症）
3）外因性物質による痴呆
E. 上記の障害は，意識障害（せん妄）の期間中だけに出現するものではない．
F. 障害は他の主要精神疾患（例：うつ病，精神分裂病など）ではうまく説明されない．

表２　MINCDS-ARDA 研究班の AD の臨床診断基準

Probable AD の臨床診断基準
・認知障害が臨床経過や知能検査で認められ，神経精神医学的に確認される
・2 つ以上の分野における認知機能障害がある
・記銘と他の認知機能に進行性の低下がある
・意識障害がない
・40 ～ 90 歳の間で発病している（多くは 65 歳以上）
・記憶や認知機能を進行性に悪化するような全身性または他の脳疾患がない
Probable AD を支持する所見
・失語，失行，失認などの認知機能障害が進行性に悪化する
・ADL の障害と行動パターンの変化
・同様の疾患の家族歴がある，特に病理的に確認されている場合
・検査では髄液検査正常，脳波では slow-wave activity などの非特異的変化
・CT 等により経時的に脳萎縮が見られる
Probable AD の診断が妥当でない場合
・急激な卒中様発症
・病初期に片麻痺，知覚脱失，視野障害，共同運動障害等を認める
・発症の極初期に痙攣や歩行障害を認める
Possible AD の診断
・認知症であり，他の神経，精神，全身性疾患が原因になっているとは考えられない場合

アルツハイマー病は健忘を主症状とする認知症の代表疾患である。健忘を理解するには、記憶の分類を理解しておくのが大切である。

記憶は貯蔵時間からの分類と記憶内容からの分類に分けられる。表３に示す。

表３　記憶の分類

１　貯蔵時間からの分類

即時記憶：　情報を与えたあとに、約１分間保持する能力である。例としては、数字を数桁言って、その直後に復唱させることで検査できる。

近時記憶：　情報を与えたあとに、３－４分間その情報を保持する能力である。例としては、３つの単語を言い、その単語を繰り返させ（即時記憶）、他の課題を与え注意を他にむけた３－４分後に３つの単語を答えさせることで検査できる。

遠隔記憶：　生活歴や歴史的事件の再生能力である。生活歴を尋ねることや、歴史的事件を尋ねることで検査できる。

２　記憶内容による分類

大きく顕在記憶と潜在記憶に分類される。

顕在記憶：　学習により獲得された事実や知識に関する記憶である。言葉により説明可能なため、陳述記憶ともいわれる。思い出そうとして思い出す記憶である。顕在記憶はさらに２つに分けられる。

- ✓ エピソード記憶；　学歴・職業歴など個人の生活歴や体験と結びつく記憶である。　“ 何をしたか ” という記憶である。
- ✓ 意味記憶；　日常生活に必要な世間一般に知識の記憶である。“ 辞書 ” のような記憶である。

潜在記憶：　顕在記憶と異なり、思い出そうとする意識的な努力なく過去がよみがえるものをいう。言葉やイメージで表せないため、非陳述記憶ともよばれる。これは３つにわけられる。

手続き記憶；　いわゆる技能に関する記憶である。自転車に乗ることや、水泳など “ からだで覚えている ” ものである。

プライミング；　ある課題（選考刺激）を行ったことが、その後に行われる類似の課題の遂行に対して影響を与える事象をいう。例をあげると、連想するゲームを行う前に果物の話をしておくと、黄色という課題からバナナなどの回答が多くなることである。　これは、単語や概念がネットワークを互いに形成しているからと考えられている。

古典的条件づけ；　代表的なものでは、パブロフの犬が有名である。犬にメトロノームを聞かせる。犬にえさを与える。その際に、犬はえさを食べながら唾液がでる。これを繰り返す（条件付け）。すると犬はメトロノームの音を聞いただけで唾液を出すようになる。

さて、アルツハイマー病であるが、代表的な症状はエピソード記憶の障害である。アルツハイマー病の病初期より障害されることが明らかになっている。学生時代に学んだ “ 意味記憶 ” は保たれて難しい話をしているのに、最近の日常的なことは覚えていないといったことが生じる。アルツハイマー病の特徴として、取り繕いがみられる。“ 記憶 ” の障害があるため、返事に困りうまくその場を切り抜ける（取り繕い反応）ため、日常会話だけでは変化に気づくのが難しい。

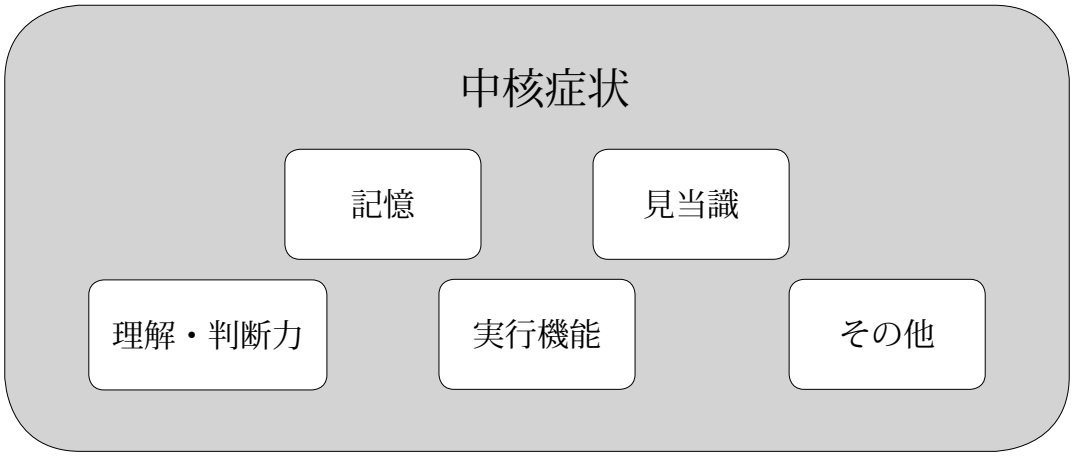
貯蔵時間の観点からみると、アルツハイマー病で最初に障害されるのは近時記憶である。

即時記憶は保たれているため、その場での会話では問題なく、遠隔記憶も保たれ、過去の話も想起可能である。段々と即時記憶も障害されて会話の内容が正確に保持されなくなり混乱してくる。最終的には遠隔記憶も障害される。

Ⅱ．認知症の中核症状とは？

下記（図 1）に示すように、中核症状は主に記憶・見当識・理解判断力・実行機能などの障害である。これらが障害されることにより、周囲の出来事の把握が困難になっていく。

図 1　認知症の中核症状



1）見当識障害

記憶障害と同様に病初期より現れる障害である。見当識は大きくわけて時間・場所・人物にわけられる。見当識で初期に障害されるのは時間に関してである。これが障害されると、長時間待つとか、予定を合わせて準備をするといったことが困難になる。さらに進むと、時間だけでなく日付や季節、年次などがわからなくなる。場所の見当識障害では、方向感覚が低下し、近所の通りなれた道でも迷子になったりする。初期には周囲の景色を手がかりに道を間違えないこともあるが、暗くなったりすると手がかりが無くなり迷子になりやすくなる。進行すると、家でもトイレや台所の場所がわからなくなったりする。人物に関する見当識障害は、病状がかなり進行してから生じる。遠隔記憶が障害されたりすると、人との関係がわからなくなる。子供と親を間違えたり、家族・親類に対して他人行儀で挨拶をしたりして、家人を混乱させることがある。

２）理解・判断力の障害

物事の判断ができなくなる。思考速度が遅くなったり、一度に処理できる情報量が減ったりする。また、些細な変化についていけず、予想外の出来事で混乱をきたしやすくなる。

３）実行機能障害

段取りや計画をたてるのが困難になる。代表的な例としては、料理がある。食事の段取りが悪くなるのは、ご飯を炊き同時におかずを作るなどが困難だからである。味付けもかわってくる。また、家電製品のリモコンが使えなくなるなどの症状もよくみられる。

４）その他の症状として失認、失語、失行

失認は、それが何かわからないといった症状である。アルツハイマー病では、視空間失認が特徴である。まとまりのある形態の動き、奥行き、位置な空間的に把握する能力が障害される。検査では、立方体の模写ができないなどがある。失語は物や人の名前がでてこないなどである。アルツハイマー病では、超皮質性感覚失語とよばれる失語が特徴であり、滑らかな会話ではあるが、いい間違いが頻発し内容にそぐわない空疎な話し方である。症状が進むと失行が認められるようになり、手足に麻痺はないのに洋服を着てボタンがとめられなくなったり、うがいをして水を出すといった一連の動作ができなくなる。

【事例報告２】７６歳　女性

夫とは死別しており、長男夫婦と同居している。３年前から物忘れが見られるようになった。買い物にいっても同じものを買ってしまったりしていた。３ヶ月ほど前から「嫁が自分の財布をとった」といった言動がみられるようになった。嫁が一緒に探すと布団の中から出てきたりするが、「嫁が隠した・・」などと息子に話したりする。介護している嫁も疲弊が強く、家族につれられ来院した。

【事例報告３】８０歳　男性

３年前にアルツハイマー病と診断されて、かかりつけ医に通院している。長谷川式簡易知能検査では 15/30 点である。最近、何事に対しても無関心となり、デイサービスでも他人と交流することを嫌うようになった。表情も無くなり、喜怒哀楽を示さなくなった。家庭内でもしゃべらなくなり、ふさぎ込んだりしている。食欲も低下している。心配した家族につれられ、来院した。

上記２症例は、認知症の周辺症状が問題となっている。認知症の周辺症状は、認知症の行動と心理症状（BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）ともいわれている（ここでは、周辺症状で統一する）。周辺症状は表 4 のように２つに分けることが可能である。

表４　周辺症状の分類

行動症状	心理症状
本人の観察により認められる ● 攻撃的行動 ● 不穏 ● 焦燥 ● 徘徊 ● 性的脱抑制 ● 収集癖 ● ののしり ● つきまとい など・・・	本人や家族との会話・面接によりわかる ● アパシー ● 不安 ● 抑うつ ● 幻覚 ● 妄想 など・・

認知症の周辺症状は、患者のみならず家族・介護者に大きな苦しみを与え、施設入所を早めたり、生活の質を大きく低下させる。家族・介護者にとっては、最も負担となる症状ともいわれている。周辺症状の中で、「感情の症状」は認知症の初期におきやすい。焦燥や精神病的症状（妄想など）は認知機能が中等度障害になると多くなるとされている。

以下に主だった周辺症状について解説する。

１）妄想

ものとられ妄想が代表的である。自分が置いたものを忘れてしまう。置いたはずの財布がない・・などで誰かが「盗んだ」といった妄想になる。つまり、記憶障害があり、それに人間関係が加わり、ものとられ妄想に発展する。

２）徘徊

場所がわからない。方向がわからないといった、場所の見当識障害や視空間認知の障害にさまざまな心理的要因が加わり、徘徊が認められる。家庭内でもトイレの場所もわからず排泄してしまうなどもみられるようになる。排泄の失敗は自尊心を傷つけ、不安・焦燥が大きくなる要因の１つとなる。

３）暴言暴力

代表的な周辺症状である。認知症が進行すると着替え、着脱で介護が増える。しかし、介護者が何も言わずにいきなり着替えをしたりすると、自分では理解できないため「なぜ？」と感じたり、攻撃されているのではと感じたりする。このようなことから、恐怖心・猜疑心が生じ暴言・暴力に発展する。

４）アパシー

活動性の低下の代表はアパシーである。周囲に関心を払わなくなる。周りからは意欲

がないという感じがするが、本人は何も感じていない。初期にもみられ、症状が進むとより見られるとされている。

Ⅲ．アルツハイマー病以外の認知症

【事例報告４】７５歳　男性
１０年前より高血圧、糖尿病を指摘され、近医内科で投薬を受けている。１年前に、急に意識を失い救急病院に搬送された。脳梗塞の診断で治療を受けたが、右半身に軽度の麻痺ならびに構音障害が残存した。退院後は、動作が緩慢であり、転倒もみられるようになった。また、尿失禁もみられるようになった。半年前に再度脳梗塞の発作に襲われた。幸い麻痺の程度や構音障害にはあまり変化はなかったが、しまい忘れや置き忘れなどの物忘れも多くなり、調理器具の使い方がわからなくなるなど生活に支障がでるようになった。また、感情をコントロールできず、ちょっとした事で泣いたり、怒ったりするようになることが増えた。

これは､脳血管性認知症の症例である。原因は脳梗塞や脳出血などの脳血管障害である。脳血管障害を１回生じただけでも認知症になることもあるが、２回以上の脳血管性障害により認知症になることの方が多い。

脳血管性認知症では、中核症状、周辺症状ならびに随伴する麻痺などの神経症状が認められる。中核症状はアルツハイマー病の中核症状とは大きな違いはない。周辺症状も認められ､さまざまな症状があるが､アルツハイマー病の周辺症状と比べて､感情失禁（ちょっとした事で泣いたり、怒ったりする）や易興奮性などが多いとされている。

また、脳血管障害がおきた領域の機能が強く障害され、脳血管性障害のない領域の機能は保たれているのも特徴である。たとえば、言語に関する領域に脳梗塞があると言語に関連する機能は障害されるが、記憶障害は比較的軽度ということもある。これを「まだら認知症」という。また、アルツハイマー病は徐々に進行していくが、脳血管性認知症の場合は、脳血管障害の発作がおこるたびに段階的に症状が悪化していく。そのため、脳血管障害の発作を抑えることで認知症の悪化を防ぐことが可能である。（表５ アルツハイマー病と脳血管性認知症の鑑別）

表５　アルツハイマー病と脳血管性認知症の鑑別

	アルツハイマー病	脳血管性認知症
発症	徐々に	急激に
進行	徐々に	階段状に
病識	乏しい	もっていることが多い
神経症状	末期までなし	運動麻痺、嚥下障害、構音障害、パーキンソン病様の症状などの局所神経症状
動作	スムーズ	緩慢
まだら上の機能低下	あり	なし

【事例報告５】７３歳、女性　レビー小体型認知症
夫とは死別し、娘と二人暮らし。１年程前から時々つじつまの合わないことを言うようになった。半年程前からは「部屋に子供がいる」「お祭りをしている」と話すようになる。周りからみていると、頭がはっきりしているときとボーとして幻視が出やすくなっているときの波があるようにもみえた。さらに、夜中に急に大きな声で寝言を言ったり、手足を大きく動かすなどの症状もみられるようになった。日常生活は何とか自立しているが、食事の準備がうまく出来ないことも増えている。心配した娘につれられて、来院した。初診時、礼節は保たれ疎通も良好であった。　MMSE(Mini-Mental State Exam) は20点であった。五角形の模写は出来ず、書字は手が震えて小さな字になっていた。

これはレビー小体型認知症の症例である。脳内にレビー小体（脳神経細胞内にあるα―シヌクレインというタンパク質が固まったもの）が中枢神経系を中心に認められる。

レビー小体はパーキンソン病患者の脳内に出現することが知られていたが、大脳皮質などにも出現すると認知機能が障害されレビー小体型認知症をひきおこす。

１）レビー小体型認知症も、記憶障害や理解力・判断力の低下をきたす。

ただし、病初期から中期にかけては、記憶障害はあまり目立たず、幻視･認知の変動･意識の変容・パーキンソン症状（動作緩慢・筋強剛・姿勢反射障害など）・レム睡眠行動障害･抑うつ･自律神経症状･失神など、特徴的な症状がさまざまに出現する。レビー小体型認知症の場合、認知の変動が特徴である。具体的には、頭がはっきりしている状態とボーッとしている状態の波が激しい。

２）レビー小体認知症に特徴的な症状に、「幻覚」があげられる。特に「幻視」が特徴である。

「子供が居間に座っていて、こちらを見ている‥」といった具体的な幻視が特徴である。

この幻視から妄想に発展することも多い。知らない人が家に入ってきているといった幻視から、泥棒がいるといった妄想に発展し、警察を呼ぶなどの行動もよくみられる。

3）レビー小体型認知症では、抑うつが病初期にみられることが多い。「老人性うつ病」と誤診されることも少なくない。

4）「レム睡眠行動障害」がみられることもある。睡眠中に大声をあげたり、暴れたり、横で寝ている人に暴力をふるったりといった行動がみられる。

5）また、レビー小体型認知症は、パーキンソン病に特有のパーキンソン症状が現れるのが特徴である。振戦・筋固縮・無動 / 動作緩慢・姿勢反射障害といった 4 大運動徴候などがある。振戦は症状が進むまで目立たないこともある。他にも、小字症、小声症、脂漏性顔貌、仮面様顔貌、歩行時の前屈・すり足・小股・突進歩行などがある。また、自律神経症状（立ちくらみ、排尿障害、便秘など）も認められる（表 6）。

表 6　レビー小体型認知症（DLB）の臨床診断基準改訂版

（1）中心的特徴（DLB ほぼ確実 probable あるいは疑い possible の診断に必要）

正常な社会および職業活動を妨げる進行性の認知機能低下として定義される認知症。

顕著で持続的な記憶障害は病初期には必ずしも起こらない場合があるが、通常、進行すると明らかになる。

（2）中核的特徴（2 つを満たせば DLB ほぼ確実、1 つでは DLB 疑い）

a. 注意や覚醒レベルの顕著な変動を伴う動揺性の認知機能

b. 典型的には具体的で詳細な内容の、繰り返し出現する幻視

c. 自然発生の（誘因のない）パーキンソニズム

（3）示唆的特徴（中核的特徴 1 つ以上に加え示唆的特徴 1 つ以上が存在する場合、DLB ほぼ確実。中核的特徴がないが示唆的特徴が 1 つ以上あれば DLB 疑いとする。示唆的特徴のみでは DLB ほぼ確実とは判断できない）

a. レム期睡眠行動異常症（RBD）

b. 顕著な抗精神病薬に対する感受性

c.SPECT あるいは PET イメージングによって示される大脳基底核におけるドパミントランスポーター取り込み低下

（4）支持的特徴（通常存在するが診断的特異性は証明されていない）

a. 繰り返す転倒・失神

b. 一過性で原因不明の意識障害

c. 高度の自律神経障害（起立性低血圧、尿失禁等）

d. 幻視以外の幻覚

e. 系統化された妄想

f. うつ症状

g.CT/MRI で内側側頭葉が比較的保たれる

h. 脳血流 SPECT/PET で後頭葉に目立つ取り込み低下

i.MIBG 心筋シンチグラフィで取り込み低下

j. 脳派で除波化および側頭葉の一過性鋭波

（5）DLB の診断を支持しない特徴

a. 局在性神経徴候や脳画像上明らかな脳血管障害の存在

b. 臨床像の一部あるいは全体を説明できる他の身体的あるいは脳疾患の存在

c. 高度の認知症の段階になって初めてパーキンソニズムが出現する場合

（6）症状の時間的経過

6）パーキンソニズムが存在する場合

パーキンソニズム発症前あるいは同時に認知症が生じている場合、DLB と診断する。認知症を伴う Parkinson 病（PDD）という用語は、確固たる PDD の経過中に認知症を生じた場合に用いられる。実用的には、臨床的に最も適切な用語が用いられるべきであり、レビー小体病のような包括的用語がしばしば有用である。DLB と PDD 間の鑑別が必要な研究では、認知症の発症がパーキンソニズムの発症後の 1 年以内の場合を DLB とする“1 年ルール ”を用いることが推奨される。それ以外の期間を採用した場合、データの蓄積や比較に混乱を生じることが予想される。臨床病理学的研究や臨床試験を含む、それ以外の研究の場合は、DLB と PDD の両者は、レビー小体病あるいはαシヌクレイン異常症のようなカテゴリーによって総合的に捉えることが可能である。

[＊ McKeith IG,Dickson DW,Lowe J,et al;Consortium on DLB.Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies：third report of the DLB Consortium. Neurology.2005;65（12）：1863-1872.]

【事例報告６】６０歳　男性　前頭側頭型認知症

元来真面目で、大人しい性格であったが、数年前から性格がかわったように妻には感じられていた。騒がしくなり、派手になり、やたらと買い物をすることが多くなった。数ヶ月前には万引きをして、警察の世話になることもあった。妻と一緒に外出しても、飲食店で平気で店のものをとって食べてしまったり、常識がなくなってきている。心配した家人につれられて、受診した。診察場面では、鼻歌を歌ったり、ベッドに勝手に横になったりといった行動がみられた。質問に対しても、すぐに「わからない」といった返答であった。

前頭側頭型認知症の症例で、前頭葉を中心とした脳の前方部の障害により独特の性格変化、行動障害を示す。前頭側頭型認知症の場合には、記憶障害よりも初期からの性格変化が目立つ。家族は、もの忘れを指摘することもあるが、それよりも「言動がおかしい」「人が変わった」と訴えることのほうが多い。

アルツハイマー病と異なり、病初期より病識は失われ、気侭な言動が目立つ。アルツハ

イマー病では記憶障害を補うために「取り繕い」の応対が目立つが、前頭側頭型認知症では、考え無精やでまかせ応答とよばれる「わからない」「もういいだろ」「知らない」と即答するなどの返答が特徴とされている。

徘徊も認められるが、アルツハイマー病とは異なり、同じ経路を徘徊することが多く、「常同的」な周遊ともよばれる。その途中で万引きなどをしても、反省なくあっけらかんとしていることが多い。また、その場とは関係のない言葉を繰り返すこともある。「○○を買う」という言葉をその場とは関係なく話したりすることがある（滞続言語という）。

コラム：　暴力的な認知症症例への対応方法

興奮する患者に言葉でアプローチすることで、患者との間に協調的な関係が生まれ、最終的に言葉を通じて興奮を静めることができると考えられている。言葉での対応の前に、まずは態度が大切である。

- 危険物を取り除く
  ネームプレートを首から下げている場合には、はずしていく。ネクタイもはずすのが大切である。首をしめられる可能性がある。
  また、胸などのポケットからもペンやはさみなどを出しておく必要がある。
- 距離をとる
  腕二本分の距離をあけることが大切である。殴られたり、蹴られたりするのを防ぐためである。また、必要時以外は接触しない。安心させようと、手を添えることをしがちだが、攻撃と勘違いされ、興奮がひどくなることが多い。むやみにタッチングをしない。急な動きもしない。
- 両手は相手に見えるようにしておく必要がある。武器を隠し持っていると勘違いされることがある。凝視することは避けるのも大切である。大事なときだけ相手をみる。さらに大事なのは、笑顔をみせない。嘲笑されている、馬鹿にされていると思われ、興奮がひどくなる。また、腕組みもよくない。「うんざり」といった印象を相手に与えてしまう。

ここで、言葉に気をつける。

- 何人かで囲んでいる場合には、話をするのは一人にする必要がある。何人かで話しかけた場合、混乱がひどくなることが多い
- 単文や簡潔な言葉にする。情報処理能力が落ちているので、混乱がひどくなる。
- こちらが落ち着いた態度をみせるのが大切である。そのためには、ゆっくりと話をする、声のトーンを下げるのが大切（不安で落ち着きない場合には、早口・高音となります）。
- 話を聴く場合には、興奮している患者は具体的な要求を持ってことが多く、その要求を明らかにする。言い方の例としては、「ここでどういうことを期待しているのか教えてもらえませんか？」、「要求を満たすことはできないとしても、教えてくれれば、

いっしょになんとかできるかもしれないです」など。

- 発言に注意深く耳を傾け、その発言を繰り返し言うことにより、理解を示す。批判するようなことは避ける。言い方の例としては、「…と言っておられましたが、それでよろしいですか？」

これだけ気をつけるだけでも、興奮はしずまることが多い。

第２節　認知症周辺症状と精神科疾患の鑑別

認知症周辺症状と精神科疾患の鑑別は困難なことも多い。認知症の周辺症状と思っていて、精神科疾患を見逃すと、患者の生活の質・予後にも影響することがある。

【事例報告７】
７５歳の男性。　近医通院中であるが、長谷川式簡易知能検査で２０点であり「軽い認知症」といわれていたが、日常生活も自立できており、趣味の庭いじりを日課にしていた。今回は肺炎のため入院となった。入院当日の夜、「足元に蛇がいる」と怯え，安静臥床ができない状態になった。翌朝には穏やかになったが、前の晩のことをよく覚えていない。日中は穏やかに過ごしているが、放っておくとウトウト眠り込んでしまう。自分が何故入院しているのか解らないようで、言いたいことも要領を得ない。何度も同じことを訊き返し、食事を摂ったこともすぐに忘れてしまう。夜になるとまた「知らない男が何人もやってきて毒を飲ませようとする」などと大騒ぎになるが、やはり翌朝にはそのことを覚えていない。

臨床現場では「認知症（の悪化）」と誤診されがちな症例である。これは､せん妄である。せん妄とは以下の基準を満たす場合に診断する（表 1)。

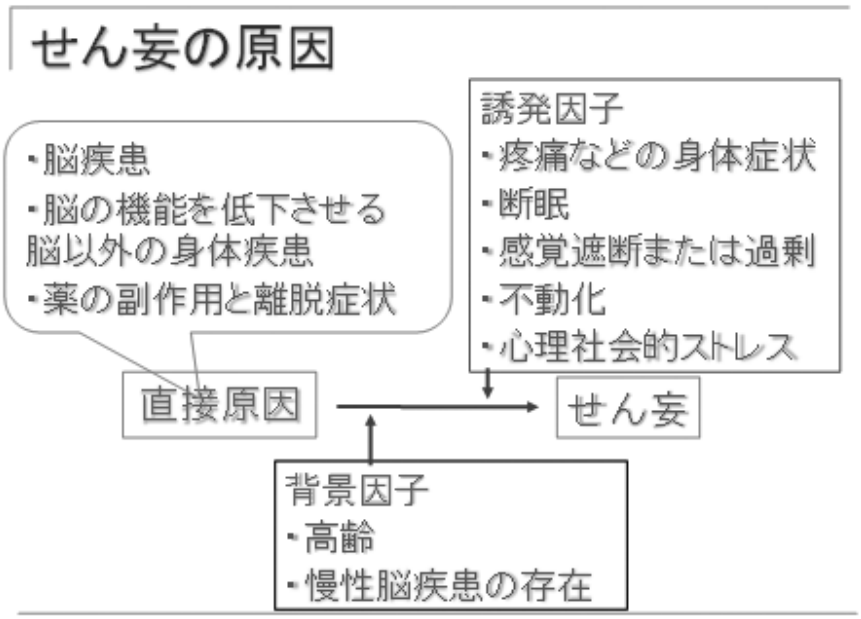
表１　せん妄の診断基準

● 注意を集中し，維持し，転導する能力の低下を伴う意識の障害（すなわち環境認識における清明度の低下）
➢ 質問に集中できない、ぼーっとしていて周囲の状況が良くわかっていない
● 認知の変化（記憶欠損，失見当識，言語の障害など），またはすでに先行し，確定され，または進行中の認知症ではうまく説明されない知覚障害の出現
➢ 見当識障害、幻覚、妄想など
● その障害は短期間のうちに出現し（通常数時間から数日），１日のうちで変動する傾向がある
➢ 一日の中で症状のむらがある、夜間に悪化することが多い
● 病歴，身体診察，臨床検査所見から，その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある
➢ 原因となる身体疾患や薬剤の影響が必ずある。しかし、同定されないことも多いし、多岐にわたることもある。

最も大切で強調される点は、せん妄は認知症の周辺症状（認知症の行動と心理症状（BPSD :Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）ではない。

せん妄は下記の図 1 に示す、直接原因、背景因子、促進因子が絡みあい発症する。直接原因がないとせん妄は発症しない（つまり、心理的ストレスだけでは、せん妄は発症しない）。いままでせん妄のなかった症例がせん妄を発症した場合には、何らかの「直接原因」が新たに生じたことを意味するので、身体的検索が必要である。新たな感染症がおきていたり、新規に開始した薬剤が直接原因のことも多い。この症例の場合には、肺炎（感染症）が直接原因の可能性が高い。

図 1　せん妄の原因



背景因子として、高齢と慢性脳疾患があげられる。認知症はここに入る。高齢ならびに認知症は、せん妄発症の危険因子である。

【事例報告８】７０歳　女性
一週間前、買い物の途中で交通事故に遭い、両大腿骨と腰椎を骨折して入院となった。手術は無事に終わったが、しばらくベッド上での安静が必要な状態である。入院５日目より元気がないことが多くなり、看護師や家族が話しかけてもあまり返事をしない。「私、何でここに居るのかしら」などと言うことがあったが、看護師が入院の経緯を説明すると「そうだったわね」と素直に納得する。毎週、楽しみにしていたテレビドラマも興味がなくなってしまった。夜はジッと天井を眺めていてあまり眠っておらず、急に「早くお買い物に行かなくちゃ」とつじつまの合わないことを言うこともある。

せん妄というと「不穏」といった印象があるが､大きく分けて２つのタイプが存在する。過活動型と低活動型である（混合型もある)。過活動型は、いわゆる「不穏」が主になるものである。低活動型は、とても見逃されやすい状態で､「元気がない」とか「鬱っぽい」と誤って認識されていることが多い。実際には、特に高齢者や身体的重症例の場合には、過活動型せん妄より、低活動型せん妄の方が多いことが知られているため、低活動型せん妄に注意していく必要がある。提唱されている分類を参考に示す（表 2)。

表２　せん妄のサブタイプ

過活動型せん妄
24 時間以内に下記 2 項目以上の症状（せん妄発症前より認める症状ではない）が認められた場合
- 運動活動性の量的増加
- 活動性の制御喪失
- 不穏
- 徘徊

低活動型せん妄
24 時間以内に下記 2 項目以上の症状（せん妄発症前より認める症状ではない）が認められた場合
活動量の低下または行動速度の低下は必須
- 活動量の低下
- 行動速度の低下
- 状況認識の低下
- 会話量の低下
- 会話速度の低下
- 無気力
- 覚醒の低下 / 引きこもり

なぜ、せん妄が注目されているのか？　多くの予後調査から、せん妄になった症例は各種予後が悪化することがわかっている。死亡率だけでなく、自宅退院が減ったり、認知症発症のリスクが高くなることがわかっている。また、医療経済的にも、在院日数の長期化をはじめ、医療費の増加が認められている。

せん妄は認知症との鑑別が大切である。せん妄と認知症の鑑別を示す（表３　せん妄と認知症の鑑別)。

表３　せん妄と認知症の鑑別

せん妄	認知症
急性の発症	ゆるやかな発症
意識を障害	記憶を障害
症状・重症度は変動性	ゆっくり進行性
可逆性	非可逆性

文章にすると簡潔であるが、実際の臨床現場では鑑別が困難なことが多い。発症様式においても、せん妄は急性の発症であるが、認知症でも脳血管性認知症やレビー小体型認知症では発症が急性のものも少なくない。また、せん妄の特徴として症状・重症度の変動があるが、レビー小体型認知症ではよくみられる症状でもある。また、アルツハイマー病の夕暮症候群（周辺症状の１つであり、午後または夕方に BPSD が増悪する現象。概日リズム・ホルモン・環境などが関係するといわれている）も変動の１つであり、鑑別は難しい。せん妄は今までは可逆性（一過性の症候群）とされてきた。しかし、最近の研究では、持続した認知機能障害はまれではなく、認知症への移行も認められることがわかっている。

せん妄と認知症が併存した場合には、せん妄の診断はさらに困難となる。せん妄と認知症の併存は高率であり（入院症例では特に高率であり 50% 以上）、症状もオーバーラップしているためにせん妄の発見が困難となる。認知症症例の場合、今までと異なった精神・行動の異常がみられた場合、せん妄をまずは疑う必要がある（直接原因の検索のため）。

【事例報告９】７０歳　女性
夫とは死別し、長男夫婦と生活している。今まで特に大きな疾患に罹患した事はない。数ヶ月前から、「体が疲れる・・肩こりがする・・」ということが多くなってきた。食欲不振も重なり、体重もへってきている。近医内科受診するも特に異常はみとめられなかった。１ヶ月前頃より不眠もみられるようになった。　寝付きはいいが、２時間くらいで目が覚めてしまい、その後眠れない。今まで好きだった、カラオケにも友人とでかけなくなった。１週間くらい前からは、いてもたってもいられない状態で、部屋をウロウロとしている。以前から友人と会う約束があったことを家族が指摘しても、「わからない・・わからない・・」と落ち着かない。認知症を疑われ、受診となった。

上記症例は、うつ病である。うつ病（Depression）, 認知症（Dementia）、せん妄（Delirium）の頭文字 D をとり、３D とも呼ばれ、老年症例を見た場合には鑑別をするのが大切である。先に述べたが、認知症とせん妄の鑑別は実際困難な場合が多いが、うつ病と認知症も誤診されることが多い。

表４　うつ病の診断基準
（DSM―５ 精神疾患の診断・統計マニュアル　医学書院　高橋三郎・大野裕　監訳 2014 による。一部改変）

以下の症状のうち５つ（またはそれ以上）が同じ２週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている (1) 抑うつ気分または (2) 興味または喜びの喪失は必須。くわえて、その症状は臨床的に著しい苦痛または社会的・職業的・他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

(1) 患者の言明（例えば、悲しみまたは、空虚感を感じる）か、他者の観察（例えば、涙を流しているように見える）によって示される。ほとんど１日中、ほとんど毎日の抑うつ気分
(2) ほとんど１日中、ほとんど毎日の、すべての、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退（患者の言明、または他者の観察によって示される）
(3) 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加（例えば、１カ月で体重の５％以上）、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加
(4) ほとんど毎日の不眠または睡眠過多
(5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止（他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚でないもの）。
(6) ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退
(7) ほとんど毎日の無価値感、または過剰である不適切な罪責感（妄想的であることもある）、（単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪の意識ではない）。
(8) 思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる（患者の言明による、または他者に観察される）
(9) 死についての反復思考（死の恐怖だけでない）、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画。

表５　認知症とうつ病の鑑別

	うつ病	認知症
発症の仕方	亜急性	徐々に
憂うつ感	訴える	訴えないことが多い
見当識障害		
記銘力障害	通常認めない	認める
物忘れの訴え	強調する　深刻	自覚なし　深刻味なし
答え方	否定的な答え（わからない）	作話・つじつま合わせ
日内変動	あり（午前中が悪い）	通常はなし（夕暮れ症候群をのぞく）

うつ病は、診断基準にもある通り、抑うつ気分や精神運動抑制（制止）、思考力・集中力の減退などから認知症に似た症状を呈し、仮性認知症という状態を呈することがある。うつ病患者では、質問に対して反応は遅く、考えた末に「わからない」といった ”do not know answer” をすることが多い。

一方で認知症患者の場合には、曖昧に答えたり、腹をたてたり、奇妙な弁解をしたり、正当に近い答え（near-miss answer）が多い。ただし、現実の臨床現場では、鑑別が困難で経過をみていかなくてはいけない症例も多い。一般的には、仮性認知症はうつ病治療に成功すれば、認知機能は回復する。しかし、最近の調査では仮面認知症は認知症への移行が多いことも指摘されている。

老年期のうつ病は、妄想を持ちやすいことも指摘されている。うつ病の３大妄想は、貧困・罪業・心気妄想である。貧困妄想は、金銭的な余裕があるにも関わらず「財産が無くなってしまった。明日の食事代もない・・」などと訴える。罪業妄想は、とるに足らないことをしても、「○○をして、取り返しのつかない事をしてしまった・・」といった訴えを行い、自分を責める。心気妄想は、ささいな身体の異常に関して、複数の医師が何度否定しても「自分は○○癌にかかっている。重篤な病気にかかっている」といった考えにとらわれて苦しんでいる状態である。一方で認知症の妄想は、記銘力低下が基本にある「物とられ妄想」である。

一方で老年期のうつ病の特徴としては、抑うつ感よりも焦燥感が強くでることも多く、落ち着きなく部屋を歩き回ったりすることも少なくない。自殺企図に至る症例も少なくない。

レビー小体型認知症の場合、病初期にうつ病と鑑別が非常に困難なことがあるため、経過観察が重要である。最近の研究では、うつ病は認知症の危険因子であることもわかっている。うつ病の病歴があると、約２倍アルツハイマー病になりやすいことがわかっている（＊ Ownby ら Arch Gen Psychiatry 2006)。

また、軽度認知機能障害の患者をフォローアップしてみると、うつ病の症状があった患者の 82％が３年間のうちに認知症を発症していることも報告されている（非うつ病患者では 32%）（＊ Modrego ら Arch Neurol 2004)。さらには、うつ病は再発が多い症候群であるが (一度うつ病に罹患した人は 50％の確率でうつ病が再発する。二度うつ病罹患歴がある場合には 70％、三度の場合には 90％といわれている。再発を繰り返す場合には薬物療法の継続が必要)、うつ病罹患歴が一度の患者を基準とすると、5 回以上再発を繰り返した患者のアルツハイマー病発症のリスクは 6 倍以上になる（＊ Kessing ら J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004)。したがって、うつ病の適切な治療・再発予防が大切となる。

コラム：　精神科医療現場から一言

認知症についての啓発事業が進んでいる。認知症患者への薬物療法の有用性や、周辺症状への対応などの講演会などが頻繁に行われている。国も、認知症になっても本人の意思

が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続ける社会の実現をめざしている（＊厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム 今後の認知症施策の方向性について 平成 24 年 6 月 18 日)。また、精神科病院に入院している認知症患者は倍増しているとの批判もある（1996 年 2.8 万人から 2008 年 5.15 万人)。この批判は、高齢者人口増加ならびにそれに伴う認知症患者増加を考慮にいれておらず、精神科病院批判のための数字との批判も多い。精神科臨床医、特に精神科病院で働く医師は、こういった啓発事業ならびに認知症の施策方向性に非常に違和感をおぼえる。大切なことは、認知症は残念ながら進行性の疾患である。進行を遅延させると称した薬剤も存在するが、統計的に遅延させても、臨床的に遅延させると実感している医師や家族は限られているのではなかろうか（科学的にも限定的とされている）？

精神科医療、特に精神科病院では、重度の症例を扱う。徘徊への対応に関しても、「背景には不安があるから、話をゆっくり聞いて」「本人に寄り添って」などが勧められているが、これは軽度から中等度認知症に対する話である。重度の認知症の現場では、このような対応では徘徊を防ぐことはできない。会話は成立せず、寄り添えば、暴力につながることも多い。

精神科医療現場では、非薬物による鎮静方法（verbal de-escalation 法）や場合によっては短期の薬物による鎮静、拘束、隔離などを適切に行いながら対応している。拘束や隔離は、精神科病院では法律で厳格に規定されており、1 日に数度の診察とアセスメントを行ない、法律を遵守しながら行っている（ちなみに一般病院や施設では拘束や隔離に対しての法律はない)。周辺症状やせん妄が重度になった場合、在宅あるいは老人保健施設での管理は不能である。家族も患者も共倒れになる。精神科病院への入院治療に関して批判的な意見が多いが、認知症医療において大切な資源である。

（岸　泰宏）

＊参考図書 黒澤尚 もの申す！ 重度認知症治療の治療現場から；精神科医ドクター HK の挑戦（4）へする出版 東京 2009

第４章　高齢者リハビリテーション医学の事例

第１節　脳梗塞後のリハビリテーション

リハビリテーションはまず障害評価を充分に行い、評価に基づいたリハビリテーション処方をおこなったうえで、有効なリハビリテーション施行が可能となる。

【事例報告１】73 歳　男性
右中大脳動脈領域の脳梗塞を発症し、急性期病院で加療され、その後回復期リハビリテーション目的に回復期病院へ転院した。患者さん本人と妻（66 歳）は自宅退院を希望している。

症例は典型的な脳梗塞片麻痺の一例である。少なくとも高次脳機能障害、嚥下障害、片麻痺のレベル、感覚障害、体幹機能障害、基本動作能力はしっかりと評価する必要がある。評価の結果からひきだした問題点に対しリハビリ処方を行う。さらに退院時の予後を入院時点で明確に予測することで早期から自宅退院の準備が可能となり、退院まで円滑にすすめられる。

Ⅰ．問診のポイント（表１）

１）発症時、転院時の機能、日常生活動作（ADL: activities of daily living）

２）発症前の ADL

３）家族背景：同居家族、近隣の介護可能な家族の人数、家族の健康状況、仕事状況、病前からの患者との関係性、経済状況

４）家屋環境：マンションか一戸建てか？エレベーターの有無、持家か賃貸か？階段などの段差の有無、トイレは洋式か和式か？布団生活かベッド生活であったか？

表１．問診のポイント

１．発症時および転院時の機能・ADL
２．発症前の ADL
３．家族背景 ・同居家族や，近隣に住んでいて介護可能な家族が何人いるか ・家族の仕事状況（出勤時間の把握） ・家族の健康状況（認知機能はどうか，介助が可能な体か，仕事や通院で家を離れる時間があるか） ・病前からの患者との関係性 ・経済状況
４．家屋環境 ・マンションか一戸建てか（マンションの場合，エレベーターがあるかどうか） ・持ち家か賃貸か（改修ができるかどうか） ・階段など大きな段差があるかどうか ・トイレは洋式か和式か ・布団生活であったか，ベッド生活であったか

Ⅱ．診察のポイント（表２）

１）意識障害・失語症：意識障害はしっかり目をさましているか、ぼんやりしていないか、失語は挨拶や会話がしっかりできるかを判断の１つとする。

２）高次脳機能障害：注意障害や半側空間無視、およびそれらを内包する認知機能障害があると動作時の安全確認が不十分となり、転倒リスクがあがるとともに、家族の見守りなどの介護負担も増す。注意障害は話をしっかり聞いていられるか、キョロキョロして落ち着かないか、半側空間無視は一方だけに顔を向けていない、麻痺側にあるものや人に気付けるか？認知機能障害は指示理解力､ブレーキ忘れなどの危険行動を観察する。

認知機能の評価法として長谷川式簡易知能評価スケール（HDS － R）と Mini-Mental State Examination（MMSE）がある。注意力障害の評価法では Trail Making Test（TMT）があり、注意の持続・維持・選択性の検査である Part A と注意の分配性・転換性の検査である Part B からなる。

半側空間無視の評価法として、時計や花の絵などの図形模写を行う模写・描画試験、線分末梢試験、線分二等分試験（20cm の線分の中点に印をつける）、50cm の巻尺の中央をつまませ中点（25cm）より右側へ 2cm 以上ずれると左半側空間無視を疑う。

３）嚥下障害：嚥下障害があると誤嚥性肺炎の原因となり、胃瘻などの管理や特殊な形態の食事の準備など、家族への介護負担となる。ガラガラ声（湿性嗄声）や痰がらみに注意する。簡単な評価法として反復唾液嚥下テスト（RSST; Repetitive Saliva Swallowing Test）がある。これは空気あるいは唾液の空嚥下を繰り返す。30 秒間に 2 回以下しかできない場合は嚥下障害の存在を疑う。改訂水飲みテスト（Modified Water Swallowing Test; MWST）冷水 3ml を嚥下する。嚥下できるか、むせ、湿性嗄声、呼吸変化、追加嚥下が何回できるかを確認する。

４）感覚障害：深部感覚は歩行での足の位置や接地面の認識に重要である。重度の深部感覚の障害では上下肢がどこにあるかわからず、手足の管理が不十分となり怪我をしやすい。上下肢の位置が適切か、体や車椅子にはさまれていないかを確認する。深部感覚は位置覚または運動覚で評価する。位置覚の評価は、患者が見えない状況で、上肢では示指、下肢では拇趾を他動的に動かして評価を行い、動いた方向をあてさせて評価する。

５）体幹機能障害：体幹筋力やバランスは基本動作や歩行に重要である。車椅子座位での麻痺側への傾き、自分で直そうとする様子の有無を観察する。

６）基本動作応力・ADL：車椅子とベッドの移乗動作能力を良く見極める。介助量の程度を良く観察する。更衣動作、排泄動作などにかかる時間、介助の必要性、尿器使用の必要性、失禁などに注意をはらう。

その他評価しておくことが望ましい項目として

①片麻痺のレベル:Brunnstrom Stage: 上肢、下肢、手指をⅠ～Ⅵの段階で評価する。Ⅰ：随意運動なし、Ⅱ：連合反応のみ、Ⅲ：共同運動の出現、Ⅳ：分離運動一部可能、Ⅴ：分離運動可能、Ⅵ：ほぼ正常運動

②関節可動域：肩関節、足関節は拘縮をきたしやすく重要である。他動か自動運動であるか明記する。

③痙縮：筋肉の緊張度合いを他覚的に評価する。Modified Ashworth Scale (MAS) を用いて痙縮の程度を数値的に表すことが多い。

表 2.　診察のポイント

1．**意識障害・失語** ・覚醒状態，ぼんやりさ加減，あいさつなどの会話
2．**高次脳機能障害** ・注意障害：診察中の落ち着き ・半側空間無視：顔の向き，麻痺側に対する反応 ・認知障害：指示理解，危険行動
3．**嚥下障害** ・湿性嗄声，痰がらみ
4．**感覚障害** ・麻痺側上下肢の管理
5．**体幹機能** ・車いす座位時の姿勢
6．**基本動作能力・ADL** ・車いすの乗り換え ・病院到着時の更衣動作

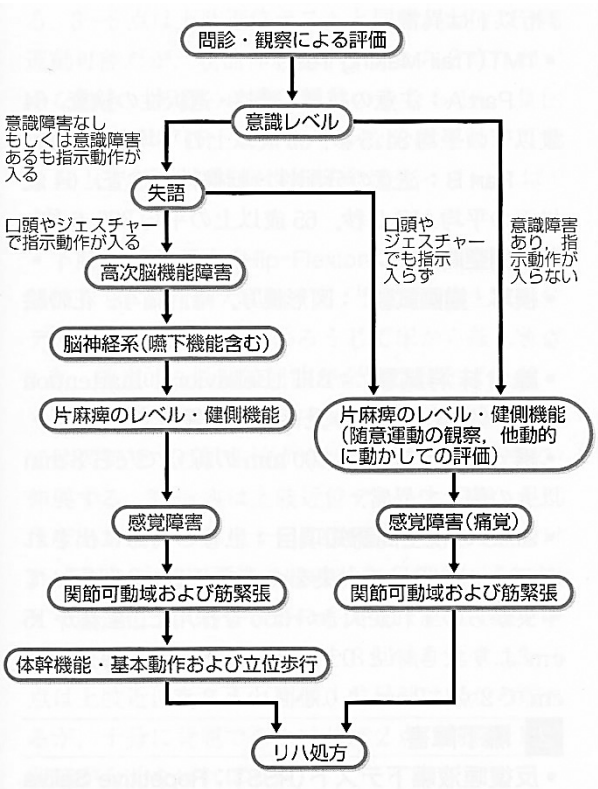


図 1．評価の流れ

Ⅲ．本症例の評価のまとめ

１）高次脳機能障害:HDS-R　20 点（認知機能障害の疑いあり）､注意障害:TMT にて A、B ともに時間延長（注意力障害の疑いあり）、半側空間無視：線分二等分試験は中央から右へ 4cm ずれあり（左半側空間無視の疑いあり）

２）嚥下障害：改訂水飲みテスト：むせなし、呼吸変化・湿性嗄声なし、追加嚥下運動が２回 /30 秒可能であり、嚥下障害なし。

３）片麻痺レベル：Brunnstrom stage: 上肢Ⅲ、手指Ⅲと屈筋共同運動パターンを認め、下肢Ⅲと伸筋共同運動パターンを認める。

４）感覚障害：軽度の位置覚障害あり

５）体幹機能障害：軽度の体幹機能障害あり

６）基本動作および歩行：立ち上がりや立位保持は手すりを用いて可能。歩行は装具を用いて介助歩行レベル。

Ⅳ．必要なリハビリ

１）理学療法（PT）：基本動作訓練・歩行訓練

２）作業療法（OT）：上肢機能、手指巧緻運動訓練、基本動作訓練、ADL 訓練、高次脳機能訓練、家屋環境調査

３）言語聴覚療法（ST）：構音障害訓練、認知訓練

結果：体幹機能は比較的保たれており、退院時の身体機能面では歩行修正自立レベルが見込めた。しかし、軽度認知機能障害、重度注意力障害および左半側空間無視を認めたため、歩行や ADL で見守りを要すると考えられた。このため、高次脳機能障害に対するアプローチとともに、早期から家族への介助指導、家屋環境調整を行い、スムーズに自宅退院につなげることができた。

第２節　クモ膜下出血後のリハビリテーション

くも膜下出血は致死率４割にのぼる致死的脳卒中であるが、助かっても重度の障害が残存することがある。特にくも膜下出血後に脳血管攣縮により脳梗塞を発症する症例が多いことも障害を重度にする原因である。そのような重度障害例では、リハビリテーションを施行すると同時にゴール設定をどこにおくか常に考慮しなければならない。

【事例報告２】７２歳　女性

くも膜下出血を発症した。急性期病院で手術加療され（左中大脳動脈瘤に対する開頭クリッピング術）、胃瘻造設後発症２ヶ月に回復期リハ病院へ転院した。その後水頭症を発症し、急性期病院へ転院しシャント術を施行され再度回復期病院へ入院。右片麻痺､失語症、

嚥下障害を呈している。77 歳の夫と 46 歳の長女は施設入所を希望し、44 歳の次女は自宅退院を希望している。

・回復期リハビリテーション病院入院時は、家族からの情報収集を詳細に行う。家族間で意見が異なる場合もあり、それぞれの意見をよく聴いて話し合ってから方針を決めることが重要である。
・嚥下障害が重度の場合は、今後の栄養摂取経路を適切に選択する必要があり、注意が必要である。
・入院時の診察をしっかりと行い重度の場合は 4 〜 8 週間後までの改善の推移を把握することが重要である。
・初期に立てた目標やアセスメントからの変更点を吟味し、リハビリ内容の再検討を行う。
・本人の気持ち、家族の考えをよく聴いたうえで、無理のない在宅生活が送れるように入院後リハビリや退院準備を進める。

脳卒中後の機能障害や日常生活動作 (ADL) 障害が重度の場合は、本人や特に家族の精神的ダメージが大きく、回復への大きな期待を持っている場合が多い。急性期病院での意識障害が重度であり、意識レベルが改善してくるとともに回復への希望を持ち、そのまま機能や ADL が完全に元通りに回復していくものと期待していることが多い。

Ⅰ．問診のポイント

1）発症時および転院時の機能・ADL：発症時や転院までの意識状態や vital sign の推移の把握を行う。肺炎のエピソード、胃瘻造設時の様子などを把握する。

2）発症前の ADL や生活の様子：発症前の ADL 以上に戻すのは困難なことが多いが、趣味活動や関心事項などは聞いておくことは有用である。

3）家族背景：家族の状況を聴取し、退院後に多くの介助を要する場合に、家族がその役割を担えるか推測する。家族のなかで意見が異なることもあり、慎重に評価を行う

4）家屋環境：患者・家族が高齢の場合は、すでに介護保険を利用している場合や家屋改修を行っている場合があり、現在の家屋の環境を聴取する。車いすでの生活が可能かどうか、家の周囲、家への出入り口、屋内の段差の様子などを念頭に置く必要がある。

Ⅱ．診察のポイント

回復期リハ病院の時点では、発症からの期間が短い場合も多く、また全身状態不良の状態がしばらく続いた後にようやく回復し始めたという場合もあり、発症直後から転院に至るまでの状態の変化をできるだけ考慮したうえで診察を行う。診察の項目・ポイントとしては、前例の脳梗塞例の図 1、表 2 を参照されたい。意識障害、高次脳機能障害は 、今後の予後予測の際にも重要である。また、胃瘻が造設された状態であっても、現在の嚥下機能をしっかりと評価し、今後の経口摂取の可能性について探る必要がある。転院時の

評価で機能が不良の場合であっても、廃用の要素が強く、しばらくリハを行えば機能やADLの改善を認めることも少なくない。

Ⅲ．本症例の所見のまとめ

くも膜下出血直後には意識レベルは保たれていたが、翌日に意識レベルが低下し、約2週間意識障害が遷延した。その間に左中大脳動脈領域の梗塞を発症していた症例である。右片麻痺は重度であり、意識レベルが回復したときは全失語の状態であったが、転院時は単語での指示理解が若干可能なレベルであった。起座・起立は不能で、移乗も全介助であり、他のADLもほぼ全介助であった。喀痰は時々吸引の必要があり、自己排痰は若干可能な状況であった。尿意、便意の訴えはほとんどなく失禁状態でありオムツを使用していた。夫と次女（独身、日中は仕事）との3人暮らしであり、長女は同じ市内在住であるが高校生と中学生の子供がいる。持家、一戸建て、改修可能、駐車場から玄関に上がるには15段の階段があり、ガレージの上に住居がある構造：居室は1階で、トイレ洋式、屋内には段差なし。同居の次女は在宅生活を希望しており、介護のため仕事を辞めて自分が主介護者となるつもりである。ただし、本人が排池は自立できないと自宅では介護できないと考えている。夫は介護に対しては消極的である。長女も夫（父）への負担が大きいことを考えると、在宅生活に関しては消極的である。

Ⅳ．何を評価するか ？

- 意識レベル
- 失語
- 高次脳機能障害
- 脳神経系（嚥下機能を含む）
- 片麻庫のレベルおよび健側機能
- 感覚障害
- 関節可動域および筋緊張
- 体幹機能
- 基本動作

回復期リハ病棟では、数か月入院することが可能であるが、機能やADLの予後予測が重要である。退院後の移動手段は歩行か車いすか？ ADLはどの程度まで改善するか？などを適宜予測しながら、リハ計画の立案や修正を繰り返す必要がある。嚥下障害の予後予測も詳細に検討されているが､長期間のリハにより経口摂取が可能となる例もあり､個々の状態に合わせてアプローチすることが重要である。ADLの介助量が多い場合でも、環境調整や介護力の工夫によって自宅で生活できる場合も多く、実際のADLをしっかり把握して障害像も評価していく必要がある。

嚥下機能評価：嚥下機能評価で水飲みテストの際にとろみ付きの水やゼリーなどの食物を用いる場合もある（フードテスト)。その際には経皮的酸素飽和度 の測定も行う。

基本動作の診察の際には、長期臥床が続いている場合に座位をとらせると起立性低血圧を起こすことがあり、自他覚症状をチェックしながら血圧を測定する栄養状態の評価も必要である。

Ⅴ．評価のまとめ

1）高次脳機能障害：簡単な口頭指示には従えるが、複雑な指示は理解できない。自発後は聞かれない。注意が持続しなかったり、注意が散漫になったりすることがある。

2）嚥下障害：反復唾液嚥下テスト（RSST）1 回 /30 秒、フードテスト：ゼリー小さじ 1 杯の嚥下でムセあり、その後湿性嗄声を認めた。

3）片麻痺のレベル：右片麻、随意運動は不可能であり、連合反応も認められない。左手握力は 4kg であった。

4）体幹機能：座位をとれない

5）排尿・排便機能：尿意、便意ともになし。出た後も知らせることはできない。

Ⅵ．結果

本症例は入院時には片麻痺。失語が重度であり、胃瘻造設状態、ADL 全介助の状態であったため、在宅生活は困難と感じるスタッフが多かった。家族の意見もまとまっていないため、入院時には自宅退院か施設入所かは決めることはできず入院リハを開始した時間がかかることを予想し入院期間は 5 ～ 6 か月を想定して、入院後 2 か月頃に退院先を決定することとした

問題点をまとめると、#11 右片麻痺、#12 体幹機能障、#13 感覚障害、#13 失語症、#14 高次脳機能障害（注意障害)、#15 摂食・嚥下障害、#16 栄養不良状態、#17 排尿・排使障害、#21 基本動作能力低下（座位不能、歩行不能)、#22 ADL 障害（セルフケア全般)、#31 家族の介護力、#32 家屋

これらの問題点に対し、リハ処方を行う

< PT >

基本動作（座位、体幹機能) の評価および筋力強化訓練

関節可動域の維持 改善

呼吸機能の改善：痰の喀出

< OT >

上肢機能・巧緻性訓練

基本動作。ADL 訓練

認知機能訓練・注意機能など

家屋環境に関する情報収集

< ST >
失語症の評価および訓練
適切なコミュニケーションの方法をチーム全体へ伝える
嚥下機能の継続評価および訓練

排尿、排使チャートの記入を行い、また排尿後の残尿の有無をチェックする栄養不良の状態に対し、活動性と考え合わせて栄養サポートを行う。忘れてはならないのは、本人・家族のそれぞれの考えを傾聴することである。

【入院２か月後の状況】
(1) 高次脳機能障害：複雑な指示も理解可能、単語での発語が可能、笑顔も多くみられるようになった。
(2) 嚥下機能：RSST 2 回 /30 秒間接および直接嚥下訓練を施行し、嚥下造影検査にて評価したうえでゼリー 1 個目の摂取が可能になった。胃瘻か経鼻経管栄養にするかは以前検討中
(3) 片麻痺のレベル：完全麻痺レベルで依然重度
(4) 体幹機能：端座位が可能となり、車いす乗車が 1 時間程度可能となった
(5) 排尿・排便機能：尿意、便意が出現したが、曖昧でおむつ使用
(6) 家屋環境：居室を変更し、縁側から昇降機を使って卓いすで出入りできることは確認できた。しかし、駐車場から15段の階段を昇降する手段をどのようにするか検討を要した。

【自宅退院への決断】
家族は回復を感じてはいるものの、自宅退院は難しいのではないかと感じていた。次女も気持ちとしては家に帰してあげたいけれど、自分が希望していたほどの改善は得られず、消極的であった。ここで主治医がこれまでの回復の程度をみていると、あと２～３か月後にはさらなる改善が見込め、自宅退院も可能ではないかと説明した。その後も家族内で話し合いが行われ、また後日、夫、長女、次女へと個別に話す機会を設け、不安な気持ちを傾聴しつつ、これまでの経過と現在の病状、今後も改善が見込めることを繰り返し説明した。看護師や医療ソーシャルワーカーからも介護の状況や退院後に利用できるサービスなど。具体的に退院後の生活を想定して説明し、対処法を一緒に考える姿勢を伝えた。この頃、本人の意思表示が具体的にできるようになり、「家に帰りたい」という切実な思いを訴えた。そこで、家族も決断し、自宅退院を目指す方針となった。
自宅退院を決めたものの、夫は介護へは消極的、次女も自分は仕事を辞めずに夫（父）が介護できるのでは、と考えるようになった。結局、いずれも胃瘻の注入手技や排地介助などの在宅介護の練習をしようとせず、再度長女も含めて、夫、次女へも意思を確認しながら自宅生活への準備を行った。

【入院４か月後の経過】
さらに改善を認めており、昼食（嚥下食）も介助での摂取が可能となり、移乗も１人の介助者で可能となった。２語文程度での会話も可能となり夫も介護への自信がつき積極的に参加するようになった。
退院後のサポート検討：玄関前の段差に関しては、可搬型階段昇降機のレンタルを計画し、専門の業者より指導を受け、病院内の階段で繰り返し練習を行った。病棟でも看護師が熱心に介護指導を行い、胃瘻からの経管栄養注入、口腔ケア、排泄の介護などが可能となった。経過中、誤嚥性肺炎を認めたものの治療により改善した。その後も禁食とはせず、楽しみ程度の経口摂取は継続ができた家族および、本人を含めた連帯感が感じられるようになり、再入院後６か月（発症後１年）で自宅へ退院した。訪問看護、訪問介護、訪問リハを導入し、次女は仕事を辞めず に、家族が協力して介護にあたることとなった。
入院時 FIM は 18 点（運動 13 点、認知 5 点）、退院時 FIM は 32 点（運動 20 点、認知 12 点）退院後数か月で他院へ入院し、残念ながら亡くなった。その後に家族が訪ねてこられ、次のようにお話しされた。“ 本当にあのときに家に帰ることができて良かったです。母も本当に喜んでおり、家にいる間は幸せそうでした。“

第３節　パーキンソン病のリハビリテーション（軽症～中等症）

・パーキンソン病と診断がついたときより、運動や生活に関しての指導が大切である。
・前傾姿勢や体幹回旋の低下は頻回に生じるため、症状が目立つ前より指導する。
・パーキンソン病の進行とともに病期に応じた対応が必要である。
・Cue を利用した運動や体操は有効で、それをうまく利用した運動指導を行う。
・疲労しやすい疾患なので、易疲労性を踏まえた生活指導を行う

【事例報告３】７０歳　女性
３年前に右手の振戦がみられ、パーキンソン病と診断されている。時間はかかるようになってはいるが、現在も家事はどうにかできている。家人とウォーキングをしているが、足がひっかかるようになり、家人にすすめられてリハビリ科を受診した。

Ⅰ．問診のポイント

パーキンソン病は進行性の疾患である。振戦や動作緩慢などの運動症状で発症しても、進行とともに様々な非運動症状を合併する。これらの問診が必要である。また、日常生活で患者自身が困っていることについても把握する

1）パーキンソン病以外の疾患の有無：高齢発症のパーキンソン病が近年増えている。既往歴や現在治療中のパーキンソン病以外の疾患についての問診、例えば、骨関節疾患等、腰痛や肩 関節周囲炎の痛みなどは 、パーキンソン病による疼痛の場合もあり、評価は必要である。

2）発症前の歩行状況や日常生活動作（ADL）：発症前および普段の ADL や手段的日常生活動作（IADL）について確認を行う。また、歩行の状態、食欲、睡眠、排泄に関しても確認する。パーキンソン病の症状のなかでも便秘は発症早期よりみられる。

3）自律神経障害：排泄や便秘、起立性低血圧や食事性低血圧を合併していることがある。パーキンソン病は疲労しやすい疾患であるが、低血圧のために疲れやすいこともあり注意が必要である。

4）精神症状：うつ状態、幻覚の有無、不安状態について確認する

5）歩行障害や動作障害：歩幅の減少、すくみ足、突進歩行、前傾姿勢や側屈への体幹の傾きの有無について確認する。つまずくことが多いときは、その時間帯、場所、さらにどういう状況下で起こるのかについて把握する。姿勢の状態、バランス能力の状態症状はどこで、どの時間帯に生じるのか、どういう状況下で生じるのか患者自身が困っていることについて尋ねる。

Ⅱ．診察のポイント

筋緊張の左右差、振戦や不随意運動の部位、姿勢反射障害の有無、姿勢の状態、歩行評価は必要である。高齢者では、廃用性筋力低下を合併していることがあるため、筋力評価が必要である。疼痛の合併がみられることがあり、一部の疼痛は抗パーキンソン病薬にて改善することがある。そのため､内服後に疼痛の状況が変化しているかについて確認する。また、リズムに合わせて歩行することで歩行の改善があるかについても確認すると良い。患者は歩行についての訴えだけかもしれないが、日常生活動作についても確認が必要である。寝返り動作や入浴動作、歯磨きの動作や家事のなかで特定の動作でのやりづらさを訴えることがある。その他、ADL/IADL の評価を行う。さらに抗パーキンソン病薬の効果の持続時間や wearing off や on off の有無について評価する。自律神経障害および精神症状の有無、および嚥下障害や構音障害の有無についても評価を行う。

Ⅲ．本症例の問診・所見のまとめ

・３年前に右手の振戦で発症し、最近は歩行時につまずくことが増えている。
・著明な筋力低下はみられない。また､腰痛など体のどこかに痛みはないとのことである。

・内科的な疾患等は指摘されていない
・抗パーキンソン病薬の内服は、診断とともに開始となり今年で３年目になる。効果は自覚症状の変動は自覚されていない。
・物忘れを自覚しているが年齢相応である。幻覚はない。
・歩行時の歩幅は小さく、腕ふりも小さい。明らかなすくみ足はない。
・歩行時に足がひっかかる のは右足が多い。姿勢は前傾であり、股関節屈曲、膝関節屈曲が軽度みられる。
・固縮は右上肢下肢に優位に認め、前傾姿勢と右側への体幹の側屈傾向がある。
・体幹回旋の 運動能力は低下している
・立ちくらみはあり、便秘のため下剤にて コント口―ル中である。不眠はない。
・嚥下障害と構音障害はない
・寝返りはできるが時間がかかる。ADL は自立している。家事はできているが、卵焼きがうまく作れなくなったとのことである。
・夫と２人暮らしであり、夫の健康状況は問題ない
・夫と健康維持目的でウォーキングを始めている。夫のウォーキングのスピドに最近ついていけなくなっていると自覚されている。また易疲労を自覚している。
・持ち家で２階建ての住宅である。布団にて寝起きしている。
・趣味は編み物で、現在も１日に２～３時間は集中して行っている

Ⅳ．何を評価するか？以下について順に評価を行う（図２）
・パーキンソン病の症状としては何があるのか
・パーキンソン病薬の効果についてはどうか
・パーキンソン病の症状以外に病的な所見はあるのか
・廃用性の筋力低下は合併していないか？
・歩行障害や動作 障害はいつどのような状況で起こるか
・歩行および姿勢の状態はどうか
・ADL の状況はどうか
・IADL の状況はどうか
・家屋や家人などの環境についてはどうか

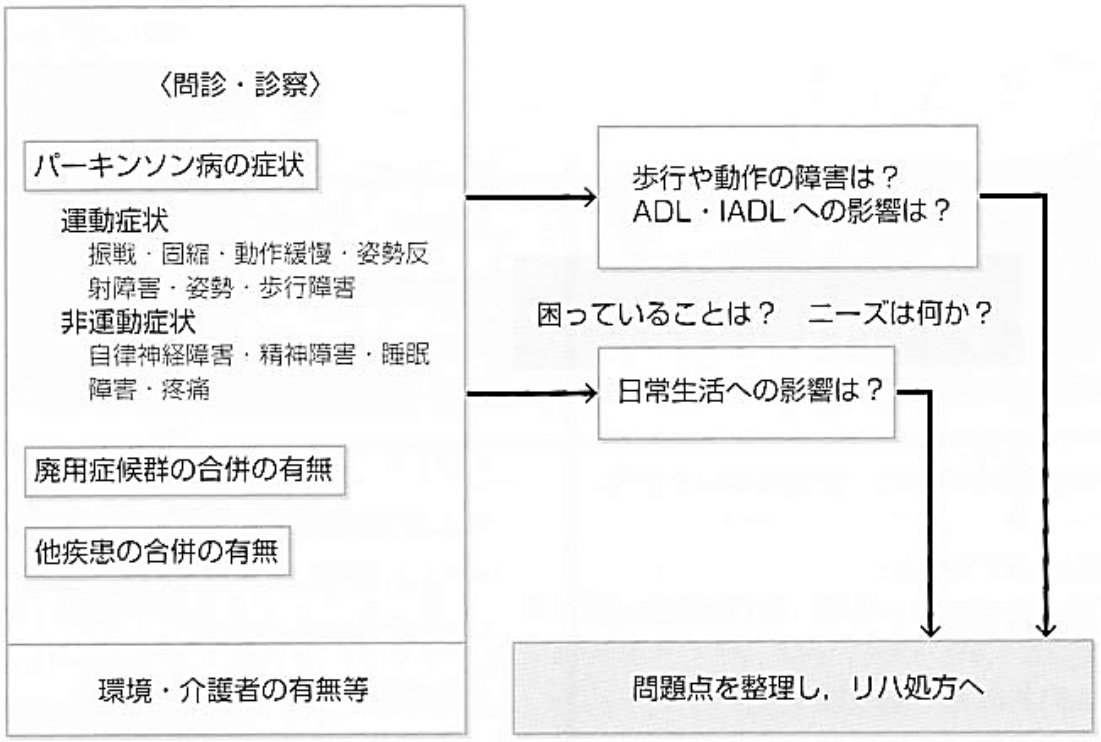


図２．パーキンソン病の診察から問題点整理までのフローチャート

Ⅴ．パーキンソン病の症状の評価

1）運動症状：

・Hoehn-Yahr の重症度分類のどの stage かを判断する。

・姿勢の評価：安静時の立位姿勢（前傾姿勢（図３）、側屈の有無（図４））

・歩行：歩行時の腕ふりの状態、体幹の回旋、歩隔や歩幅、股関節・膝関節の関節可動域（ROM)、姿勢について評価する。すくみ足があれば、外発性 Cue の効果を確認する。lOm 歩行での歩行時間（秒）と歩数は簡便な評価である。Timed up and Go test は立ち上がる・歩行・方向転換・座るという一連の動作能力をみる検査である。椅子に腰かけた状態から 3m 先にある目標のところまで歩き、方向転換し、元の椅子まで戻り腰かけるまでの時間を測定する。

・転倒の有無について確認する。転倒時の場所や状況について尋ねる。

・筋力の評価（MMT：Manual Muscle Testing）や ROM を測定する。廃用による筋力低下の合併は多い。

・ディスキネジアの有無について評価する。

2）非運動症状

・起立性低血圧の有無について確認する。臥位・座位・立位の血圧と脈を測定する。

・精神抗状では認知機能の低下について評価する。早期より認知機能低下があるともいわれており、運動学習に影響があるときがある。

・MMSE（Mini-Mental State Examination）は簡便であり行いやすい。その他の高次脳機能障害について評価する。
・幻覚、妄想、うつ状態の有無の確認。また、不安状態やアパシーもチェックする。
・嚥下障害の評価と同時に構音や呼吸状態についても評価する。

抗パーキンソン病薬の効果：日内変動の有無について確認する
ADL：ADL のなかでやりづらい動作について評価する
IADL：患者が困っている ことやニーズについて確認する

図 3

図 4

図 5

Ⅵ. 評価のまとめ

1）運動症状：右手に振戦を認め、固縮は右上肢下肢に軽度認めている。姿勢は前傾姿勢で、体幹はやや右へ傾いている。歩行時に右手の腕ふりは小さく、右足が上がりにくい。歩幅は狭く、右足の踵接地は意識すれば可能であるが、前足部から接地してしまうことがしばしばある。そのため、右足のひきずりがある。10m 歩行時間は 15 秒、歩数は 30 歩であった。

Timed up and Go test は 12 秒である。下肢筋力低下は股関節周囲筋の筋力低下（MMT4）がみられている。転倒はないとのことであった

2）自律神経症状：便秘の症状があり、起立性低血圧は著明ではなかった。

3）認知機能：MMSE 29 点

4）抗パーキンソン病薬の効果：抗パーキンソン病薬の効果あり。症状の日内変動の自覚なし。

5）ADL：ADL はすべて自立しているが。寝返りに時間がかかる。また、歯磨きの際、右手での歯ブラシ操作が難しいとのことであった。

6）IADL：IADL では料理において、右手でかきまぜる動作ができなくなってきており、また、全般的に疲れやすくなり、時間がかかるようになったと自覚されている。

Ⅶ. リハビリ処方

右上肢下肢にパーキンソン症状があり、それにより ADL/IADL は自立しているものの、動作障害がみられている自覚はないが、前傾姿勢や側方への傾きを認め、歩行においてもパーキンソン症状の特徴がみられている。夫と 2 人暮らしであるが、今後症状が進行していくなかで、夫の疾患に対する理解および協力は必須となる。また、屋内で転倒の危険性が高いのであれば、手すりなどの環境調整は必要である。

問題点をまとめると、以下のようになる。#11：パーキンソン症状、#12：便秘、#21：歩行障害、#22：右手を用いた動作障害、#23：姿勢の障害

< PT >

・体幹・下肢の ROM、MMT の評価および姿勢と歩行評価（10m 歩行での評価、Timed Up and　Go Test)、目標物を使った歩行訓練（図 5 ）
・体幹・下肢の ROM 訓練と筋力訓練
・姿勢矯正や体幹回旋を目的にした体幹筋のストレッチおよび筋力訓練、歩行訓練
　自主訓練の指導

< OT >

・上肢機能評価（STEF）や ROM。MMT の評価
・ADL 評価および IADL 評価
・手指巧緻動作訓練
・動作時の姿勢矯正の指導
・生活指導（疲労に注意、家事の動線の確認、家事動作への具体的な指導）
・家屋評価

パーキンソン病では、外発性 Cue を利用した訓練をうまく取り入れることがポイントである。また、ボディイメージが低下しており、リズムに合わせて手足を大きく動かし、隅々まで体を動かすように体操を指導することも大切である。運動学習は低下しているとの報告があり、適切な運動を繰り返し行うことが大切である。

経過：定期的な診察および訓練指導を繰り返し、自主訓練については習得できたようであった。体幹回旋や体幹筋の筋力向上を目的とした訓練を取入れている。姿勢が正中になるように、鏡を見てのフィードバックも必要であった。
歩行はリズムや音楽に合わせて行ったほうが腕はふりやすくなり、歩行時歩幅は拡大し、より効果的であった。ADL/IADL では、右手の巧緻性の低下を踏まえて、料理の際の道具の使用や就労があるために、家事や生活指導を行った。また、趣味の編み物では、数時間同じ姿勢で行っており、前傾姿勢が強くなっており、意識して数十

分に一度は姿勢を正すこと、体幹の伸びを行うことを指導した。
現在は構音障害や嚥下障害は目立っていないために、今回、ST は導入していないが、姿勢を正して大きな声で歌うことや、朗読をすることを指導した。
患者および家族に疾患の特徴および運動の結果について説明し、自主訓練を引き続き行うように説明している。
パーキ ンソン病はうまくつきあうことが大切で、普段からの自主訓練や生活指導が必要である。病期に応じた指導が必要であり、可能であれば適切な評価と指導の継続が望ましい。

第４節　パーキンソン病のリハビリテーション（進行例）

パーキンソン病は進行性の疾患であり、パーキンソン病の病気と症状を良く理解し、問診と診察を行う。
振戦や動作緩慢などの運動症状で発症しても､進行とともに様々な非運動症状を合併する。容易に廃用が進行しやすい病態であるので、きめ細かい観察とタイムリーな介入および生活指導が必要となる。
転倒、起立性低血圧、嚥下障害に対するリスク管理が必要である。
薬物の効果がある疾患ではあるが､on and off 現象や wearing off 現象といった薬物の効果に変動があるのも特徴の 1 つである。

【事例報告４】７２歳　男性
約 15 年前発症のパーキンソン病。現在まで徐々に増悪傾向で、歩行時にバランスを崩して転倒するようになり､外出の機会が減った。最近、歩行障害が増悪したため、リハビリを希望して受診した。

Ⅰ．問診のポイント（表３）

患者が訴える症状以外に出現している症状がないかをよく問診する必要がある。

このためにはパーキンソン病の経過と症状をよく理解しておく必要がある。患者は自分の気になる症状はよく訴えるが、それ以外の症状には無頓着なことがある。例えば構音障害があるにもかかわらず、異常を認識せず、その原因を義歯が合わないためと思い込み訴えないこともある。パーキンソン病では、認知症が合併することがよくあり、患者からの問診だけでは不十分なことがよくある。家族など周囲の人か らも情報をできるだけ得るようにする。

1）病歴：基本的事項として必要である。
パーキンソン病では病歴が長いことが多く、病初期の状況は曖昧になりがちである。リハビリテーションにおいては､特に最近の変化についてよく聴取することが重要である。
2）症状：現在のリハの計画のみならず、今後の生活を考えていくうえでも重要事項である。パーキンソン病のリハビリで重要なものとしては、歩行状況、転倒の有無、セルフケアの状況、起立性低血圧、構音障害、膜下障害、認知症、うつがある。これらの症状と程度について問診する。姿勢反射障害で転倒しやすく、骨折につながるので、転倒歴をよく聞く必要がある。嚥下障害は肺炎を引き起こすため、重要である。嚥下障害が疑われるときは障害の状態や発熱についても問診する。服薬と症状との関係を尋ねることも重要である。なぜなら、パーキンソン病が進行すると、L- ドーパの薬効時間が短くなり服薬後の症状が改善しているとき（ON）と次の服薬前の症状が増悪しているとき（off）が出てくるためである。薬効時間が短縮し、症状の変動が起こる場合をwearing-off 現象､または up and down 現象という。なお､on off 現象は服薬に関係なく、急に off が現れる場合をいう。
3）生活状況：就労状況、家族構成、介護者、特定疾患医療受給者証の有無、身体障害者手帳や介護保険の認定状況などについて聴取する。特に介護力の把握は重要である。
4）家屋状況：居室の状況などを聴取する。エレベーターの有無、段差、手すりの設置状況

表3．問診のポイント

1. パーキンソン病以外の疾患の有無について把握
   - 骨関節疾患，循環器疾患，呼吸器疾患，視覚障害，他の中枢神経疾患など
   - 食欲，睡眠，排泄についてもあわせて確認する
2. パーキンソン病発症前の歩行状況，ADL 状況について
   - 歩行レベル（杖や歩行器，押し車の有無等）
   - ADL の自立の有無（食事・更衣・排泄・入浴）
   - 家事や仕事の有無
3. 自律神経障害の有無
   - 起立性低血圧・食事性低血圧・排尿障害・便秘の有無など
4. 精神症状の有無
   - 幻覚・妄想
   - 認知障害
   - うつ状態
   - 不安状態
5. 現在の症状に関すること
   - 歩行障害の内容
   - 姿勢の状態
   - バランス能力の状態
   - 症状はどこで，どの時間帯に生じるのか，どういう状況下で生じるのか
   - 患者自身が困っていることについて尋ねること

Ⅱ．診察のポイント

１）歩行:実際に歩かせてみて、立ち上がり動作での安定性、歩行時の歩幅、、腕の振り、速度、歩行のリズム、方向転換時の安定性などを評価する。また、歩き出し、目標に近づいたとき、方向転換時、狭い通路などでのすくみ足出現の有無について観察する。

２）姿勢：起立時や歩行時の姿勢（前傾になりやすい)、姿勢反射障害（体を押して反応をみる）を評価する。

３）筋力低下：特に腸腰筋などの下肢近位筋の筋力は廃用症候群で低下しやすい。

４）上肢動作：巧緻動作に障害が出やすく、小字症（書くにしたがって徐々に字が小さくなる）も起こりやすい。

５）起立性低血圧：パーキンソン病自体によって生じるだけでなく、薬剤の副作用でも起こる。判定には臥位と起立時の血圧の差を測定し、収縮期血圧が起立によって30mmHg 以上の低下を認めるときに診断される。なお、測定時は意識消失、転倒などの患者の状態に注意する。

６）嚥下障害：スクリーニングとして RSST（Repetitive Saliva Swallowing Test）などを行う

７）認知機能障害：改訂版長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R)、MMSE（Mini Mental State Examination）がスクリーニングとして頻用されている。

Ⅲ．本症例の所見のまとめ

・最近歩行障害が増悪、独歩可能であるが小刻み歩行。歩行は不安定であり、方向転換時にバランスを崩しやすい。すくみ足は特にみられない。
・通院は子が自家用車で送迎しているが、病院内では独歩
・転倒歴は数回あり
・両側腸腰筋の筋力低下を認める
・セルフケアは自立しているが、ボタンはめなど細かい動作はやや困難
・起立性低血圧なし
・構音障害なし
・認知障害なし
・ドーパミンアゴニスト、L- ドーパ等を服用し、症状の日内変動が軽度あり

Ⅳ．何を評価するか？

歩行時の状態、筋力、上肢の巧撤性、認知機能、嚥下機能の評価が重要である。今回は行っていないが、聴下障害が疑われるときは嚥下造影検査を行う。

１）病気の判定：リハにおいて、患者の病期を把握し適切なリハビリテーションや生活指導を行う必要がある。病期の分類では Hoehn-Yahr 重症度分類が頻用される。

２）筋力：パーキンソン病では運動不足に陥りやすく、廃用症候群を合併することがよ

くある。筋力評価は基本的な診察項目であるが、廃用症候群との鑑別という点で重要である。パーキンソン病で症状が増悪した場合、廃用症候群に陥っていないか、常に注意しておかなければならない。パーキンソン病では素早い動きができないので、筋力評価にあたっては十分力が入るまで待たなければならない。

3）嚥下障害：自覚的な嚥下障害は患者の 1/3 以上、潜在的嚥下障害を含めると 4/5 にみられるといわれる。誤嚥性肺炎はパーキンソン病の死因として重要なものであり、常に注意しておく必要がある。

Ⅴ．評価のまとめ

1．パーキンソン病で病期は Hoehn-Yahr 重症度分類で stage 3 である。日常生活はほぼ自立しているが、積極的に運動するには困難があり運動不足に陥りやすい。

2．下肢近位筋の筋力が低下しており最近外出機会が少なことを勘案すれば、廃用症候群により、下肢筋力低下で歩行障害が増悪していると考えられる。

本症例は、前述のとおり廃用症候群による歩行障害の増悪と考えられ、下肢筋力増強訓練を含めた運動療法が必要である。パーキンソン病の理学療法の効果はメタ解析でも証明されている。巧緻動作訓練も追加した。また、診察時には運動習慣の重要性を説明し、転倒への注意喚起と対策を指導した。また、介護サービスの利用について説明した。

Ⅵ．リハビリの処方

< PT >

・関節可動域訓練
・下肢筋力増強訓練
・歩行訓練
・バランス訓練
・ホームエクササイズの指導

1）すくみ足について：文字通り足がすくみ前に出なくなるすくみ足に対しては、廊下に跨ぐためのテープを貼る、足を半歩後ろへ引いてから振り出す。まず真上に上げて足踏みをしてから足を前へ出すなどの対策が効果的である。

2）理学療法の効果について：理学療法の介入の有無による差異を比較したメタ分析を行った報告では、歩行訓練、バランス訓練、実地指導、筋力強化、リラクゼーション、トレッドミル、聴覚・視覚・振動によるキユー、ダンス（タンゴ、ワルツなど）、武術（太極拳、気功）、患者教育などのリハビリにて、メタ分析の結果から歩行速度の増加がみられ、6 分間歩行距離やすくみ足にも改善傾向があった。移動能力では、Timed Up and Go test。Functional Reach Test。Berg Balance Scale で改善が認められ、ADL スコアが改善した。以上のように、理学療法の効果は認められるが、今後、有効性の高い介

入方法の確立と長期的効果の検証が必要である。

< OT >

・上肢機能評価

・巧緻動作訓練

【経過】下肢筋力の改善とともに歩行時の安定性が増大した。これとともにリハの重要性が患者に認識され、家庭で日課に組み入れ、積極的に運動（体操を含む）を行うようになった。また、デイサービスを利用するようになり、外出機会が増えた。

第５節　高齢の不全頸髄損傷例のリハビリテーション

以前は頸髄損傷といえば活動性の高い若者の交通外傷やスポーツ外傷によるものが多かったが、近年は高齢化のため高齢者の転倒によるものが最も多くなっている。

特に高齢者は転倒による軽微な外傷でも起こる「骨傷のない中心性頸髄損傷」になることが多い。

その多くは中心性頸髄損傷による不全四肢麻痺で、下肢に比べて上肢の運動麻痺が重い・四肢の疫痛、しびれ、拘縮などが障害を増幅させ、ADL を低下させる。

最終的には歩行可能となる症例も多いが、上肢の障害が残り介護が必要となることが多い。

【事例報告５】　７４歳　男性

駅のホームでつまずいて転倒し、頭部を打撲した。受傷直後かう意識は清明だったが、四肢を全く動かせなかった。救急病院に搬送後、頸髄損傷と診断され保存的加療を受けた。約２か月後にリハ継続の目的で、脊髄損傷専用病棟を持つ某 医療センタに転院した。

１）神経学的レベル、臨床的症候群など

受傷機転、神経学的所見の経過、特に障害の高位や程度についての情報を得る。

２）今までの治療内容、手術術式、固定の予定期間

急性期病院での治療内容、手術が施行されたならばその術式、カラーなどで固定がされているならばその予定期間についての情報を得る。

３）インフォームドコンセントについて

病状・予後について、前医ではどんな説明がされているか。本人には一切詳しい話がされてないこともある。逆に、厳しい予後についての話がされていても、本人の頭に残っていないこともある。家族からも話が聞けると良い。

4）画像情報、検査データをみる

血液検査結果、X 線写真、MRI などの情報に目を通す。不足している情報があれば前医に問い合わせる。

5）ADL、食事、排泄、睡眠の状態などを知る

食事形態や喫食量、排泄の状態、睡眠の状態、訓練中の様子などは、看護サマリー、リハビリテーションサマリーから情報収集する。

Ⅰ．問診のポイント（表4）

1）現在の症状、今までの経過などを患者自らに語らせる。傍らに腰掛けてじっくり話を聞くという態度を示すと良い。急性期病院の医師の多くは非常に多忙なため、患者とゆっくり話ができていないことも多い。

2）問診しながら、患者の認知能力、病識の有無、心理状態などを探る。本人、家族それぞれが障害をどう受け止めているか、リハビリに対する期待などを傾聴する。疼痛、食欲、睡眠の状況などを聞き、抑うつの状態にないか判断する。

3）家族背景について聞く。配偶者も高齢であるため、介護力は不足していることが多い。最近は独居高齢者も多く、キーパーソンが存在しないこともある。

4）家屋環境について尋ねる（賃貸住宅では改修の可否､集合住宅の場合は特にエレベーター有無などが重要である｡）。

5）経済状況が困窮している場合などにはケースワーカーに相談できるよう手配する。

表4．問診のポイント

1．現在の症状，今までの経過 今の症状に対して病識があるか？　経過が時系列で正しく説明できれば，認知は正常である
2．疼痛の状態，食欲や睡眠の状況，障害受容，リハ意欲 疼痛の状況は本人にしかわからないが，VAS（visual analog scale）などで表現させる．食欲や睡眠の状態を問い，重度の抑うつ状態にないか評価する．障害受容については，特に不全麻痺の場合はデリケートな問題である
3．家族背景 家族の年齢，健康状態，就業状態など 自宅退院後に介護が必要になった場合の介護力の有無を推測する
4．家屋環境 家屋周囲の環境，間取り，段差の有無，改修の可否，エレベーターの有無など
5．仕事の内容，経済状況 経済的状況は退院先を決定する際にも重要である．本人が仕事をしている場合，復職の可能性も評価する．退職に伴う経済状況の変化の問題も生じうる

Frankel 分類、ASIA 神経学的評価、Zancolli 分類については、重要な評価法であるが、他稿を参考にされたい。

MRI-T2 強調画像が脊髄の病変（浮腫、出血、圧迫、軟化巣など）を鋭敏に描写するが、その所見のみから機能予後を判定するのはなかなか難しい。脊柱管変位（骨折、骨片占拠率、等）の評価には CT が有用である。

Ⅱ．診察のポイントは？（表５）

１）ASIA の図表を用いて一通り key muscle の筋力、感覚の所見をとる。関節可動域（ROM）と、MAS（Modified Ashworth Scale）による痙縮の評価を行う。

２）肛門の随意収縮、感覚、肛門反射、球海綿体反射をみる。不全損傷でもこれらが様々な程度に障害されることがある。

３）疼痛の部位と程度をみる。発赤や腫脹を伴うこともある。異常な痛み（アロデイニア）は日常生活動作（ADL）、生活の質（QOL）を低下させる。

４）体位変換時の血圧、脈拍を測定する。自律神経系の障害により、血圧の乱高下が起きやすい。体温調節障害による「うつ熱」にも注意する。

５）呼吸筋麻痺により拘束性呼吸機能障害を呈する。排痰が困難になり誤嚥性肺炎を起こしやすい。簡易的に肺活量、PCF（Peak Cough Flow）を調べ、低下している場合は呼吸リハを行う。睡眠時無呼吸症候群の合併も多く、疑いがあればポリソムノグラフイで検査する。

６）排泄障害を評価する。

７）褥瘡が隠れていることもあり、殿部、踵などもみる。

８）嚥下障害を合併することは珍しくない。外傷が直接延髄に及ぶことは少ないが、頚部の可動性の低下、頚椎の骨棘、前方アプローチの手術歴、脳血管障害による仮性球麻庫の既往などが影響する。入院後初回の食事場面を必ず観察する

９）高血圧、糖尿病、脳血管障害等などを合併していることが多い。腸閉塞、尿路感染症、深部静脈血栓症、肺炎などの既往は再発することもあり要注意である。

表５．診察のポイント

1．意識，認知，精神，心理
2．筋力，感覚，関節可動域，痙縮
3．肛門の随意収縮，感覚，反射
4．疼痛
5．血圧，脈拍，体温，自律神経過反射の有無
6．呼吸機能
7．排泄機能
8．褥瘡
9．嚥下機能
10．合併症の状態

Ⅲ．評価のまとめ

受傷後約２か月、急性期病院を経て転院してきた頚髄損傷症例

認知障害はないが、やや抑うつ的で夜間は不眠傾向

・不全四肢麻痺 Frankel C。ASIA impairment scale　C、Zancolli IIA

・ASIA Motor Score 右 24/50、左 17/50

・筋力：MMT（右／左）；肘屈曲 4/3、手関節背屈 2/2、肘伸展 3/2、手指屈曲 1/1、股関節屈曲 4/3、膝伸展 3/2、足関節背屈 2/1、足関節底屈 2/1
・感覚：C6 領域以下触覚・痛覚ともに鈍麻、両肩から前腕にかけての疼痛としびれの自覚あり
ASIA: Light touch 右 32/56、左 32/56、Pin prick 右 32/56、左 32/56
・関節可動域：手指は全体に腫脹し DIP、PIP、MP の屈曲・伸展制限あり、両手関節は伸展 30°、両肩関節は屈曲、外転とも約 90°、外旋 10°の可動域制限あり。
・痙縮：四肢に痙縮（MAS l+ ～ 2 程度）あり
膀胱直腸障害：膀胱留置力テーテル留置中、週 2 回摘便
・自律神経障害：起立性低血圧あり
・呼吸機能：拘束性換気障害
・嚥下機能：ムセなどの明らかな障害なし。食事の終わりには血圧が 60 台に低下する
・合併症：糖尿病（インスリン使用）
・基本動作：寝返り；部分介助、座位保持；中等度介助、立位保持；重度介助
・ADL：食事は万能力フと太柄のスプーンで目立、他は全介助
・FIM（Functional Independence Measure）: 運動 18 点、認知 35 点
・家族状況：妻 72 歳、会社員の長男 42 歳の 3 人家族、住居は本人の持家、2 階建ての一戸建て

リハ処方到達目標がレベルごとに確立している完全損傷と異なり、不全損傷は麻痺自体が複雑なうえに痙縮、疼痛などの要素が複雑に絡み合い、ゴール設定を困難にする。そのため個々の症例にテーラーメイドで対応する必要がある。

< PT >

1）関節可動域の確保（四肢の大関節、体幹）
2）痙縮のある筋の持続伸長
3）上下肢、体幹の筋力増強訓練
4）基本動作訓練：寝返り、起き上がり、座位保持などを行う。座位になるときは血圧を経時的に測定する。血圧が低いときや、「ボーっとする」などの訴えがあれば、下肢を挙上し上体を倒す。
5）立ち上がり、立位・歩行訓練：不全損傷患者は歩行に対する意欲が強い。血圧に注意しつつ下肢装具を使用して立位訓練を行う。Frankel D レベルになれば、個々に合わせた免荷での歩行訓練、手すりや補助具などを用いた訓練へと進める。位置覚障害が重度の場合、重錘などで感覚入力を刺激する。
6）耐久性向上訓練：高齢者は疲労しやすいことに注意し徐々に耐久性を上げる。
上肢機能に合わせ、保持可能な適切な歩行補助具、車いすの選定をする。

< OT >

7）ROM 訓練：急性期から継続した痙縮、拘縮の予防への配慮が必要。患者は痛みやしびれのある上肢への接触を嫌がるが、訓練により ROM が改善すると痛みも軽減し、その結果 ADL も改善してくる。スケートボード、スプリントを適宜利用しアプローチをする。

8）筋力増強訓練

上肢巧緻性訓練：麻痺や痙縮の程度などから総合的な上肢機能向上の目標を立ててアプローチする。経時的に簡易上肢機能評価（STEF）で評価する

ADL 訓練：食事動作から開始し、移乗、更衣、排池動作などに拡大する。特に、自己導尿の訓練には時間と根気を要す、必要な自助具や福祉用具の環境を整える。

自宅への退院が現実的になれば、家屋評価を行い、住宅改修案を提示する。

自律神経障害：訓練中、頭痛、鳥肌が立つ感じなどがあれば、自律神経過反射を考える。直ちに医師に連絡するとともに、血圧を測定し、カテーテルの折れ曲がりなどがあれば解除する。血圧が高いときの姿勢が臥位であれば座位をとらせ下肢を下げる

＜障害を増幅させる因子に対する治療＞

疼痛、痙縮などは障害を増幅させ、ADL を困難にするため、それらに対する患者の訴えやスタッフからの報告にタイムリーに対応する

疼痛・しびれ：鎮痛剤、抗うつ薬、脊髄刺激などが使用されてきたが、最近、中枢神経性疼痛に対する適応が追加されたプレガバリンは新しい選択肢である。

痙縮、拘縮：筋弛緩薬、ボツリヌス毒素注射、髄腔内バクロフェン持続注入などを併用する。

起立性低血圧：脳虚血、心筋虚血につながる危険性がある。弾性帯による下肢や腹部圧迫でも改善しなければ、カテコラミン、ドロキシドパなど昇圧作用のある薬剤を使う

【経過】受傷から約1年、某医療センター入院後約 10 ヶ月で自宅へ退院した。上肢の巧緻動作障害が残り、食事はばね箸、スプーン、ストロー付きカップを使用。歯みがき、髭剃りは自立。更衣は衣服に紐をつけるなど工夫をしたが、一部介助が必要となった。自宅内の移動は、伝い歩きまたは 4 点杖を使用し、見守りを要する状態。段差には手すりと踏み台を設置した。屋外の移動は車いすを利用。ベッド上での日中 2 回の間欠自己導尿と夜間のナイトバルーン留置は自立した排便は座薬挿入と清拭に妻の介助が必要だが、トイレで排世可能となった。朝夕のインスリン注射は妻が行うことになった。週 2 回のデイケアで、入浴と歩行訓練を行っている。

かつて脊髄損傷の特徴とされた二峰性の年齢分布は、2005 年以降 60 ～ 70 歳代を頂とする一峰性になった。高齢者人口の増加が原因であるため、今後ますます高齢者の脊髄損傷者が増え、しかもその多くが不全頚髄損傷となると予想される。転倒予防や健康診断で後縦靭帯骨化症や脊柱管狭窄症の有無について評価することの検討が必要である。

（原　行弘）

第５章　老年症候群・認知症経過中の感染症

感染症は、真菌（カンジダ属菌、白癬菌など）、細菌（ブドウ球菌、大腸菌、結核菌など）、ウイルス（インフルエンザ、B 型肝炎ウイルスなど）など様々な病原体がヒトに侵入増殖して、発熱、咳嗽、下痢などの症状を来す疾患である。1928 年にフレミングがペニシリンを発見して以来、様々な化学療法薬が開発され、感染症は過去の病気とされた時代もあった。しかしながら、近年、感染症は現在、医療の発展や高齢化、交通のグローバル化に伴い、MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）などの薬剤耐性菌、デング熱やエボラ出血熱などの渡航感染症、MERS（中東重症呼吸器症候群）、新型インフルエンザなどの重症感染症などの様々な課題が山積している。

特に我が国では、超高齢化社会の到来において、高齢者における感染症が極めて大きな問題となっている。一般的に高齢者は、免疫能力が低下することが知られているとともに、糖尿病や心疾患などの感染症発症時に原疾患が悪化することが多く、また、必ずしも典型的な症状がみられないことも多く、食思不振も遷延することが多い、したがって、日頃からの慎重な観察および丁寧なコミュニケーションが高齢者の感染症を判断する際にはキーポイントとなることが多い。

加えて、高齢者では肺炎の増加が顕著であり、加齢や脳梗塞後遺症、肢体不自由など嚥下機能の低下に伴い、その主体は誤嚥性肺炎であることが多い。口腔内には非常に多くの微生物が常在しており、誤嚥性肺炎では、口腔内の常在菌を主要な原因微生物として誤嚥することにより肺炎を発症し、致死的な経過をとることがしばしばみられる。

高齢者にとって、発熱や食欲低下などは若年者よりも消耗性疾患、入退院に伴う認知症の増悪、致死的経過ともに重要であり、日頃からの感染症に対する理解と啓発が不可欠である。

第１節　高齢者の感染症

【事例報告１】　９６才　男性
数日前から食思不振あり、訪問診療受診時に家族から様子がいつもとおかしいと言われた。咳嗽・下痢などの症状なし。
発熱３７．６℃、脈拍１２０回 / 分、呼吸回数２４回 / 分
既往歴 : 高血圧、糖尿病、便秘症

１）高齢者における感染症

感染症の診断においては既往歴、経過、臨床症状、検査所見から疾患の判断を行う。高齢者に以下のような症状を含む感染症がある。

A 肺炎（発熱、咳嗽、喀痰、呼吸困難など）
B 尿路感染症（発熱、頻尿、背部叩打痛、男性の前立腺炎では前立腺圧痛など）
C 胆石胆嚢炎（発熱、右季肋部痛、悪心など）
D 蜂窩織炎（発熱、腫脹など）
E インフルエンザ（発熱、倦怠感、咳嗽など）
F 感染性胃腸炎（嘔吐、下痢など）
G その他、帯状疱疹、疥癬、化膿性脊椎炎など。

高齢者の感染症の特徴として、明確な臨床症状を伴わないことも多いことに注意する。感染性胃腸炎だけでなく、尿路感染症や胆嚢炎などでも悪心・食思不振などの消化器科症状を呈することがあり、重症感染症では意識レベルの低下や混迷で発見されることもある。特に重要なキーワードは「いつもと様子がおかしい」という家人の一言であり、日頃、医療従事者から積極的に「いつもと違ったことはありませんか」と尋ねる姿勢が重要である。

２）SIRS（systemic inflammatory response syndrome: 全身性炎症反応症候群）

感染症は早期に治療の判断が必要なことがあり、重症な病態としてセプシス（敗血症）がある。感染症による SIRS（systemic inflammatory response syndrome: 全身性炎症反応症候群）はセプシス（敗血症）と定義され（図 1）、SIRS の基準（表 1）がある 1)。ショックを呈するセプシスでは、適切な抗菌薬が投与されない場合は一時間ごとに 7.6% ずつ生存率が低下ことが知られており 2)、国際的なガイドラインでは、重症セプシス・ショックの発症 1 時間以内に抗菌薬を開始することが推奨されている 3)。したがって、重症感染症の判断においてはセプシスを見逃さないことが重要である。

SIRS の基準は発熱、脈拍、呼吸回数、白血球数からなり、４項目中２項目を満たす場合を SIRS とする。なかでも発熱、脈拍、呼吸回数は検査機器がなくとも判断できる項目であることから、感染症を疑う際には必ず評価することが必要である。

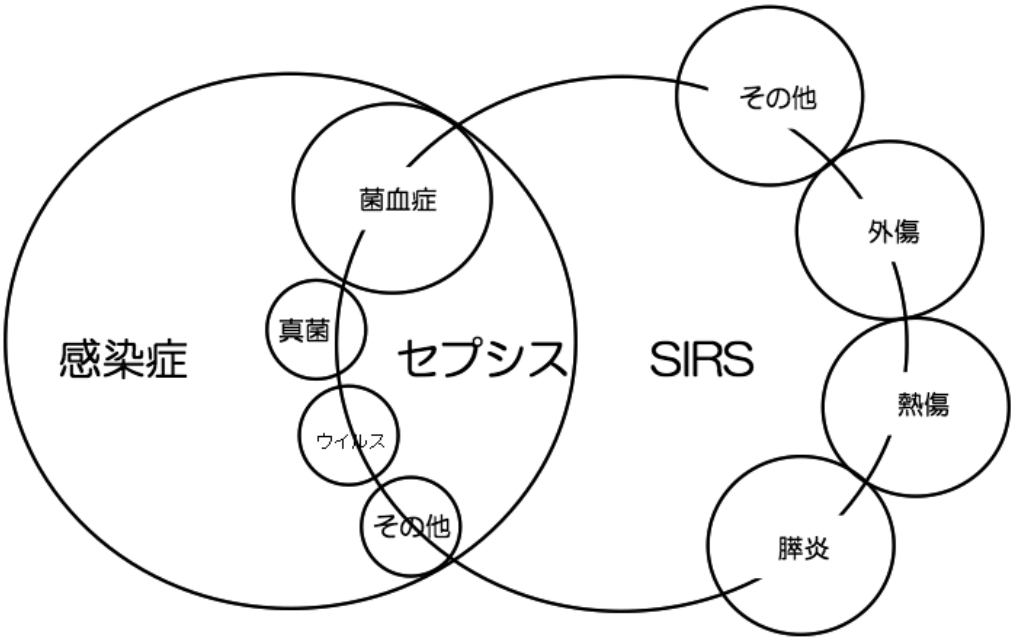


図１）SIRS およびセプシスの概念図

体温	＜３６℃または＞３８℃
脈拍	＞９０回／分
呼吸数	＞２０回／分
白血球数	＞１２０００／mm3 または＜４０００／mm3

表１）SIRS の診断基準

３）参考文献

１．American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Crit Care Med. 1992 Jun;20(6):864-74.

２．Kumar A, Roberts D, Wood KE, et al., Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. Crit Care Med. 2006 Jun;34(6):1589-96.

３．Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al., Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. Crit Care Med. 2013 Feb;41(2):580-637.

第２節　高齢者の呼吸器感染症

【事例報告２】　７６才　男性
認知症で施設入所中の方。発熱、呼吸状態の悪化にて救急要請。
発熱３８．２℃、脈拍１１０回 / 分、呼吸回数１８回 / 分
既往歴 : 認知症、脳梗塞後遺症。

図）胸部単純 CT 写真 : 両肺野底部に浸潤影を認める。

１）高齢者における肺炎

肺炎は２０１２年以降、我が国の死亡原因において、がん、心不全に次いで第３位である。超高齢化社会の進展に伴い、今後も増加傾向が続くことが予想される。

高齢者では抗菌化学療法が進歩した現在でも、肺炎は致死的な疾患であるとともに、肺炎を発症し入院加療を行うことにより日常生活動作 : Activities of Daily Living（ADL）が低下することや認知症が更に進行することとなり、肺炎にかからないことが重要となる。

２）高齢者における呼吸器感染症予防

Ａ　インフルエンザワクチン

インフルエンザは主に冬季に流行し、毎年５００～１０００万人以上が罹患する。高齢者では若年者より、咳嗽や全身症状が乏しい１)。高齢者施設ではしばしば施設内感染もみられる。インフルエンザは線毛細胞の活動を障害するため、その後の細菌性肺炎のリスクが高まる２)。抗インフルエンザ薬の投与によりその後の細菌性肺炎のリスク

を減らすことができる３)。インフルエンザワクチンの発症阻止効果は３０～５０％と低いものの、重症化阻止効果が高く、高齢者ではインフルエンザ罹患後には肺炎以外にも心疾患や糖尿病の増悪が懸念されるため、インフルエンザワクチンを毎年接種する必要がある。

B　肺炎球菌ワクチン

肺炎球菌は肺炎の原因菌として２０～３０％と最も多いことが知られている。現在、成人用のワクチンとして２３価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン（ニューモバックス®）と沈降１３価肺炎球菌結合型ワクチン（プレベナー®）がある。２０１４年１０月以降、６５才以上の高齢者の一部に２３価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンが定期接種の対象となり、国および自治体の一部補助が行われている。補助対象の有無に関わらず、ワクチン接種を啓発する必要がある。

C　誤嚥予防

高齢者の肺炎の多くが誤嚥性肺炎である。日頃から実施可能な誤嚥予防として、入れ歯の清潔な管理を含めた口腔ケア、食直後の臥位を避けること、食事の工夫（ぬるめを避け、熱め・冷たい・辛いなど誤嚥しにくい食事)、適度な運動などを日頃から行う必要がある。

３）参考文献

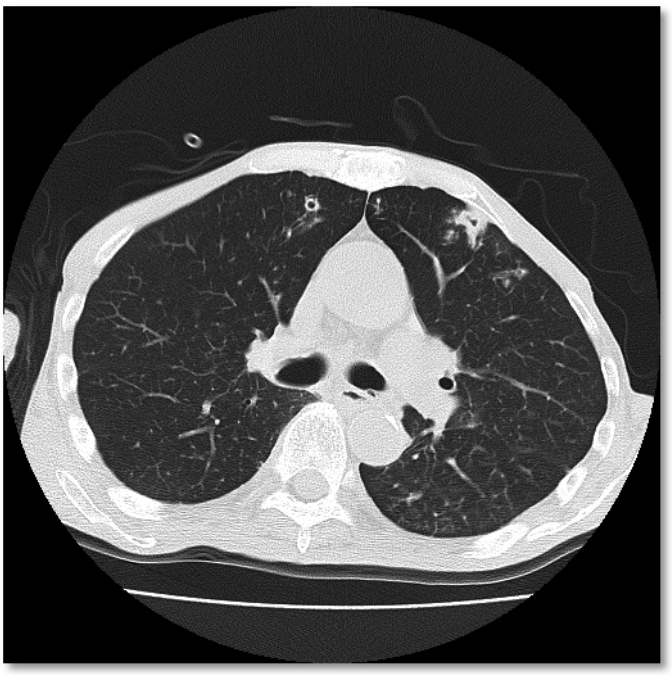
１．Woolpert T, Brodine S, Lemus H, et al. Determination of clinical and demographic predictors of laboratory-confirmed influenza with subtype analysis. BMC Infect Dis. 2012 Jun 7;12:129.

２．Chertow DS, Memoli MJ. Bacterial coinfection in influenza: a grand rounds review. JAMA. 2013 Jan 16;309(3):275-82.

３．Kaiser L, Wat C, Mills T, et al. Impact of oseltamivir treatment on influenza-related lower respiratory tract complications and hospitalizations. Arch Intern Med. 2003 Jul 28;163(14):1667-72.

第３節　高齢者の結核

【事例報告３】 上述の患者が数ヶ月後、発熱があり、訪問診療受診。抗菌薬（キノロン薬）を処方されるも改善せず。呼吸困難も出現したため、救急要請。
咳嗽はなし。胸部 CT にて両下肺に浸潤影を認め、誤嚥性肺炎にて入院となる。
入院時の喀痰抗酸菌検査は陰性であるも、培養６週目に陽性となる。改めて抗酸菌検査を実施したところ、塗抹陽性にて結核病院に転院となる。
一ヶ月後、排菌陰性化したため、当院に入院。在宅調整を行い、診療所での訪問診療および抗結核療法を継続することとして退院となる。



図）胸部単純 CT 写真 : 両肺野に空洞を伴う粒状影を認める。

１）高齢者における結核

結核は Mycobacterium tuberculosis による感染症である。結核は減少傾向とはいえ、２０１３年の結核の統計では我が国の罹患率（人口１０万対の新登録結核患者数）は１６．１であり、年間２万人以上の新たな罹患者がおり、いまだ多く見られる感染症である。新登録結核患者のうち６０歳以上が占める割合は７１．２%、７０歳以上の占める割合は５７．４% となり高齢者に多く発生している１）。

結核は「長引く咳」の場合に早期に受診・診断することが感染症対策上、重要であるものの、高齢者になるほど咳嗽や発熱などの典型的な症状に乏しくなることが特徴である２）。本症例でも咳嗽は認めず、また誤嚥や慢性閉塞性肺疾患（COPD）などで元々慢性咳嗽を有する場合は受診や診断が遅れることがある。また呼吸器感染症の治療に頻用され

る抗菌薬であるキノロン薬は、結核に抗菌活性を有するため、本症例のように、肺炎の初期治療としてキノロン薬を投与され、抗酸菌検査が陰性になることにより、診断の遅れに繋がることが稀に経験されるので注意が必要である。したがって、高齢者の肺炎では結核の確認を行うことが重要である。

２）地域における結核診療

結核感染症のうち、約４割を占める喀痰塗抹陽性患者は感染症法に基づき結核病床を有する医療施設で入院加療が行われることが多い。現行の退院基準では、２週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失し、２週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗沫検査、又は培養検査の結果が連続して３回陰性である場合は退院することとなる。結核治療は６～９ヶ月の治療期間を要し、約６割の塗抹陰性患者および塗抹陰性化した患者は、地域の医療機関、社会福祉施設で継続加療が行われており、行政も含めた地域連携システムが重要である。

３）DOTS

直接服薬確認療法（directly observed treatment short- course）のことである。結核は長期にわたる抗結核療法が必要であり、治療の中断は再燃や結核菌の耐性化のリスクが高く、外来や施設における確実な服薬コンプライアンスの確保が重要である。我が国では現在、保健所、医療機関、ケアワーカー、調剤薬局が連携して実施されている。

４）結核の接触者検診

結核に曝露した場合、生涯の間に結核を発症するのは１０％程度で、多くは感染後、数ヶ月から２年以内に発症する。保健所の指導に基づき感染源の咳嗽の有無や感染性を考慮し、胸部レントゲン検査や、結核菌特異抗原に対するヒト免疫反応を評価することにより結核感染を診断する方法である Interferon-Gamma Release Assay（IGRA）検査が実施される。

５）参考文献

１．公益財団法人結核予防会結核研究所疫学情報センター 結核の統計 2013 年 , http://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/toukei/nenpou/
２．豊田恵美子 , 町田和子 , 長山直弘 , ほか , 高齢者結核の臨床的検討 結核 85 巻 8 号 655-66, 2010.

第４節　施設における感染症

【事例報告４】　２４才　女性　鍼灸師
数日前から右肘に瘙痒感を伴う丘疹があり、皮膚科受診。ステロイド含有軟膏を処方されるも改善せず、悪化していた。

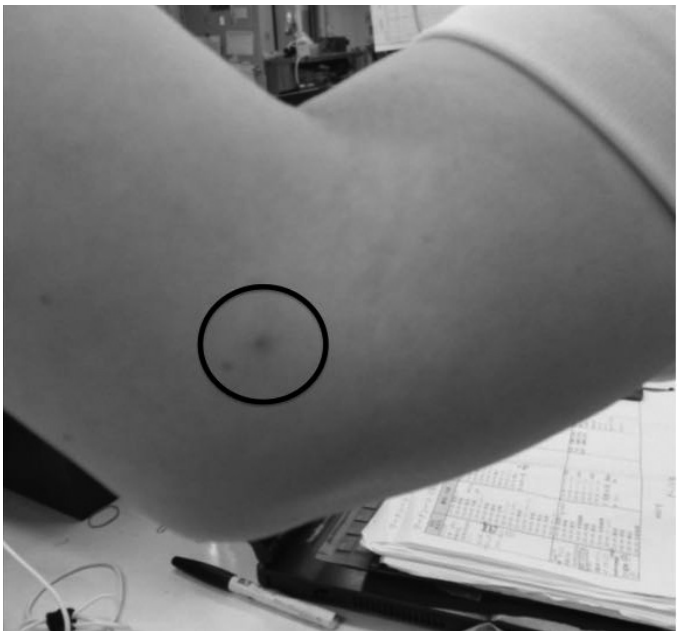
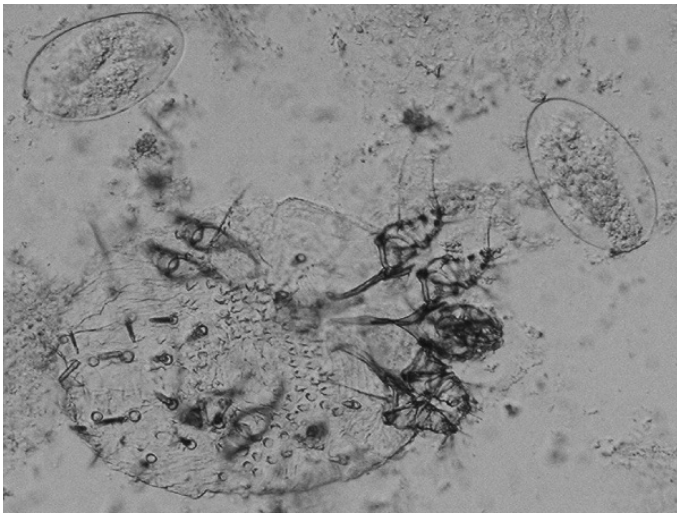


図１）右肘内側に瘙痒感を伴う丘疹を認める。

１）疥癬

ヒゼンダニが皮膚角層に寄生して発症する皮膚感染症である。雄は皮膚表面や角質層に、雌は水泡を伴い皮膚が数ミリ盛り上る疥癬トンネルに生息し、卵は約１～２週間で成虫となる。通常の疥癬は、感染後１～２ヶ月で疥癬虫に対するアレルギー反応により、主に指間、腋窩、陰股部などに強い痒みを伴う赤色の小丘疹がみられる。角化型（ノルウェー）疥癬は、高齢者など免疫能が低下した患者に発症し、痒みは乏しく、厚いカキ殻状の鱗屑や全身の紅皮症様の症状がみられる。感染力が強く曝露後１週間以内に発症する。

疥癬は皮膚の KOH 染色を行って診断する。しかしながら高齢者では、皮膚トラブルを有することが多いため必ずしも早期から疥癬が疑われないこと、通常疥癬ではダニの個数が少なく、雄は丘疹などの皮膚症状がみられないため、皮膚科専門医の受診でも検体採取の陽性率は十分ではなく確定診断に至らないことも多い。したがって、疥癬の曝露歴などを勘案して総合的に判断することとなる。



図）ヒゼンダニ

２）職業感染対策

医療従事者の職業感染対策として重要な病原体は、血液媒介感染症としては、B 型肝炎ウイルス、C 型肝炎ウイルス、HIV ウイルスである。鍼灸師を含め、医療従事者は B 型肝炎ワクチン接種による抗体獲得が必須である。一度抗体を獲得すれば継続的な効果が期待できる 1)。なお、梅毒は性行為感染症であり、医療従事者の職業感染対策上は通常、対応は不要である。

本事例のような疥癬が発生した場合、感染源として高齢者との曝露機会があることがあり、 1 週間から 1 ヶ月の潜伏期を経て、他の入居者やスタッフに感染拡大がみられることがある。日頃からの手洗いの励行を含めた標準予防策の遵守、角化型疥癬の場合は接触感染予防策が適用される。

３）参考文献

１．Zanetti AR, Mariano A, Romanò L, et al. Long-term immunogenicity of hepatitis B vaccination and policy for booster: an Italian multicentre study. Lancet. 2005 Oct 15-21;366(9494):1379-84.

第５節　災害時における感染症

【事例報告５】

現在、南海トラフ地震が懸念されるなか、従来の知見や経験をもとに感染症対策を行っていく必要がある。

１）市中感染症

東日本大震災は冬季に発生し、感冒、インフルエンザや感染性胃腸炎などの市中感染症の発生がみられた。これらは、市中感染症であり、避難所でも多く発生する感染症であり、発生をゼロにすることは求められない。日頃からの手洗い、うがい、呼吸器衛生 / 咳エチケットの遵守が重要である。

２）肺炎

阪神大震災や新潟県中越地震でも同様、東日本大震災でも発災２週間以降は呼吸器感染症の増加がみられた１）。肺炎の原因菌で最も多く見られるのは肺炎球菌であり、肺炎球菌ワクチンによる予防が重要であることから、発災前に接種しておくことが重要である。

３）その他

災害時における外傷では破傷風の発生が懸念される。破傷風は現在年間 100 例以上が発生し、東日本大震災では震災に関連して計 10 例の破傷風の発生が報告された。症例は少ないものの、破傷風は長期の ICU 管理を要する重症感染症化し、限りある被災地の医療資源を要する。幼少時の破傷風トキソイドワクチンの効果は 30 代以降減弱し、また 1968 年以前の出生者はワクチン接種歴もないため、積極的な接種が必要である。

東日本大震災では上下水道が破綻したため、トイレは排泄物の処理上、電灯のない屋外に設置せざるを得なかった２）。トイレの衛生管理が不十分な場合は便秘が多く、夜間の排尿の多い高齢者では、尿路感染症が懸念される状況がみられた。

４）参考文献

１．Aoyagi T, Yamada M, Kunishima H, et al. Characteristics of infectious diseases in hospitalized patients during the early phase after the 2011 great East Japan earthquake: pneumonia as a significant reason for hospital care. Chest. 2013 Feb 1;143(2):349-56.

２．Tokuda K, Kunishima H, Gu Y, et al. A survey conducted immediately after the 2011 Great East Japan Earthquake: evaluation of infectious risks associated with sanitary conditions in evacuation centers. J Infect Chemother. 2014 Aug;20(8):498-501.

第６節　まとめ

家庭では市中感染症として、感冒、インフルエンザ、感染性胃腸炎などが見られる。施設でも同様にこれらの感染症がみられるとともに、集団生活ゆえの施設内伝播が発生することがある。

高齢者保健福祉に係る施設として介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）のほか、グループホームやデイケアなどが行われているともに、施設では胃瘻や喀痰吸引、膀胱カテーテルなどの医療処置が実施されることがあることから、感染対策も重要となる。

一方、施設では在宅より原疾患を有する上では易感染の方がいるとともに集団感染のリスクがあるものの、計画的な栄養管理やワクチン接種、見守りや保健指導が行いやすい利点もある。感染症では地域で伝播することから社会全体の課題であり、最新の情報の共有を含め、保健行政、社会、医療、介護ともに、地域ネットワークを構築し活動を行うことが求められる。

（國島広之）

第６章　高齢者と救命救急医療について

第１節　総論

Ⅰ．増加する救急車搬送例

救急出動件数は、昭和 30 年代の高度経済成長期から増加し続けて、平成 10 年代後半には、昭和 40 年代前半の出動件数の 10 倍を数えるに至った。出動件数の増加にともない、救急隊の不足から覚知～現場到着時間の延長が大きな社会問題として取り上げられるようになり、救急車適正使用を市民に訴えるキャンペインが全国的に展開され、平成 18～ 21 年にかけて出動件数の増加には歯止めがかかったように思われたが、平成 22 年から再び増加に転じている。

平成 24 年中の救急出動件数は、消防防災ヘリコプターによる件数も含め、580 万 5,701 件（対前年比９万 4,599 件増、1.7％増）、搬送人員は 525 万 2,827 人（対前年比６万 7,514 人増、1.3％増）である。

また、救急自動車による出動件数は、全国で１日平均１万 5,897 件（前年１万 5,637 件）であり、5.4 秒に１回（前年 5.5 秒に１回）の割合で救急隊が出動し、国民の 24 人に１人（前年 25 人に１人）が救急隊によって搬送されたことになる。

Ⅱ．増加する高齢者救急車搬送例

救急自動車による事故種別ごとの搬送人員では、急病（329 万 6,582 人、62.8%）が最も多く、次いで一般負傷（75 万 6,575 人、14.4%）、交通事故（53 万 9,809 人、10.3%）の順となっている。

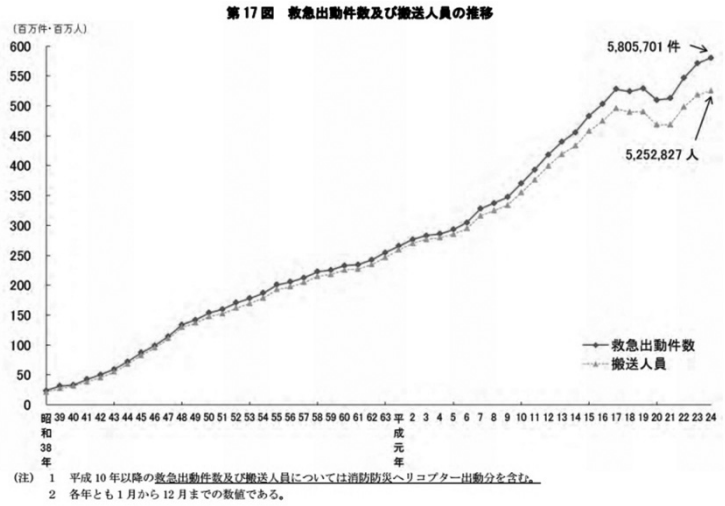
また、救急自動車による事故種別出動件数の構成比の推移をみると、急病及び一般負傷の占める割合は年々増加し、交通事故は減少している。

搬送人員の年齢区分を見ると年々高齢者の搬送件数が著しく増加し続けている。平成 22 年国勢調査における高齢者の人口割合は 23.0％であるが、搬送人員における高齢者の割合は 53.1％であり、高齢者 10 人に１人が搬送されていることとなる。

搬送が増加している事故種別のうち、急病では高齢者が 57.5％（189 万 5,647 人）を占め、一般負傷では高齢者が 60.5％（45 万 7,822 人）を占めている。全搬送人員の中で高齢者の占める割合よりも増加している事故種別である急病、一般負傷の中で高齢者の占める割合が高いことからも救急搬送数増加の一因が高齢者に起因していることが分かる。逆に高齢者搬送数の増加が急病、一般負傷による搬送数の増加をもたらしていると言える。

高齢者増大に伴い救急患者受け入れが増大し、救急病院の負担が増大したために、救急医療から撤退する医療施設が増加している。これが悪循環を招き、救急医療を継続している施設にとっては、いよいよ負担が増大している。高齢者に対する救命救急医療の問題は、わが国の救急医療にとって喫緊の課題と言うことができよう。

図１：救急出動件数及び搬送人員の推移 （「平成 25 年版救急・救助の現況」 総務省消防庁　より引用）



第２節　高齢者の救命救急医療の特徴

Ⅰ．慢性疾患との関連

高齢者は、一見健康に生活しているように見えても、潜在的に慢性疾患を患っている例が多い。加齢に伴う障害や生理的変化まで視野に入れれば、身体に全く不安を持っていない高齢者は皆無に近く、ほぼ全ての高齢者が慢性疾患患者であると言っても過言ではない。急な疾病が発症した救急患者でも、高齢者の場合は慢性疾患の急性増悪かもしれないという診方が必要になる。外傷であっても、受傷機転に慢性疾患が関連している可能性があり、診療するうえでも慢性疾患や服薬している薬物との関連を考慮しなければならない。

かかりつけ医が長期にわたって治療している慢性疾患を救急車で運ばれてきて初めて診察した救急医が短期間で治療するということは不可能である。根本的な治療は、かかりつけ医に委ねられるべきであり、救急医の対応には限界がある。救命救急医療が一段落した時点で、救急医からかかりつけ医に円滑に転医できる医療システムが地域として必要である。

Ⅱ．認知症患者の救急診療における困難

認知症の高齢者を診療することは、救急病院にとって大きな負担となっている。国立長寿医療研究センターによるアンケート調査結果では、全国の救急病院の 94％が認知症患者に対する救急診療は対応困難であると回答している。理由は、転倒転落の危険、意思疎通の困難、検査処置の対応困難などで、約 70％の施設で身体拘束・鎮静が行われている。

また、高齢者の入院期間は救急病院に限っても長期化する傾向があり、救急病床の回転率を引き下げ、救急病院の救急患者応需率を下げることにつながることから、高齢者に限

らず国民全体の救急医療に大きな影響を与えている。

このような観点からも、救急病院と長期療養型病院や施設が強い連携を地域で築き、救急病院の負担を軽減していく必要がある。

Ⅲ．どこまで治療するべきか？

高齢者を治療するうえで、なにを最も重要視するべきか、救命救急医療の現場では常に問題となっている。患者本人に無理を強いてでも延命をはかるべきか、延命よりも苦痛の軽減を優先するべきか、患者、家族、医療者の中で異なった考えが生ずることがある。寿命を考えた時、限られた時間をどのように過ごすべきかは、個人的な倫理観や人生哲学によって変わってくる。患者本人の考えが最優先されるべきであろうが、考えを表出できない意識障害患者や認知症患者の場合には、家族との協議による他なく、医療者の負担は増大する。

図２：高齢者への集中治療・延命治療を希望するか？

第３節　事例の紹介

【事例報告１】８２歳、女性。無症状に見えて病状が重篤化した１例

老人介護施設に入所中。軽度の認知症があるが、日常の生活は自力でできている。施設内で軽運動などの日課も通常に過ごしていた。３日前から食事の摂取量が減っていたが、症状の訴えはなかった。熱発なく、咳嗽、咽頭痛などの感冒症状も見られなかった。

朝になっても起床せず、介護者が起こしても強い呼びかけで辛うじて開眼するが、発語なし。救急車要請。

病院到着時、意識Ⅱ -20。血圧 70/40mmHg、脈拍 110bpm。輸液と昇圧剤投与にて

血圧 100/70mmHg に上昇。血液検査にて白血球増加、炎症反応陽性。尿は膿状で、尿沈渣にて白血球高値を認めた。尿培養、血液培養にてグラム陰性桿菌が検出された。

尿路感染症を原因とした敗血症と診断された。輸液、抗菌薬投与にてデータ改善。意識も回復し施設に帰所した。

高齢者では、なんらかの疾患に罹患しても症状の発現が乏しいことが多く、病状が進行した後に重篤な症状にて突然発症することも珍しくない。高齢者の介護をする際には、些細な体調の変化に注意を払い、重篤化する前に医療施設の受診を勧めるべきである。

また、医療施設に受診しても疾病、病態があきらかにならず、診断遅延、治療遅延を招くことがある。高齢者は、自発症状が欠如していて訴えがはっきりしない一方、体調不良を慢性的に抱えていることも多く、急性期の症状を把握することが困難である。このため医療者の中には、高齢者の診察を忌避したり、行うべき検査を怠る傾向があることは否めない。普段の状態をよく把握している者が、診察に立ち会い、患者本人の訴えを代弁したり、客観的な体調変化を医療者に伝達するべきである。

【事例報告２】８８歳、女性。軽い受傷機転で思わぬ重傷を負った１例

自宅のベッドに腰掛けていて立ち上がろうとして尻餅をついた。尻餅をついたのはベッドの上でクッションが効いており、家族は大事はないと考え、そのままベッドに寝かせて様子を見ていた。特に疼痛の訴えもなく、排泄はオムツ装着していたため、そのまま終日ベッドで過ごした。

翌日、入浴のため介助しながら風呂場へ歩行させようとしたが、歩行できず。痛くはないが、右足に力が入らないとの訴え。家族がおんぶして病院を受診した。

病院受診時、意識ほぼ清明。血圧 160/90mmHg、脈拍 70bpm。自発痛の訴えはないが、右股関節部に軽い圧痛を認めた。レントゲン撮影したところ、右大腿骨頚部骨折を認めたため、入院となった。今後、骨折部の固定手術を予定している。

高齢者、特に女性は骨粗鬆症を合併していることが多く、軽微な受傷機転でも骨折を起こすことがある。高齢者が骨折すると、皮下組織が疎なことから予想外の大量出血を起こすことも稀ではない。対応を誤ると生命にかかわることになってしまう。

高齢者外傷の受傷機転としては、転倒が多いのが特徴であり、介助歩行やリハビリテーション時に転倒しないように注意しなければならない。また、マッサージにより思わぬ外傷を負うことがあることも知られている。骨を含めて組織が脆弱化していることに十分留意して理学療法を行う必要がある。

【事例報告３】７８歳、男性。入浴中に意識を失い死亡

１月末の夜間、自宅で飲酒後入浴。１時間経っても出てこないので、家族が見に行ったところ、浴槽内で水面に顔をつけた状態でいた。浴槽から引き上げたところ、意識なく、息もしていない。救急通報するとともに、家族により胸骨圧迫が開始された。

救急隊到着時、心肺停止状態。心電図波形は心静止（波形が平坦な状態）であった。心肺蘇生処置を行いながら搬送した。

病院到着時、心肺停止は変わらず。心電図も変わらず、心静止。気管挿管、血管収縮薬投与などの心肺蘇生処置を施したが、心電図変化なく、蘇生できなかった。気管チューブから水と泡沫状の水様痰が吸引され、直接死因は溺水と考えられた。死亡確認後、CT を撮影したが、突然意識を失って溺水の原因となるような異常（脳出血、大動脈解離、等）は見つからなかった。

入浴中に意識を失うことが時としてある。入浴中なので意識を失ったまま浴槽内に沈下し、溺水を起こして死亡に至る。このような事故は１年間通して発生しているが、頻度は圧倒的に冬季が多く、ほとんど全ての例が高齢者である。その主な原因はヒートショックであると考えられている。

ヒートショックとは、体が温められて末梢血管が拡張し、血液分布が末梢に偏るため、相対的に血圧が低下する病態である。調節能力が減退している高齢者では、寒い環境から急速に加温されると、血圧低下の程度が大きく、脳虚血を招いて意識障害を生ずる。血圧低下の際に脳梗塞や心筋梗塞を招来することもある。

入浴にともなって生じる温度差、すなわち室温と湯温の温度差を小さくするために、湯温を 41℃以下の低めに設定したり、脱衣場や浴室内を暖房して温かくすると予防効果があると考えられている。また、食事後や飲酒後には血圧変動を来しやすいので、食時直後や飲酒直後の入浴は避けるべきである。浴槽内に沈下して溺水を起こさなければ死に至ることは少ないので、湯量を少なめにしたり、高齢者の入浴中は異常ないことを家族が気に掛け、気を失っても沈下する前に発見することが重要である。家族が寝静まってからの高齢者の入浴は、避けるべきである。

高齢者特有の身体反応はヒートショック以外にもいろいろあるので、家族や介護者は高齢者の身体的特徴を心得て介護にあたる必要がある。

【事例報告 4】９２歳、男性。心肺停止を蘇生したものの延命を希望せず

施設で介護を受けながら食事をしていたところ、食物を喉に詰まらせて意識消失し、救急通報された。介護職員により背部殴打を繰り返したが、異物はとれなかった。

救急隊到着時、心肺停止状態。口腔内を観察したところ、刺身片が喉頭に詰まっており、これを除去する。心肺蘇生処置を行いながら搬送を開始。救急車内で救急救命士によりアドレナリンを投与したところ、心拍再開した。

病院到着時、意識Ⅲ-300（深昏睡）、血圧80/50mmHg、脈拍90bpm。自発呼吸ないため、気管挿管し人工呼吸器を装着した。昇圧薬を持続投与し、血圧は120/80mmHg前後で安定した。頭部CTでは高度脳萎縮を認めるものの、脳出血などの急性病変は認めなかった。昏睡が持続し、心停止に陥っていた経過からも心停止中の低酸素状態により不可逆的な脳症の発生が考えられたので、意識の回復は難しいと考えられた。

患者来院から２時間経過して家族が来院した。病状の説明を行ったところ、意識の回復が見込めないのであれば、高齢でもあり、延命治療は行わないで欲しいと申し出られた。以前より、患者本人も機械が着けられた状況での延命は希望していなかったとのことであった。

来院翌日になり、意識改善はないものの、自発呼吸が出てきたため人工呼吸器を離脱することに成功した。家族と再び話し合い、人工呼吸器の再装着は行わない治療方針とした。気管切開などの手術を含めて積極的な延命処置は行わないこととし、血圧低下、心停止をきたしても蘇生処置は行わずにお看取りする方針となった。

３週間入院治療を継続した後、意識状態の改善はないまま、合併した肺炎により死亡した。

医学の進歩と医療機器の普及により、高齢者に対しても人工呼吸を含めて高度な集中治療を行うことが物理的には可能になった。しかし、高齢者に対してどの程度まで延命治療を行うべきか、行うことが許容されるのかについては、多くの意見があり定見がない。治療方針、処置内容の決定にあっては、患者本人の意思が最優先されるべきである。しかし、高齢者では認知能力の減退から自ら判断することが難しい例は多く、まして急に意識を失った例では本人の意思を聞くことができない。そのような場合は、家族の意思を本人意思を斟酌したものとして受け取ることになる。必ずしも家族の意思が本人の意思と同一と思えない場合であっても､家族の理解なしに治療を継続することは現実的ではないので、結局家族の意思に従うことが多い｡患者自身が自己の意思に沿った治療を望むのであれば、文書で希望を書き記し､その内容を家族や周囲の介護者に周知しておくことが必要である。そのような文書をliving　willと言う。

この症例では、家族が患者本人の意思を代弁したため、積極的な延命処置を行わずに３週間の経過で亡くなったが、そもそも蘇生処置を行ったこと自体が患者本人の意思に反する行為だったかもしれない。また、患者本人の意思に反して家族の意思により、数か月以上の延命治療が行われる例もある。

高齢者の介護をする上でliving　willを確認しておくことは、思ってもいなかった急変時に患者の意思に沿った治療を行う上で重要である。思ってもいなかったことが起こることが高齢者介護では当然のこととして準備しなければならない。

第４節　まとめ

高齢者の介護は、家族や施設だけで行えるものではなく、行政や複数の医療施設も交えて地域で包括的にケアしていく必要があるという考えが近年強調されるようになってきた。救急医療もこの地域包括ケアの一部を担うものとして理解されている。

急速に超高齢化社会への道を歩んでいるわが国の救急医療現場では、高齢者の救急医療を救急医療施設だけで行うことは不可能になってきている。このような観点からも、救急医療を地域包括ケアの一環として見ていくことは、今後ますます重要になってくるであろう。

（松田　潔）

＊文献　総務省消防庁平成 24 年度消防白書より

第２部　介護福祉系

第１章　介護とは

第１節　介護保険制度

Ⅰ．発足・導入の経緯

従来の高齢者への介護は、老人福祉法と高齢者の医療の確保に関する法律（旧老人保健法）の下、個別での介護サービスの提供が行われてきたが、急速な長寿・高齢化、要介護高齢者の増加、要介護期間の長期化、家族形態の変化などに、対応が難しくなっていた。また、サービスを自由に選択できない、サービス利用時の負担に不公平を感じる、社会的入院（介護目的での長期入院）等の問題が指摘されていた。

上記のような背景と問題点に加え、それに比例して増加する介護費用を、将来にわたって国民全体で公平に賄う仕組みとして２０００年４月に介護保険制度が発足した。介護保険制度の基本理念は、下記の３点である。

・要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、または要介護状態となることの予防
・被保険者の選択に基づき、適切なサービスが多様な事業者または施設から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮する
・被保険者が要介護状態になっても、可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう配慮する

Ⅱ．制度概要

長寿・高齢化に伴い誰もがなりうる要介護状態に対処するため、４０歳以上のすべての国民（在住外国人で、外国人登録をし、且つ医療保険に加入している者も含まれる）が費用を負担し、要介護状態になった方に介護サービスを提供する、国民の共同連帯の理念に基づく相互扶助である公的保険である。

保険加入は義務（個人の意思で加入・脱退はできない）であり、何の意思確認・手続きもなく被保険者となる。

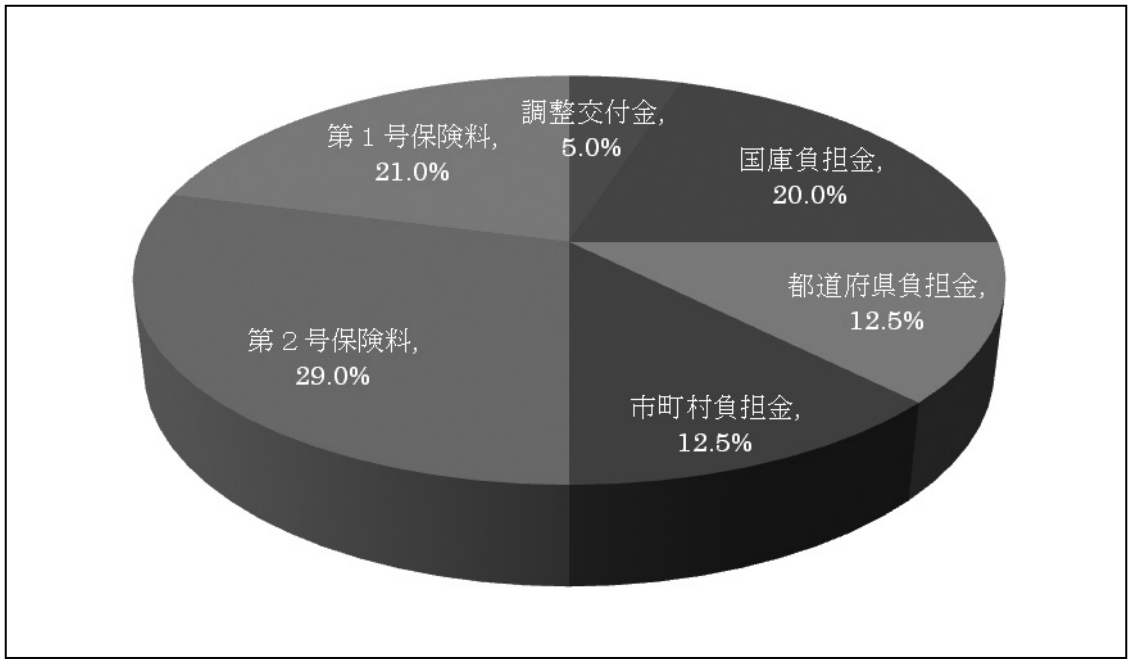
１）介護保険制度の被保険者とは

第１号保険者：　６５歳以上の者
第２号保険者：　４０歳～６４歳の医療保険加入者

２）介護保険の受給要件

第１号保険者：　要介護・要支援　認定者
第２号保険者：　末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病による要介護・要支援　認定者

3）保険給付（サービス費用のうち保険支払分）の財源



公費　　５０％　　調整交付金・国庫負担金・都道府県負担金・市町村負担金
保険料　　５０％　　第１号保険料・第２号保険料

Ⅲ．周辺状況

1）高齢者保健福祉の歴史的側面

年	政　策（備考）
１９３２年	救護法施行
１９３８年	厚生省設置
１９５１年	社会福祉事業法
１９６３年	老人福祉法 …特別養護老人ホーム創設・老人家庭奉仕員（ホームヘルパー）法制化
１９７０年	社会福祉施設緊急整備５か年計画
１９７３年	老人医療費無料化
１９７８年	寝たきり老人短期保護事業開始
１９８３年	老人保健法
１９８６年	長寿社会対策大綱策定
１９８７年	社会福祉士および介護福祉士法
１９８９年	ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略）の策定 …施設緊急整備と在宅福祉の推進

１９９０年	福祉八法改正
１９９４年	新ゴールドプラン（新・高齢者保健福祉推進十か年戦略）の策定 …在宅介護の充実
１９９９年	ゴールドプラン２１
２０００年	介護保険法施行・社会福祉基礎構造改革
２００１年	厚生労働省設置
２００６年	介護保険法　見直し
２００９年	介護保険法　見直し
２０１２年	介護保険法　見直し

※　介護保険法の見直しに関しては、制度見直しの経緯を参照のこと

２）日本における高齢化率の変遷と推計

１９３０年	１９４０年	１９５０年	１９６０年	１９７０年
４．８％	４．８％	４．９％	５．７％	７．１％
１９８０年	１９９０年	１９９５年	２０００年	２００７年
９．１％	１２．１％	１４．５％	１７．４％	２１．５％
２０１０年	２０２０年	２０３０年	２０４０年	２０５０年
２３．０％	２９．１％	３１．６％	３６．１％	３８．８％
２０６０年	２０７０年	２０８０年	２０９０年	２１００年
３９．９％	４０．６％	４１．２％	４１．２％	４１．１％

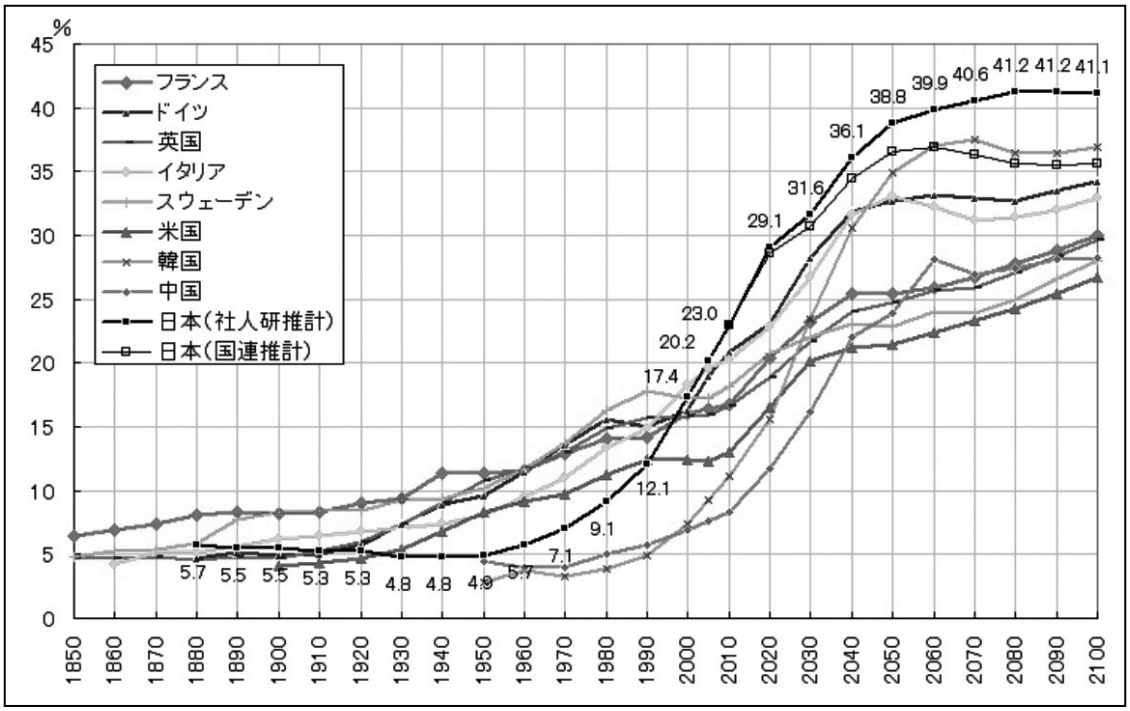
出典：『社会実情データ図録』より

「高齢化社会」　高齢化率　７％～１４％の範囲　１９７０年
「高齢社会」　高齢化率１４％～２１％の範囲　１９９５年
「超高齢社会」　高齢化率２１％～　２００７年

高齢化社会から高齢社会に至るまでの期間は２５年、高齢社会から超高齢社会に至るまでの期間はわずか１２年となっている。

平成２６年度版高齢社会白書（内閣府）によると、２０１３年１０月１日現在の総人口は、１億2,７３０万人と３年連続減少であったが、６５歳以上の高齢者人口は、過去最高の3,１９０万人で、高齢化率は２５.１％（前年２４.１％）となっている。

3）主要国における人口高齢化率の長期推移・将来推計

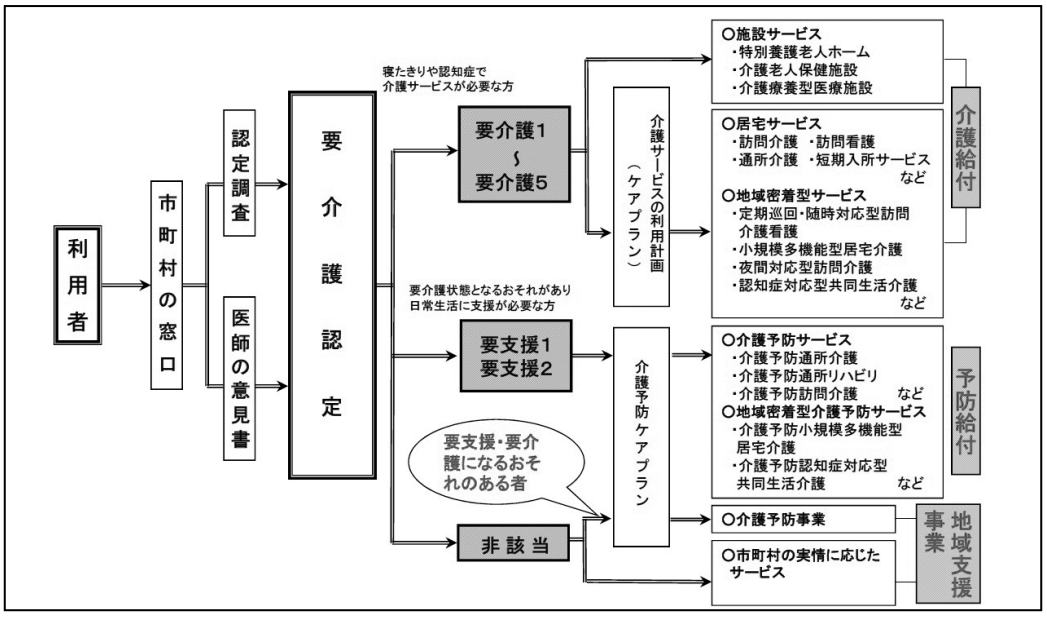


出典：『社会実情データ図録』より

上記集計表にあるように、他主要国と比して、日本は急激な伸びと高止まりの数値を示している。

Ⅳ．基本的仕組み

1）利用の流れ



出典：厚生労働省老健局総務課『公的介護保険制度の現状と今後の役割』より

2）メリット・デメリット

A．メリット・・・利用手続き（措置制度から契約制度）の変化によるもの

措置制度	契約制度
行政が介護サービスの必要な人に行政処分として利用決定する	利用者とサービス提供事業者との間で利用契約を締結し、介護サービスを利用するという仕組み
行政機関中心型の仕組み	利用者中心型の仕組み
「低所得者が利用」や「福祉の世話になる」といったイメージ	「サービスの一般化・普遍化」といったイメージ
行政機関の審査のためにサービス利用までに時間がかかる	介護支援専門員（ケアマネジャー）のサービス調整が終われば、比較的早くサービス利用が開始される

B．デメリット

・介護保険の総費用・給付費、国や地方自治体、保険料負担の増加

・介護事業者指定取り消しにより、利用者への安定的介護サービス提供が滞る

・３年ごとの法改定による経営の不安定さの影響による、サービスの継続性への危惧

Ⅴ．制度見直しの経緯

1）２００６年改正

A．『介護予防サービスの創設』

当初は「要介護１～５・要支援」の６段階だったが、「要支援１・２」が創設され７段階となり軽度者への対象を広げた。

自立（非該当）	歩行や起き上がりなどの日常生活上の基本的動作を自分で行うことが可能であり、かつ、薬の内服、電話の利用などの手段的日常生活動作を行う能力もある状態
要支援状態	日常生活上の基本的動作については、ほぼ自分で行うことが可能であるが、日常生活動作の介助や現在の状態の防止により要介護状態となることの予防に資するよう手段的日常生活動作について何らかの支援を要する状態
要介護状態	日常生活上の基本的動作についても、自分で行うことが困難であり、何らかの介護を要する状態
要介護１	要支援状態から、手段的日常生活動作を行う能力がさらに低下し、部分的な介護が必要となる状態
要介護２	要介護１の状態に加え、日常生活動作についても部分的な介護が必要となる状態
要介護３	要介護２の状態と比較して、日常生活動作及び手段的日常生活動作の両方の観点からも著しく低下し、ほぼ全面的な介護が必要となる状態
要介護４	要介護３の状態に加え、さらに動作能力が低下し、介護なしには日常生活を営むことが困難となる状態
要介護５	要介護４の状態よりさらに動作能力が低下しており、介護なしには日常生活を営むことがほぼ不可能な状態

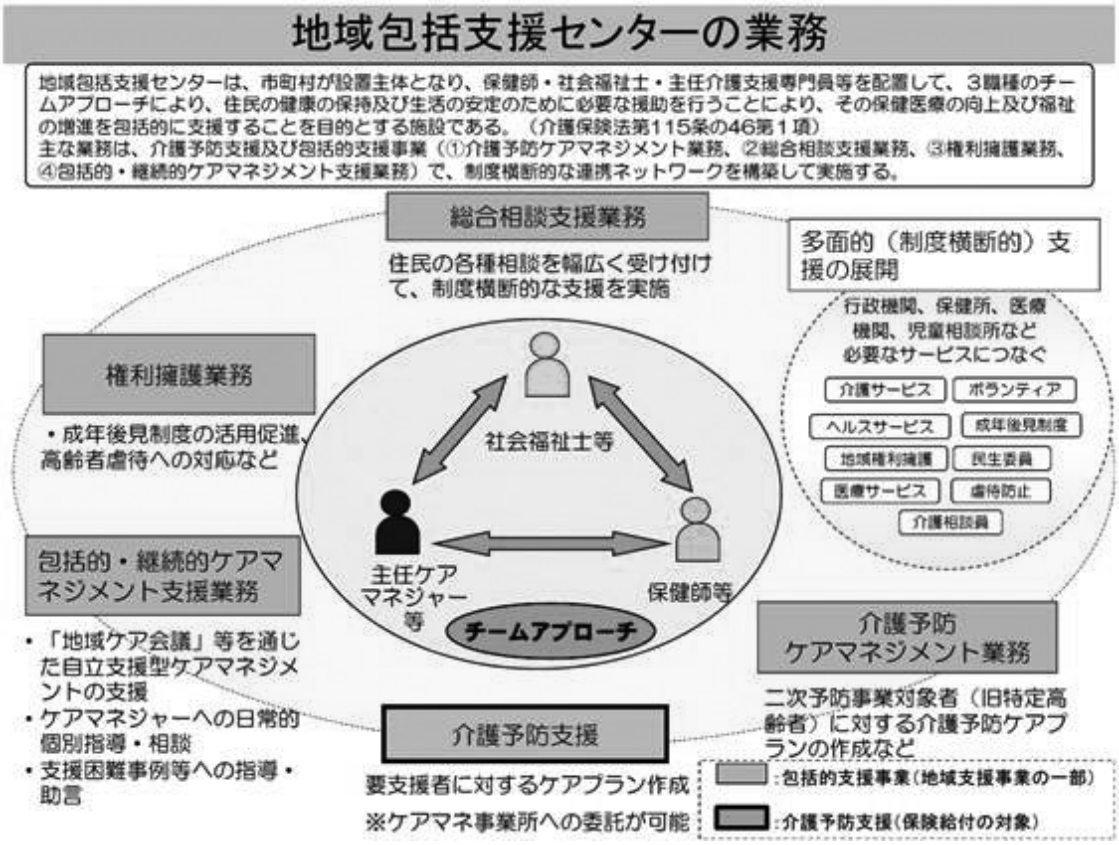
Ｂ.『地域密着型サービスの創設』

今まで住み慣れた地域で、自立した日常生活を続けることができるよう、各市区町村がその地域の実情に合わせて「地域密着型サービス」を創設した。

小規模多機能型居宅介護	小規模な居住系サービスの施設で、通いを中心としながら訪問、短期間の宿泊などを組み合わせて食事、入浴などの介護や支援が受けられる。
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	日中・夜間を通じて１日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的に又は密接に連携しながら提供するサービスであり、中重度の在宅生活可能にする上で重要な役割を担う定期巡回・随時対応サービスが創設された。
複合型サービス	小規模多機能型居宅介護と訪問介護を組み合わせることで､通所･訪問･短期間の宿泊で介護や医療･介護のケアが受けられるサービスが創設された。
夜間対応型訪問介護	ヘルパーによる夜間の定期巡回や、緊急時に対応できるように２４時間態勢での随時訪問が受けられる。
認知症対応型通所介護	認知症を持つ高齢者が食事、入浴などの介護や支援、機能訓練を日帰りで利用できる。
認知症対応型共同生活介護	認知症の高齢者が共同で生活する住居で食事、入浴などの介護や支援、機能訓練が利用できる。
地域密着型特定施設入居者生活介護	定員３０人未満の小規模な介護専用の有料老人ホームなどで食事、入浴等の介護や機能訓練が利用できる。
地域密着型介護老人福祉施設	要介護者を対象とする定員３０人未満の小規模な特別養護老人ホームで、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練、健康管理を利用できる。

C.『地域包括支援センターの創設』

各市区町村に介護相談を行う「地域包括支援センター」を創設した。



D.『事業者指定申請の更新制導入』

事業者指定制度が６年ごとに更新制となる。また、事業者指定の取り消しがあった事業者は、取り消しから５年以内の指定を受けることは出来なくなった。

E.『ケアマネジャー資格の更新制導入』

ケアマネジャー資格が５年ごとの更新となり、更新時研修の修了が必須となる。

F.『事業者の情報開示義務』

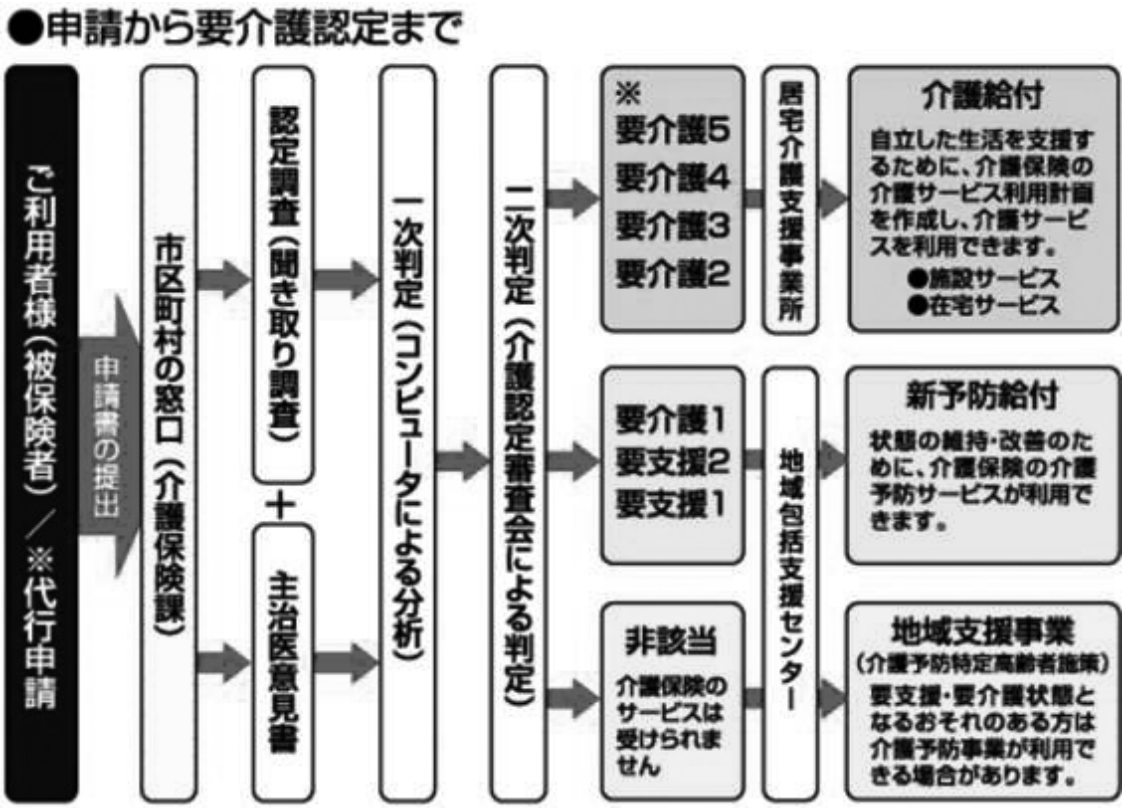
事業者にサービス内容や施設情報の開示義務を課した。また、必要に応じて各都道府県が調査できる。

G.『食事代・居住費の全額自己負担』

在宅生活者と施設利用者の公平性を保つため、介護施設入所者の食事代、居住費（部屋代・水道光熱費）は本人負担となる。

H.『介護認定の調査』

新規の要介護（要支援）認定の訪問調査は、原則として市区町村の職員が実施する。



2）２００９年改正

A.『介護従事者の人材確保・処遇改善』

介護従事者の処遇改善のために、初めてのプラス改定（３％）となった。

B.『要介護認定の判定の仕組みの一部変更』

認定調査項目数が、８２項目から７４項目に減少した。

3）２０１２年改正

A.『医療と介護の連携強化』

医療ニーズの高い高齢者に対し、医療･介護を切れ目なく提供するという観点から、医療と介護の役割分担を明確化し、連携を強化した。

・２４時間対応の定期巡回・随時対応型サービスの創設

・複合型サービスの創設

・介護予防、日常生活支援総合事業について

B.『介護人材の確保とサービスの質の向上』

これまでの介護職員処遇改善交付金を廃止し、介護職員処遇改善加算を創設した。

C.「高齢者の住まいの整備等」

高円賃・高専賃・高優賃を廃止してサービス付き高齢者住宅に一本化し、都道府県等に登録する制度を創設。

Ｄ.『認知症対策の推進』

認知症の方が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくため、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設において見直しを行った。

Ｅ.『保険者による主体的な取り組みの推進』

Ｆ.『保険料の上昇の緩和』

地域割りの区分５区分から７区分に見直すとともに、適用地域、上乗せ割合（地域加算）について見直しを行った。

平成24年3月まで		平成24年4月から
特別区		1級地
特甲地		2級地
		3級地
	→	4級地
甲地		5級地
乙地		6級地
その他		その他

４）２０１５年改正（案）

支払い能力に応じ負担を引き上げ、サービスの利用はより介護が必要性の高い方に重点化し、メリハリをこれまで以上につけるのが基本的枠組みである。

Ａ.『利用者負担の増加』

現行介護保険の利用料負担は一律１割となっているが、一定以上の所得者には２割に引き上げられる見込みである。

Ｂ.『特別養護老人ホームにおける入所基準の厳格化』

現行要介護１以上であれば入所可能であるが、より介護の必要な方を優先する為、要介護３以上に限定される見込みである。

Ｃ.『特別養護老人ホームの食費・居住費の負担見直し』

特別養護老人ホームでは、低所得の方（住民税非課税世帯）に対して、食費・居住費を負担減免する仕組みがあるが、改正後は預貯金・遺族年金等も判断基準に加えられる見込みである。

Ｄ.『要支援者向けサービスの市区町村へ事業移管』

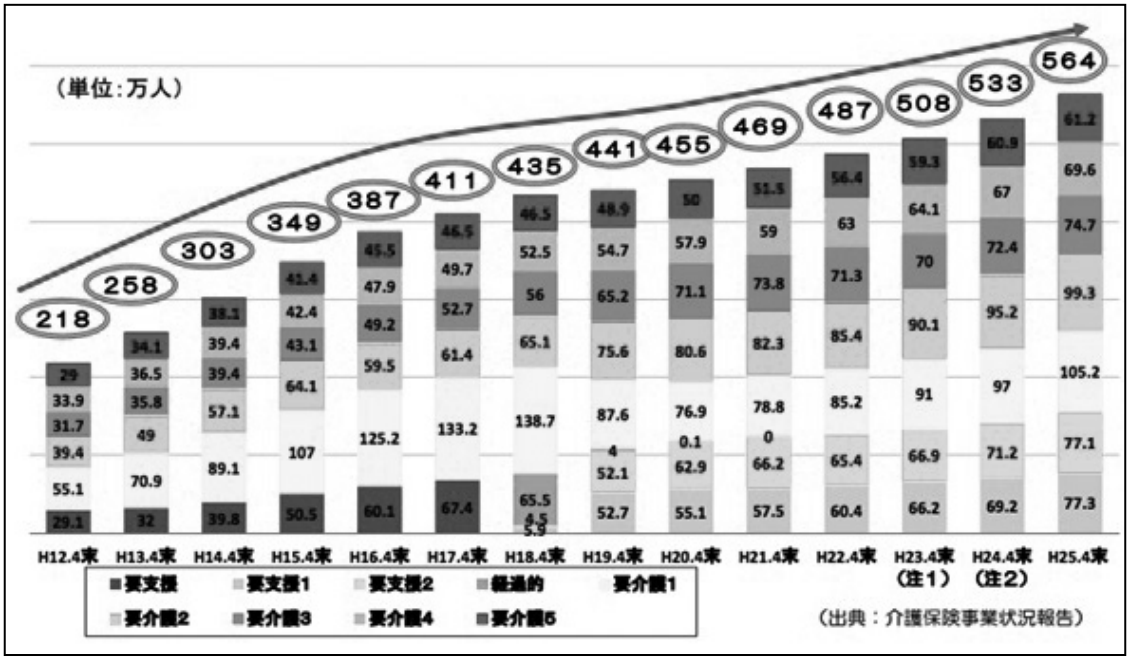
予防給付（対象は要支援１・２の方）の訪問介護（ホームヘルパー）と通所介護（デイサービス）は、市区町村に事業移管する見込みである。

E．『サービス付き高齢者向き住宅の住所特例の適用』

これまでの住所地特例の対象となる範囲が、大幅に拡大する見込みである。

Ⅵ．現状と将来像

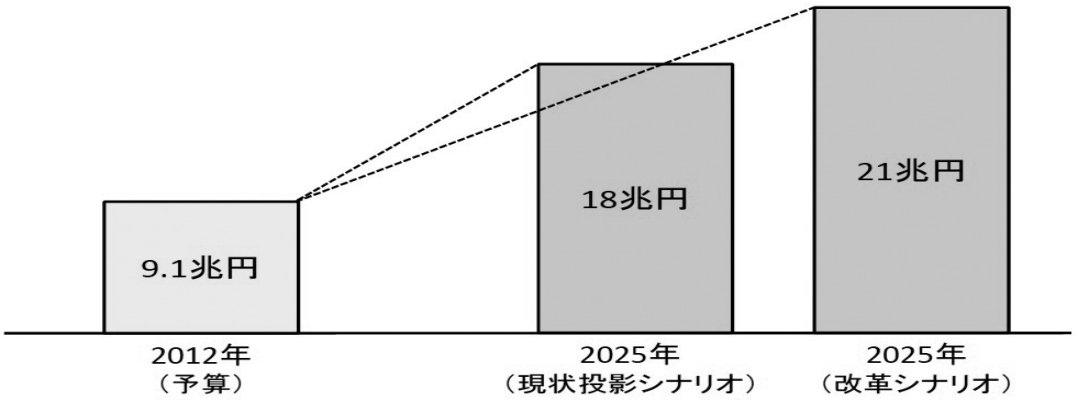
1）要介護度別の認定者数の推移



出典：厚生労働省老健局総務課『公的介護保険制度の現状と今後の役割』より

周辺状況にて示した高齢化率の上昇と同様に、要介護認定者数も、介護保険制度検討時に想定された通り上昇している。

2）介護費用の見通し



※ 医療の費用は41兆円（2012年）から61～62兆円程度（2025年）になる。

出典：厚生労働省老健局総務課『公的介護保険制度の現状と今後の役割』より

上記のように認定者数は右肩上がりで、介護費用の見通しは団塊の世代が後期高齢者となる２０２５年には約２０兆円（２０１２年予算の約２.２倍）を想定（医療費は約１.５倍の６０兆円を想定）している。

２０１５年度の改正は、「医療から介護へ」、「施設から在宅へ」の方向性を示すようである。

また、社会保障の基本である「自助・互助・共助・公助」を踏まえ、２０２５年を目標とした「地域包括ケアシステム」構築への第一歩と位置付けていると考えられる。

（遠藤茂、北島学）

第２節　成年後見制度

Ⅰ．発足・導入の経緯

本制度が施行される以前は禁治産・準禁治産制度があり、本人の自己決定権、基本的人権に重きを置かれていなかったとの批判があった。その状況下、本人の自己決定に基づく契約を基本とする介護保険制度が議論されていた。そこで、介護保険制度の議論と並行して、認知症高齢者が利用しやすい制度として成年後見制度も検討されていた。

本制度の発足により、介護保険のサービスを受けるためのサービス提供事業者との契約締結に際し、契約締結能力が劣る高齢者も不利益を被ることなく、後見人がその契約を精査、締結ができるようになった。

以上のことから、介護保険制度と成年後見制度は高齢社会を支える車の両輪と言われている。

Ⅱ．制度概要

認知症、知的障害、精神障害などによって物事を判断する能力が十分でない方について、本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで、本人を法律的に支援する制度である。

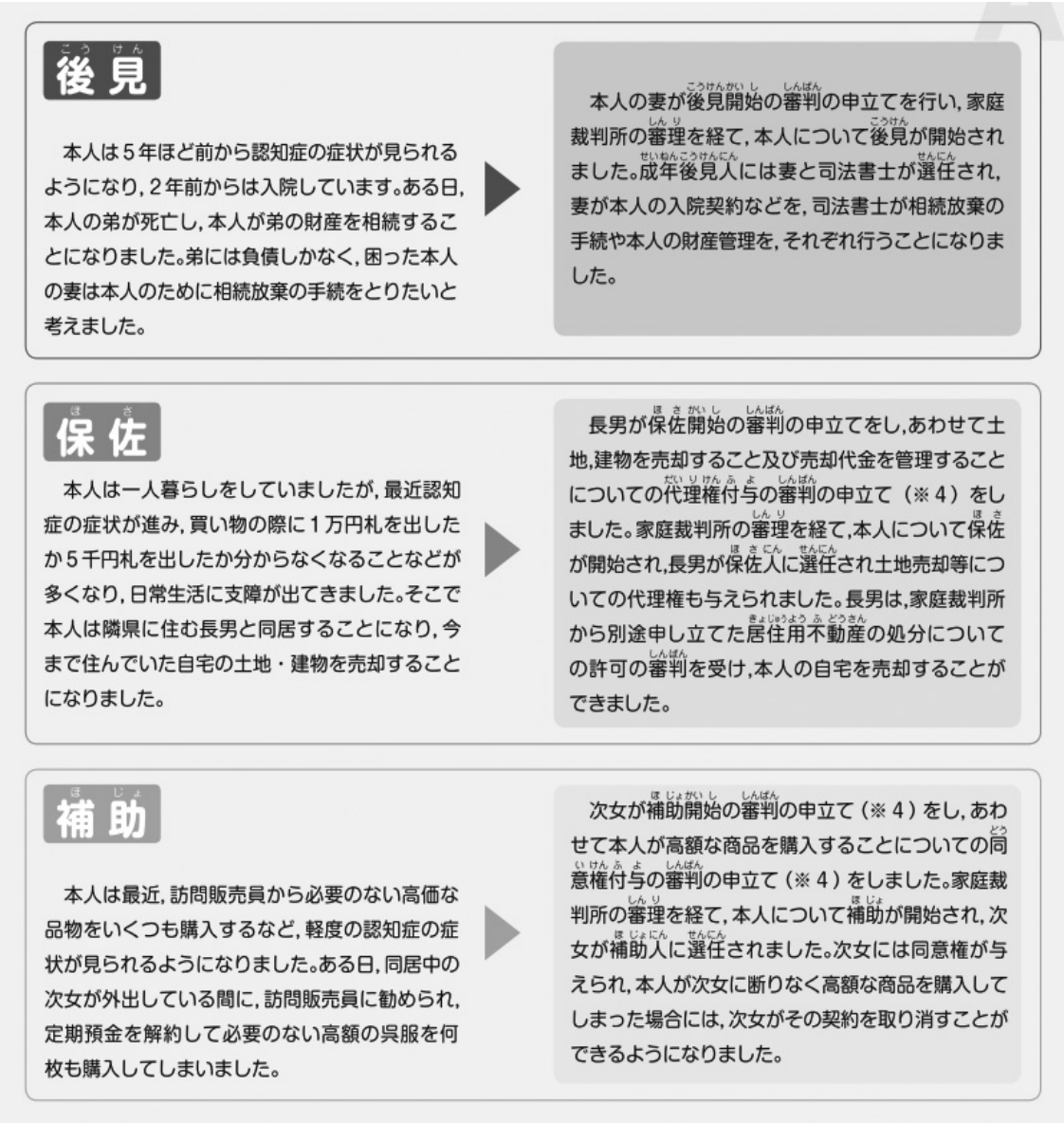
１）成年後見制度の２種類

A	判断力が不十分になる前に	➔	任意後見制度	将来、判断能力が不十分になった場合に備えて、「誰に」、「どのような支援をしてもらうか」をあらかじめ契約により決めておく
B	判断力が不十分になった	➔	法定後見制度	家庭裁判所に審判の申立てをし、家庭裁判所によって、援助者として成年後見人等（成年後見人・保佐人・補助人）が選ばれる

２）法定成年後見制度の３種類

		後見（こうけん）	保佐（ほさ）	補助（ほじょ）
対象となる方		判断能力が全くない方	判断能力が著しく不十分な方	判断能力が不十分な方
申立てができる方		本人，配偶者，四親等内の親族，検察官，市区町村長など		
成年後見人等（せいねんこうけんにん）の権限	必ず与えられる権限	●財産管理についての全般的な代理権，取消権（日常生活に関する行為を除く）	●特定の事項（※1）についての同意権（※2），取消権（日常生活に関する行為を除く）	－
	申立てにより与えられる権限	－	●特定の事項（※1）以外の事項についての同意権（※2），取消権（日常生活に関する行為を除く） ●特定の法律行為（※3）についての代理権	●特定の事項（※1）の一部についての同意権（※2），取消権（日常生活に関する行為を除く） ●特定の法律行為（※3）についての代理権
制度を利用した場合の資格などの制限		●医師，税理士等の資格や会社役員，公務員などの地位を失う，選挙権を失うなど	●医師，税理士等の資格や会社役員，公務員などの地位を失うなど	－

3）法定後見制度の利用の具体例



出典：家庭裁判所『成年後見制度―詳しく知っていただくために―』より

Ⅲ．周辺状況

1）認知症高齢者数と推計

A．認知症高齢者数将来推計

※　％数値は６５歳以上に対する比率

将来推計	２０１０年	２０１５年	２０２０年	２０３５年
日常生活自立度Ⅱ以上	２８０万人	３４５万人	４１０万人	４７０万人
	９．５％	１０．２％	１１．３％	１２．８％

出典：厚生労働省『認知症高齢者数について』より

上記のように、確実に認知症高齢者は増加すると推計されていることから、今後の本制度の有用性は高まると推察する。

全国の認知症高齢者数は、２０１２年時点で推計約４６２万人に上り、昨年の国の推計より約１６０万人多いことが、厚生労働省研究班の大規模研究で分かった。

認知症を発症する前段階とみられる軽度認知障害（ＭＣＩ）の高齢者も、推計約４００万人だった。その結果、６５歳以上の人の有病率は１５％。全国の高齢者数約３０８０万人と照らし合わせると、認知症高齢者数は約４６２万人に上った。

（2013 年 6 月 1 日 読売新聞）

B．認知高齢者の日常生活自立度　－ 参考 －

ランク	判　断　基　準
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。
Ⅱ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 Ⅱａ．家庭外で上記の状況がみられる。 （たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまで出来てきたことにミスが目立つ等） Ⅱｂ．家庭内でも上記の状態がみられる。 （服薬管理ができない、電話や訪問者との応対など一人で留守番が出来ない等）
Ⅲ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さがみられ、介護を必要とする。 Ⅲａ．日中を中心として上記の状態がみられる。 （着替え、食事、排せつが上手にできない・時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行動等） Ⅲｂ．夜間を中心として上記の状態がみられる。 （症状、行動はⅢａに同じ）
Ⅳ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。

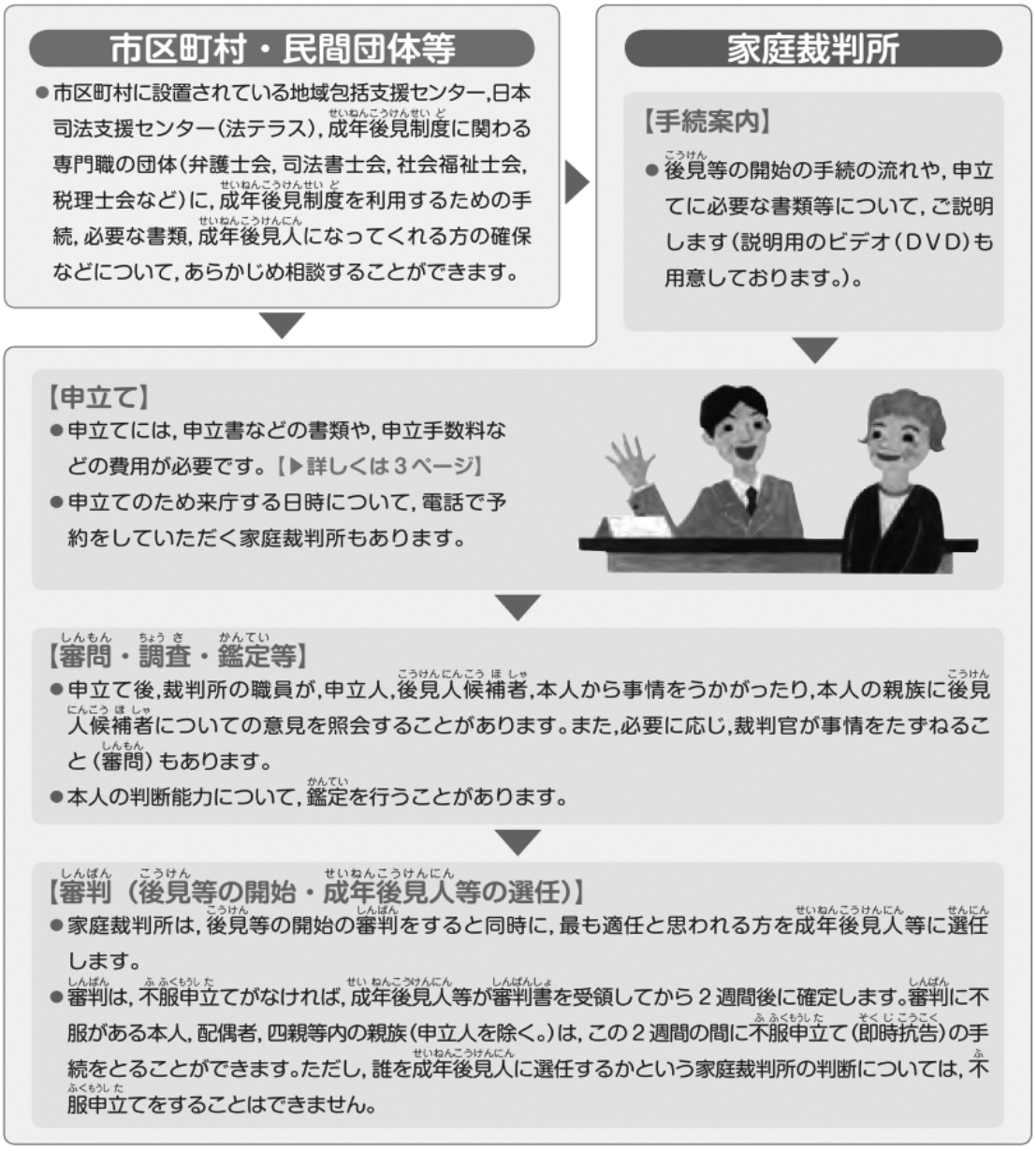
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。 （せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等）

（　）内は、見られる症状・行動の例

Ⅳ．基本的仕組み

1）法定後見制度

A．手続きの流れ



出典：家庭裁判所『成年後見制度―詳しく知っていただくために―』より

B．法定後見人の選任・役割り

（1）選任

家庭裁判所が、最も適任だと思われる方を選任する。本人が必要とする支援の内容などによっては、申し立ての際に挙げられた候補者以外の方（弁護士･司法書士･社会福祉士・税理士等の専門職や、法律又は福祉にかかわる法人など）を選任することもある。

（2）役割り

・本人の意思を尊重し，かつ本人の心身の状態や生活状況に配慮しながら，本人に代わって，財産を管理したり必要な契約を結んだりすることによって，本人を保護・支援する。
・本人の財産管理や契約など法律行為に関するものに限られており、食事の世話や実際の介護などは行わない。
・家庭裁判所に報告し、指示等を受ける（「後見監督」という）。

2）任意後見制度

A．任意後見制度とは

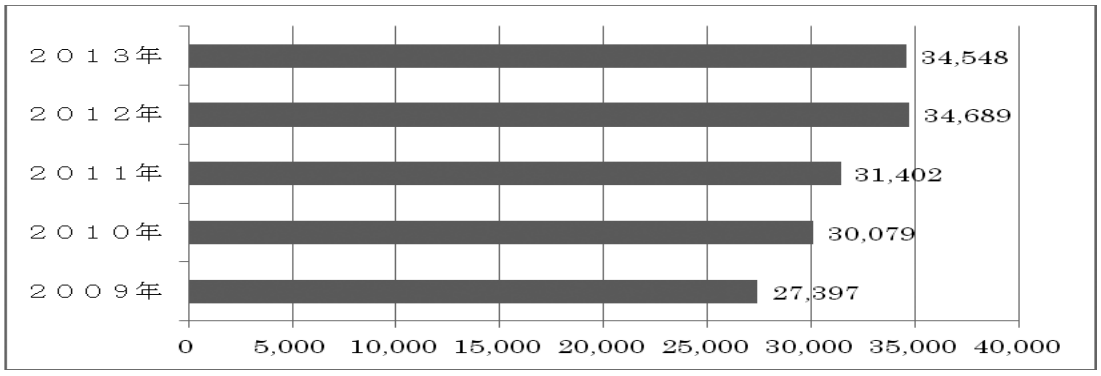
本人に十分な判断能力のあるうちに、将来判断能力が不十分な状態になった場合に備えて、予め自らが選んだ代理人（「任意後見人」という）に、自分の生活、療養看護や財産管理に関すること務について代理権を与える契約（「任意後見契約」という）を、公証人の作成する公正証書によって結んでおくもの。

B．任意後見契約の効力開始

本人の判断能力が低下した場合、家庭裁判所で本人の任意後見監督人が選任されて初めて任意後見契約の効力が生じる。この手続きを申し立てできるのは、本人やその配偶者、任意後見受任者、四親等内の親族など。

V．現状と将来像

1）成年後見関係申し立て件数の推移（過去５年）



出典：最高裁判所事務総局家庭局『成年後見関係事件の概況』より

成年後見関係申し立て件数は、２００９年以降４年間上昇を続けた。２０１３年には前年比で微減しているが、この５年間で、１.２６倍の申立て件数となっている。

今後、認知症高齢者数将来推計にもあるように認知症高齢者数も増加の一途となることを勘案すると、成年後見制度の利用者、成年後見関係申し立て件数ともに上昇することは想像に難くない。後見人の養成はもとより、その重要なる使命感の認識と醸成が必要となる。

また、積極的に事件を公表、共有し再発防止に努める必要がある。

（遠藤茂）

第３節　介護保険制度のサービス

要介護状態の人に対して、介護保険制度で行われているサービスには、大きく分けて在宅での介護サービスである居宅サービスと、施設に入所している介護サービスである施設サービスの２つがある。要支援状態の人に対する予防給付の場合は､居宅サービスだけで、施設サービスは行われない。

Ⅰ．居宅サービスの種類

要介護者等が介護サービス計画によって居宅で受けることのできることのサービスには以下の１２種類がある。要介護者の置かれている環境や状況、要介護者希望などにより複数のサービスを組み合わせて利用することもできる。

１）訪問介護・介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）

介護福祉士や訪問介護員（ホームヘルパー）が要介護者・要支援者の自宅を訪問し、入浴、排泄、食事などの介護や家族支援、生活支援、相談支援などの日常生活の世話を行う。このことを通じて安定的な在宅生活の確保と介護者の介護負担の軽減を図る。

２）訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

要介護者・要支援者の自宅を訪問し、浴槽を提供して入浴の介護を行い、介護者の介護負担の軽減と利用者の身体清潔の保持と心身機能の維持を図る。

３）訪問看護・介護予防訪問介護

看護師等が医師と連携しながら要介護者・要支援者の自宅を訪問し、診療支援と心身機能の維持回復を図る。

４）訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

主治医の指示のもとで理学療法士などが要介護者・要支援者自宅を訪問し、医学的ハビリテーションにより心身機能の維持回復を図る。

５）通所介護・介護予防通所介護（デイサービス）

要介護者・要支援者が老人デイサービスセンター等に通い、入浴、食事の提供など日常生活上の世話や機能訓練を受けることで、身機能の回復・維持や社会的孤立感の解消、介護者の介護負担の軽減などを図る。

６）通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

要介護者・要支援者が老人保健施設などに通い、主治医の判断に基づいて理学療法士や作業療法士による医学的リハビリテーションを受けることで、心身機能回復と日常生活の自立の促進を図る。

７）福祉用具貸与・特定福祉用具の購入

要介護者・要支援者に対して福祉用具を貸し出し、日常生活の便宜や機能訓練の促進を図る。なお、腰掛便座、特殊尿器など貸与になじまないものは、利用者が一時立て替え払いで購入できる。（居宅介護福祉用具購入費など）。なお、この立て替え金は市町村からその９割が返金される。

８）居宅療養管理指導

要介護者・要支援者の自宅に病院の医師などが訪問し、療養上の管理（支援）指導を行う。このサービスは、医師等が行う情報提供や療養上の指導をその範囲として、具体的な疾病治療などは医療保険から給付される。

９）短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

要介護者・要支援者が特別養護老人ホームなどに短期間入所し、介護や日常の世話を受けることで、介護者の介護負担の軽減を図る。

１０）短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

病状が安定している要介護者・要支援者が老人保健施設などに短期間入所し、看護や機能回復訓練などの必要な医療や日常生活の世話を受けることで、利用者の心身機能の維持回復や介護者の介護負担の軽減を図る。

１１）認知症対応型共同生活介護

比較的安定的にある要介護 の認知症高齢者が小人数で共同生活（グループホーム）し、家庭的な雰囲気の中において生活上の指導・援助を受けることで、認知症の症状の軽減などを図る。

１２）特定施設入所者生活介護

有料老人ホームや軽費老人ホームの入所者で、要介護者・要支援者が日常生活上の介護や機能訓練などを受けることで自立の促進を図る。また、以上の居宅サービスの他にも、在宅の要介護者・要支援者が在宅サービスを適切に受けられるように居宅サービス計画（ケアプラン）の作成などを行うケアマネジメント（居宅介護支援サービス）の提供を目的とした居宅介護支援（コノサービスは利用者の自己負担はりません）や在宅介護に必要な小規模な自宅改修のための給付として居宅介護住宅改修費などのサービスがある。

Ⅱ．施設サービス

介護保険施設には、これから説明する３つの施設がある。この施設を利用できるのは原則として要介護者だけである。

１）指定介護老人福祉施設

常時介護を必要とし、居宅での生活が困難な要介護者に対し、入浴、排泄、食事の提供など日常生活における自立を目指す。老人福祉法上の特別養護老人ホームのうち都道府県知事の指定を受けたものがこの施設である。

２）介護老人保健施設

医学的な管理下における介護、機能訓練、その他の医療などが必要な要介護者に対し、必要とされる医療や日常生活上の世話を行うことで、日常生活における自立と在宅生活への復帰を目指す。

３）指定介護療養型医療施設

医学的に病状が安定し、長期療養が必要とされる要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的な管理下における介護、機能訓練などを行い、日常生活における自立を目指す。医療法上の療養病床等のうち都道府県知事の指定を受けたものがこの施設である。

施設名	提供される施設サービス
介護老人福祉施設サービス （特別養護老人ホーム）	介護福祉施設サービス ・入浴、排泄、食事等の介護その他日時用生活上の世話 ・機能訓練 ・健康管理 ・療養上の世話
介護老人保健施設 （老人保健施設）	介護保険施設サービス ・看護 ・医学的管理下での介護 ・機能訓練その他必要な医療 ・日時用生活上の世話
介護療養型医療施設 （療養病床等）	介護療養型施設サービス ・療養上の管理 ・看護 ・医学的管理下での介護その他の世話 ・機能訓練その他必要な医療

Ⅲ．介護保険制度以外の高齢者福祉サービス

これまで高齢者に対する保健福祉施策として介護保険制度を中心に述べたが、しかし、高齢者の中には、要介護・要支援と判定されない自立に該当する人や介護を必要としない元気な方も沢山いる。高齢者をただ単に保護しなければならない弱い存在として扱うのではなく､社会の一員として積極時に社会活動に参加していくための環境整備も大切である。

ここでは、介護保険の給付対象とはならない高齢者に対する保健福祉施策を述べる。ただし、高齢者のための保健・医療・福祉サービスは各市区町村によって異なる。

1）在宅高齢者サービス

A．介護予防・地域支え合い事業

１９９９年度から実施した「在宅高齢者保健福祉推進」を拡充・強化して創設された事業で出来る限り高齢者が寝たきりなどの要介護状態になったり、その状態が悪化したりしないようにすることや、自立した生活のために必要な支援を行う。

B．介護予防・生きがい活動支援事業

高齢者健康づくり、スポーツ活動、創作活動等地域文化活動の育成・支援を行う高齢者生きがいと健康づくり推進事業、高齢者生きがい活動支援通所活動、転倒骨折予防や認知症予防教室など開催する介護予防教室、社会適応が困難な自立を対象にした生活管理事業などを内容としている。

C．老人クラブ活動等社会活動促進事業

高齢者が今までの経験と知識を生かして、地域社会における社会奉仕活動や創造的活動などに参加することによって、その約割を開発し、老後の生きがいを高め、健康で豊かな生活を送る事を目的としている。

D．日常生活用具給付等事業

市町村が、おおむね 65 歳以上の一人暮らしの高齢者や寝たきりの高齢者にたいして、身体機能の低下防止と介護補助のための日常生活用具を給付または貸与を行う。対象となる用具は、介護保険の給付対象とならない火災報知器や自動消火器、電磁調理などとなっている。

2）施設サービス

A．養護老人ホーム

この施設は、65 歳以上の高齢者で、身体、精神、環境上の理由および経済的な理由で居宅において生活することが困難な人を入所させ、日常生活上必要なサービスを提供する。

B．高齢者生活福祉センター

この施設は、過疎地等の概ね 65 歳以上の高齢者に対して、介護支援機能と居住機能および地域住民との交流機能を総合的に提供する小規模の複合施設である。

C．軽費老人ホーム

この施設は､60 歳以上の人(夫婦で入所する場合はどちらかが 60 歳以上)であって、家庭の環境、住宅事情などの理由なにより居宅出生活することが困難なひとを適切な料金出利用させます。ケアハウスといわれる食事付きの入居施設もこのタイプの 1 つで、必要に応じ介護保険の居宅サービスを受けられることから近年ニーズが高まっている。

D．有料老人ホーム

この施設は、常時 10 ②以上のおむね 65 歳以上の高齢者を入所させ、食事その他

日常生活上必要なサービスを提供します。費用の全額を自己負担する。

有料老人ホームは大きく分類すると「介護付き有料老人ホーム」、「住宅型有料老人ホーム」、「健康型有料老人ホーム」の３種類に分けられる。それぞれによって特徴・入居基準・サービス内容などが異なり、入居者の状態によって入居できるタイプ異なる。

（肥後義道、北島学）

第４節　介護におけるリスクマネジメント

Ⅰ．介護における安全の確保

介護の現場では、利用者のプライバシーにどうしてもかかわらざるを得ないことが多く生じる。その場合、専門職として守るべき倫理に加えて、利用者に生じやすい自己などへの対策や、安全への配慮も重要になる。

介護保険制度上も、事故発生の防止のための指針の整備や委員会（事故防止検討委員会）の設置、従業者にたいする研修の定期的な実施などが定められており、事故発生には事故の状況および事故に際して採った処置についての記録が義務づけられている。これら一連のしくみや流れをリスクマネジメントという。

Ⅱ．リスク回避と尊厳の保持

介護職は、利用者のリスク回避に責任を負うことになる。それと同時に、利用者の尊厳の保持を実現しなければならない。従来、「安全の確保」を理由に、医療・介護の現場で行われてきた行動制限が、介護保険法にお手は、身体拘束として原則的に禁止された。人の暮らしを支える介護の現場では、利用者の尊厳をおかすことなく安全の確保を図ることが当然のこととして定着しようとしている。

Ⅲ．事故予防・安全対策

1）リスクマネジメントの必要性

Ａ．経験や知識をもとにリスクの予測

私たちの生活を思い浮かべてみると、日常生活のなかには、危険や事故の発生要因となるものが沢山あることに気づく。

例えば、街を歩いているときに道の段差があったり、交差点では車の往来があるなかを横切ったりする。私たちは、その時に差があることや車が近づいていることに気づき、段差を乗り越えたり、車が通り過ぎるのを待ったりするという方法を回避している。

こうして、ふだん何気なくとっている行動のなかにも、実は自分自身の経験や知識をもとに生活上のリスクを予測、自らの安全を確保している場面が沢山ある。

Ｂ．利用者の生活のリスクの予測

利用者の生活を支えるということは、介護においても同様である。利用者の生活を支えるということはそこで生じる利用者の生活上のリスクを未然に予測し、回避する技術、また、事故が起きたときにはその影響を最小限にとどめ、安全を確保する技術が求められる。なぜなら、介護現場では、利用者自身が体調の変化を起こしやすいだけでなく、直接身体に触れて介助することが多いなかで、事故につながる危険性は非常に高い。また、介護現場では、複数の介護職や多くの専門職が連携してかかわることになる。さまざまな利用者に対して、どのような場面でも安全が確保でき、一人ひとりの利用者の尊厳ある生活が守らなければならない。

そのためには、個々人の介護職の技術を高めるとともに、チームや組織でのリスクジメントを行い、具体的な事故の回避や軽減を図ることが重要になる。

２）事故防止、安全対策の実際

Ａ．生活のなかのリスクと対策

要介護高齢者であっても、福祉用具や自助具を使って生活をしやすくすることは可能である。

また、適切に福祉用具や自助具を選定することは、安全対策にもつながる。最近では、例えば、

【家具調ポータブルトイレ】【モジュール型車椅子】

モジュールタイプの車椅子、立ち上がりやすい低床ベッド、安定感があって居住空間にもなじむ家具調のポータブルトイレなどが開発されている。

施設では、バリアフリーの構造や、トイレや風呂場、脱衣所に手摺が設置されている。在宅でも、トイレや玄関、風呂場に手摺を設置して、身体機能が低下しても自立した生活機能を継続できるように住宅改修することもできる。

その一方で、居住環境だけでなく、利用者の個別性に配慮せず、画一的なかかわりをすること危険なことである。利用者のニーズを汲み取りながら、何よりも個別の生活課題を優先する意識をもったスタッフがそろっていることこそ、リスクに強い環境といえる。

道具や設備が整っていても、個別ケアを優先する環境が整わなければ暮らしの安全性は高まらない。

B．転倒および転落に関する対策

（1）個別性が高い転倒リスク

利用者によって、「1人で歩行可能」「介助すれば歩行可能」「歩行器を使用すれば歩行可能」など、歩行できる段階はさまざまである。しかし、一度転倒すれば、骨折が原因になっていわゆる寝たきりになり、さらに、身体機能の低下や認知症の行動心理症状（ＢＰＳＤ）を引き起こす原因にもなる。

ａ．身体的なダメージが大きい転倒のリスク

利用者がベッド上で安全な体位がとれない場合の転倒リスクや、入浴や移動に使用するストレッチャーからの転落のリスクや、入浴や移動に使用するストレッチャーからの転落のリスクは高く、打撲の程度によっては、生命にかかわる重篤な状態を招く場合がある。

ｂ．行動の理由の理解

転倒および転落を回避するために、利用者に対して「危ないからじっとしていてください」などと求めることはかえって危険である。不意に立ち上がり、不安定な歩行で移動しようとする場面に出くわしたら、まず、一緒に行動しながら何をしようとしたのか、何がしたいのか、その理由を探る。

理由がわかれば、それに合わせた援助が行える。言語によるコミュニケーションが難しい利用者であっても、普段からきちんと向き合って接していると、しぐさや表情などのサインから理解できるようになる。

ｃ．生活環境の整備

利用者一人ひとりの生活スタイルや身体機能に合わせた生活空間になっているのかを検証する。歩行するときにつかまることができるような家具の配置の工夫をしたり、トイレや浴室などの立ち上がり動作を行う箇所に手摺を設置したりすることも有効である。また、家具の種類、床のしつらえ（畳、フローリング、じゅうたん）もさまざまである。転倒・転落しないことが一番であるが、万が一転倒した場合でも衝撃を最小限にとどめるために、フローリングや畳の上にじゅうたんやマットを敷くことも有効である。

C．誤嚥を回避して、おいしくたべるための対策

（1）誤嚥予防

高齢者の場合、嚥下機能の低下により唾液や食べ物などが少しずつ気管から肺に入ると、炎症を起こして誤嚥性肺炎を引き起こす場合がある。また、嚥下機能の低下や唾液の分泌の減少、歯の減少による咀嚼力の低下により、食べ物を喉に詰まらせてしまう場合がある。

このような誤嚥や窒息を回避するためには、適切な食形態、食事の姿勢、適切な介助を行う必要がある。

（2）その人に合う食形態

咀嚼機能が低下しているからといって、食形態はペースト状のものがよいとは限らない。ペースト状の食べ物は、舌の上で広がり、喉にたまる。そして、呼吸と同時に気管に入ってしまうことがある。そして呼吸と同時に気管に入ってしまうことがある。このような場合は、ゼリー状や寒天状のほうが誤嚥を回避できる可能性がある。

（3）良肢位の保持

食事の際、良肢位の保持も誤嚥の回避につながる。椅子やテーブルの高さの調整だけで良肢位が保持できる場合もあるが、体幹の筋力が低下して座位保持の機能が低下している場合は、身体が傾いたりする。その場合、クッションなどを利用して姿勢を調整する。また、長時間の座位は体力を消耗してしまうので、疲労度を観察しながら適度にベッドに横になるなど体を休める介助を行うようにする。

D．防火、防災に関する対策

福祉施設においては、非常災害に関する具体的計画を作成や、関係機関への通報連携体制を整備したりして、定期的に避難･救出訓練を行うことが義務づけられている。

福祉施設では、カーテンや癖紙は防炎加工が施された素材を使用しなければならない。また、所定の場所に消火器、スプリンクラー、煙感知器の設置が義務付けられている。

設備が整っているだけではなく、避難訓練を定期的に実施して、通報、初期消火、具体的な避難誘導介助のイメージトレーニングが必要である。火災が起きた場合の通報、初期消火、避難は、日々の訓練の積み重ねが大事である。利用者の安全な生活を守るため、実態に合った避難訓練や主体的な防災研修を積み重ね、いざというときに、適切な判断や行動がとれるようする。

また、地域に向けては、地域の自主防災会、消防団や住民と合同で防災訓練を行うことなどを、福祉施設側から提案する。ふだんから、地域住民と連携して災害時の協力関係を構築することで、互いの生活の安全を高めていくしくみを構築するようにしている。最近では、火災だけでなく、風水災害対策や地震にたいする備えや対応などをマニュアル化して防災訓練を行うことが求められている。また、地域の避難場所として高齢者施設が機能するようにすることも重要である。

E．生活の安全（消費者被害など）に関する対策

在宅で暮らしている高齢者だけの世帯や、一人暮らしの高齢者をねらった悪徳商法がある。被害を未然に防ぐために、訪問系のサービスを担当する専門職は、利用者の家で高価な寝具や健康食品を必要に購入した形跡があったり、高額のリフォームや見

知らぬ人が出入りしたりしていることを発見した場合は､消費者被害のおそれも考え、見過ごしてはならない。

まずは、消費者被害にあわないために、見知らぬ人は家に入れない、家族構成などのプライバシーは明かさない、勧められてもきっぱり断ることを利用者に助言することが大事である。

実際に被害にあったことが確認された場合は、消費生活センターの消費生活相談窓口やクーリング・オフ制度の利用を案内し、被害を最小限にとどめることが重要である。

（肥後義道、北島学）

第５節　感染症対策

Ⅰ．生活の場での感染症対策

１）生活の場の特性を理解する

病気を治療する目的を持つ「病気」と、生活が主体となる「高齢者介護」とでは、そこにいる利用者の違いによって感染対策のあり方も当然異なる。つまり、感染対策を考えるときは、その場がどういう環境であり、利用者の特性がどうなのかを考慮することが必要になる。

では、生活の場とはどのような場所をいうのであろうか。簡単にまとめれば、衣食住の生活要件が日々営まれている場所ということになるのではないか。介護の対象となる生活の場所としては、介護施設や在宅などが考えられる。

２）基本となる標準予防策という考え方

感染という言葉を聞くだけで、感染そのものにアレルギーをもち、「自分が感染したらどうしよう」「怖いもの」「触れたくないもの」という認識を持つ人が多いであろう。しかし、専門職としては正しい知識をもち、冷静に適切に対応することが大切である。ここで、確認しておくべき点は、生活の場における感染対策でも、標準予防策の考え方が基本になるということである。

３）感染対策の基本

Ａ．高齢者施設における感染対策

ここでは、入所者、専門職、施設全体としての取り組みなどを整理する。

（１）入所者は抵抗力・免疫力が低下しており、感染しやすい状態にある

（２）感染症が発生すると、感染が拡大しやすい

（３）日頃から感染対策を実施しておくことが重要

（４）個々のサービス場面における「1 ケア、1 手洗い」の徹底

（５）専門職自身の健康管理

（6）（個々の入所者の）既往歴・現病歴・内服薬の徹底
（7）（個々の入所者の）栄養状態の把握
（8）（個々の症の早期発見・早期の食事摂取状況や体重の把握
（9）感染症の早期発見・早期対応

B．在宅における感染症対策

最も感染しやすいのは利用者本人であり、専門職はそのことを踏まえて、感染予防の視点をもって対応する。ここが、病院の場合と異なる。

つまり病院は、感染しやすい人たちが大勢存在している場所だということである。そこでは、徹底した感染対策が展開されて当然であり、そうでないと、病気は治ったけれども何らかの原因で感染症にかかり、重症化するという状況になってしまう。
在宅の場合でも、体力が免疫力の低下などにより、健康な人に比べて感染しやすいという状態であり、そのため、感染対策の基本である「1 ケア、1 手洗い」は必須となる。

C．感染対策の３原則

感染症の原因となる微生物（細菌、ウイルスなど）を含んでいるものを感染源という。感染源となる可能性があるものとして、これらを取り除くためには、「感染源には決して素手で触れない」ということが重要になる。

・排泄物（嘔吐物、便など）
・血液、喀痰、化膿した傷など
・処置に使用した器具・器材など
・排泄物や血液、喀痰などに直接素手で触れたり、処置の際触れた手で取り扱った食品など

（1）感染経路の遮断

感染経路として考えられる経路があり、感染経路を遮断するには、次のポイントに留意する必要がある。

・感染源（病原体）をもちこまない。
・感染源（病原体）を広げない
・感染源（病原体）を持ち込まない

そのためには、手洗いの徹底やうがい励行、環境の清掃などが重要になる。高齢者介護施設における感染症のほとんどは、施設の外から感染源（病原体）が持ち込まれて発生する。施設の外からもち込む可能性がある者としては、職員、実習生、家族、ボランティア、見学者など、さまざまな人が対象者となる。特に職員は、入所者と接する機会が多いので、自分自身の日頃からの健康管理が重要である。

（2）宿主（人間）の抵抗力の向上

感染症の発症は、宿主（人間）の身体の抵抗力に影響される。日常的に、感染症にかからないような身体の抵抗力を強化する取り組みが求められる。低栄養状態であれば、感染症にかかりやすくなるため、常に入所者の栄養状態が必要である。

a．さまざまな感染経路

①空気感染

咳、くしゃみなどにより、空中にただよった飛沫核から感染することをいう。空中に浮遊し、空気の流れにより飛散する。主な病原微生物は結核菌、麻疹ウイルスなど。

②飛沫感染

咳・くしゃみ・会話などで飛んだ飛沫粒子から感染することをいう。飛沫粒子は１m以内の床に落下し、空中を浮遊し続けることはない。主な病原微生物はインフルエンザウイルス、風疹ウイルスなど。

③接触感染

手指・食品・器具などを解して感染（経口感染も含む）することを言う。主な病原微生物はノロウイルス、腸管出血性大腸菌、ＭＲＳＡ（メチリシン耐性黄色ブドウ球菌)、緑膿菌など。

④その他（血液媒介感染）

病原体に汚染された血液などが、針刺し事故などにより体内に入ることで起こる感染をいう。

（肥後義道、北島学）

【引用文献】

・『介護職員初任者研修テキスト　第１巻介護のしごとの基礎』．中央法規
・『ホームヘルパー講座テキスト（ホームヘルプサービスの技術・知識・技術)』．高齢者保健福祉の制度とサービス．小池将文
・『社会実情データ図録』
・『公的介護保険制度の現状と今後の役割』．厚生労働省
・『成年後見制度―詳しく知っていただくために―』．家庭裁判所
・『認知症高齢者数について』．厚生労働省
・『成年後見関係事件の概況』．最高裁判所事務総局家庭局

第２章　健康とＱＯＬ

第１節　健康とは

Ⅰ．健康生成論

健康とＱＯＬを分かりやすく整理するために、イスラエルの健康社会学者であるアーロン・アントノフスキーが考案した「健康生成論（けんこうせいせいろん）」というコンセプトが参考になる。健康生成論（ｓａｌｕｔｏｇｅｎｉｃ）的な視点の基盤的な概念は、「首尾一貫感覚（ｓｅｎｓｅ ｏｆ ｃｏｈｅｒｅｎｃｅ＝ＳＯＣ）」と言う。アントノフスキーによると、人間は「完全に健康」とか「完全に病気」というのではなく、常にその二つの間（極）を行き来しているものになっている。ＳＯＣを端的に説明するならば、「理解性」、「対応可能性」、「有意義性」になる。ケアにおける手法の有効性に関しても、このコンセプトを活かすことが大事である。

１）理解性

人間が統合化された情報や物事の関係性の構造について、自分自身の内面や外部からの刺激によってどのくらい自分で体感するかということである。より高い理解性を感じることによって、今起きていることがこれからどうなるかという予測することで対応できるようになり、あるいは、それが突然の驚きになったとしても、少なくとも説明できて対応できるように繋げることができる。理解性が高ければ、自分の可能性、自分自身が出来ることと、何が改善出来ることが見えてくる。

２）対応可能性

理解したうえで、日常生活とそのためのケアに対応できているのか。自分に課された課題に対し、自分で対応できる力をどのくらい持っているかを体感しているかということである。これは、自分自身で対応できる能力や、自分自身ではなくても、自分が頼れる他の人の力によるものを含めてのことである。これによって、自分が周りからの犠牲者と感じたり、人生は不公平であると感じることがないようになる。対応可能性が高ければ積極性と自分のためになる実感が高まる。

３）有意義性

理解も対応もできている上で、日常生活とそのためのケアが本人にとって意味のあることかどうか。特に核をなす概念で、モチベーションの概念としても説明づけられている。この概念は、自分自身の人生に関わることに、自分自身が関わりを持つ（参画している）重要性を示している。有意義性を強く感じなければ、強い理解性や対応可能性も、将来的には維持できない。人間は基本的に４つの疑問を常に持っているといわれている。自分にとって意味のある人生かどうか、自分の存在は他の人には意味があるかどうか、自分が必要となっているかどうか、自分の役割があるかどうか。これは緩和ケア理念の

「生存的な側面」と繋がりを持っている。

Ⅱ．人を中心と考える

認知症の方が理解できていない、対応できていない、有意義に感じていない。それなのにケアを続けている現場では認知症ケアがうまくいっていない場合がほとんどである。絵を描いたり、なにかものをつくったり、お遊戯のようなことをしてみたり。職員たちはいろんなアイデアを出し、やさしい気持ちでケアを続けているが、優しい気持ちだけではケアにはならない。優しい気持ちと知識に基づいた行動が必要である。認知症の人にとって、できないことを無理にやらされるのは、ものすごいストレスになり、それはある意味虐待ともいえるだろう。治療やケアを取り組むときは、アントノフスキーの「健康生成論」をしっかりと踏まえることで、誤ったケアを減らすことが可能である。なぜなら、このコンセプトは人を中心にしたケアのあり方につながっているからである。

（グスタフ・ストランデル、北島学）

第２節　個別ケアと全人的ケア

Ⅰ．自立

高齢でも若くても、健常でも障害があっても、できる限り自立して生きたいと人間は想うものである。それでは「自立」とはどういうことなのか。「自分らしく」、「自分が好きな、慣れている生活」と「自分が好きな、慣れている環境」のなかで暮らすことが自立であるのではないか。

健常者にとって、これらは当たり前のようなことであるが、残念ながら認知症の方や病を患った高齢者の多くは自立できているとは言いがたい。社会のシステムが対応できていないために、いままでの暮らしを諦め、不慣れな環境で 10 年以上も「我慢して」暮らしている。それが今までの日本の高齢者福祉のよくある現状であった。どんな人も「自立して生きる」という理念のもとでは、高齢者の問題は女性差別や障害者差別の問題と本質的には同じである。障害者に対して「健常者と同じようには暮らせません。だから、今までとは違う暮らしをして下さい」という考え方は、明らかにおかしい。でも、このおかしいことを、多くの国がいままで当たり前のように続けてきた。

Ⅱ．自分らしさと自己決定

「自分らしさ」とは何か。「好きな生活」と「慣れている環境」とは何なのか。これらは人によって異なり、高齢者一人ひとりが考え、表現することで、他者に伝わる。他人が「その人」の「その人らしさ」を一生懸命に考えても、うまく自立を支援することはできない。自分が本当に望んでいることは、自分にしかわからないからである。自分がどのように自立し、社会からどのようなサポートを得たいのか。それを自分で決めて表現することを、福祉の世界では「自己決定」という。

自己決定することで、どういうところに住みたいのか、どういうケアを受けたいのか、どういう時間を過ごしたいのかが理解され、それは、高齢者の社会への関与と参画を促すことでもある。受けたいサポートを自ら表現せず、常に受身の立場でいなければいけないようなケアのあり方は、もう終わりにすべきではないか。確かに、自己決定を表明することは簡単ではないし、それを社会が受け入れることも簡単ではない。しかし、難しいからと自分の人生を他者に預けて、任せてしまっていいのだろうか。また、そういう社会のままでいいのだろうか。

Ⅲ．個別ケアとパーソンセンタードケア

イギリスの臨床心理学者のトム・キットウッドは「人を中心としたケア」と呼ばれるパーソンセンタードケアを提唱した。認知症をもつ人の心理的ニーズとして特に重要とされるのが、一人の人として無条件に尊重されることを中心として、共にあること、くつろぎ、自分らしさ、結びつき、たずさわりなどです。それらをトム・キットウッドは花の絵で表している（図１）。スウェーデンでは「個人に合わせたケア（個別ケア）」と呼ばれ、１９８０年代にこの考えが盛んに考えられた。排泄に関して例を上げると、人それぞれの排泄のパターン（時間）は違うことは皆分かっていることである。例えば起床した直後に行く人もいれば、朝食前に行く人もいる。皆排泄のパターン（時間）は違うが介護現場では定時での排泄がなされていることが多い。定時での排泄をするような生活は、はたして「好きな生活」と「慣れている生活」なのであろうか。いや決してそうではない。スウェーデンではそれまで２時間ごとに行われていた排泄のケアを、ほとんどの高齢者施設ではやめ、その人を中心としたケア、すなわち個別のケアへと考えを転換していった。

【図１】

Ⅳ．全人的ケア＝４つの側面を満たすケア

ある施設にＡさんという御飯を食べない認知症の方がいた。消化器系を調べても「身体的な異常」はないので、そこで「精神的な問題」を考えてみると、Ａさんは自分が認知症であることに気づいていた。そのうえで、「迷惑をかけている、自分は邪魔なのでは」と思い悩んでおり、御飯を食べることが出来ない状態であった。しかし、食べない原因は他にもあった。それは、入居している施設に家族が来ないことであった。認知症になり、Ａさんは人生でもっとも辛い思いに直面しているのに、家族に思うように会えない。これは人間関係という社会性の遮断であり、「社会的な問題」であると考える。またＡさんは「生存的な側面」でも悩んでいた。人は誰でも自分の人生に意味があるのかを考え、自分の存在が他人にとって意味があるのかを自問している。そして、自分が必要とされ、役割があ

ることに喜びを見出す。これは、認知症の方であっても同じこことである。それなのに、そのすべてが「ない」と考えてしまったら、それはとても辛いことである。

緩和ケアでは、「身体的・精神的・社会的・生存的な側面から患者の要求を満たすこと」を目指している。

（グスタフ・ストランデル、北島学）

【引用・参考文献】

・『人間関係の心理と臨床』．秋山俊夫・鶴元春・上野徳美．北大路書房．１９９５年
年
・『タクティール ® ケア入門』．タクティールケア普及を考える会．日経ＢＰコンサルティング．２０１０年
・『私たちの認知症』．グスタフ・ストランデル．幻冬舎．２００９年
・『利用者が自分らしく豊かに生活するためのケアマネジメント』．一般社団法人日本ケア支援専門員協会．２０１２年
・『高齢者とのコミュニケーション　利用者とのかかわりを自らの力に変えていく』 野村豊子．中央法規　２０１４年
・『認知症サポーター養成講座標準教材　杉山孝博編参照』全国キャラバン・メイト連絡協議会
・『新・ケア福祉士養成講座　９　ケア過程』．ケア福祉士養成講座編集委員会．中央法規
・『新・ケア福祉士養成講座　１２　認知症の理解』．ケア福祉士養成講座編集委員会．中央法規
・『「認知症を知ろう！！」テキスト』．岸和田市認知症支援ネットワーク会議．２０１２年
・『認知症サポーター養成講座標準教材』．全国キャラバン・メイト連絡協議会．２０１３年
・『認知症の人を知る』．加藤伸司．ワールドプランニング．２０１４年
・『ＢＰＳＤの理解と対応』．日本認知症ケア学会．ワールドプランニング．２０１１年
・『よくわかる認知症Ｑ＆Ａ』．遠藤英俊．中央法規．２０１２年
・『図説　ケアチーム』．野中猛．中央法規
・『ケア関係者のためのチームアプローチ』．日本認知症ケア学会監修．ワールドプランニング
・公認日本バリデーション協会．ホームページ
・NPO 法人その人を中心とした認知症ケアを考える会．ホームページ
・厚生労働省．ホームページ
・内閣府．ホームページ

第３章　認知症ケア

第１節　緩和ケア理念

Ⅰ．緩和ケア理念

認知症ケアを述べていく前にまずは、緩和ケアとは何なのかを考えていきたい。ＷＨＯでは、緩和ケアを下記の通り述べている。

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関して的確な評価を行ない、それが障害とならないように予防したり、対処することで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである。

またＷＨＯでは緩和ケアに関して下記の通り述べている。

「痛みやそのほかの苦痛な症状から解放し、生命を尊重し、死を自然の過程と認める。」
「死を早めたり、引き延ばしたりしない。」
「患者のためにケアの身体的、心理的、スピリチュアルな側面を統合する」
「死を迎えるまで患者が人生を積極的に生きてゆけるように支える。」
「家族が患者の病気や死別後の生活に適応できるように支える。」
「死別後、家族の方へのカウンセリングを含む」

緩和ケアを行ったから早く死を迎えるというものではなく、人生誰もが訪れる死、その時までよく生きるためのケアにならなければならない。

Ⅱ．ターミナルケア

１９５０年代から６０年代に「ターミナルケア」という言葉が使われ始めた。ターミナルという言葉には、余命わずかというニュアンスが含まれており。厚生労働省では、余命がおおむね６カ月と見込まれるときとしている。以前、緩和ケアという言葉はターミナル時期において使われていたが、現在では単にターミナル時期だけではなく、各病気の段階や症状の時期においても用いられるようになった。また、ドイツの精神科医キューブラー・ロスは今日における「死の受容のプロセス」と呼ばれている「キューブラー・ロスモデル」を提唱している。

（グスタフ・ストランデル、北島学）

第２節　認知症ケアの歴史的背景

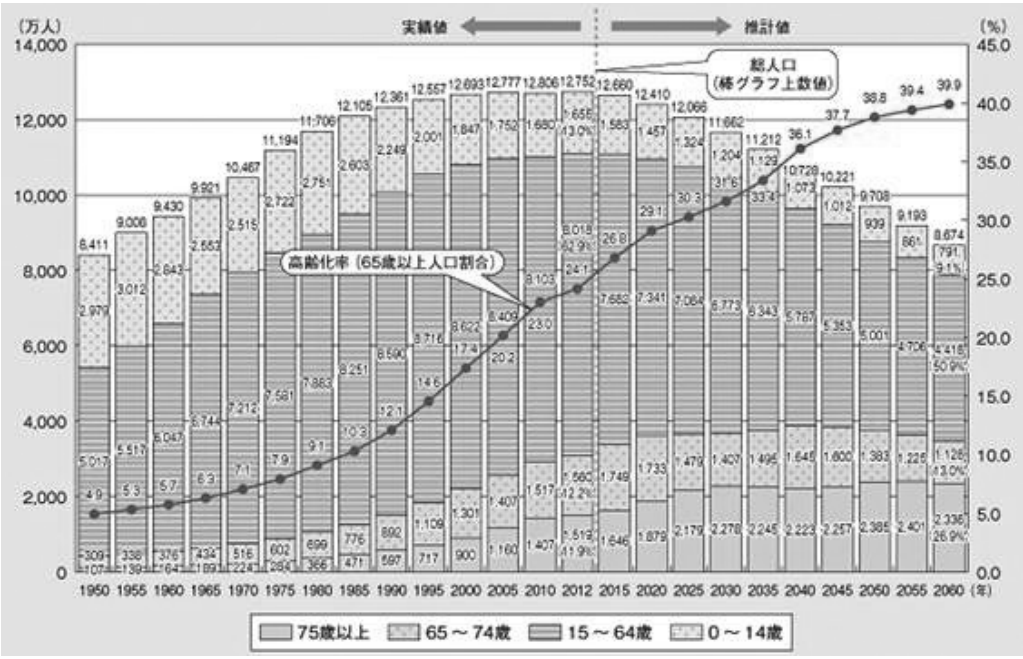
Ⅰ．北欧の認知症ケア

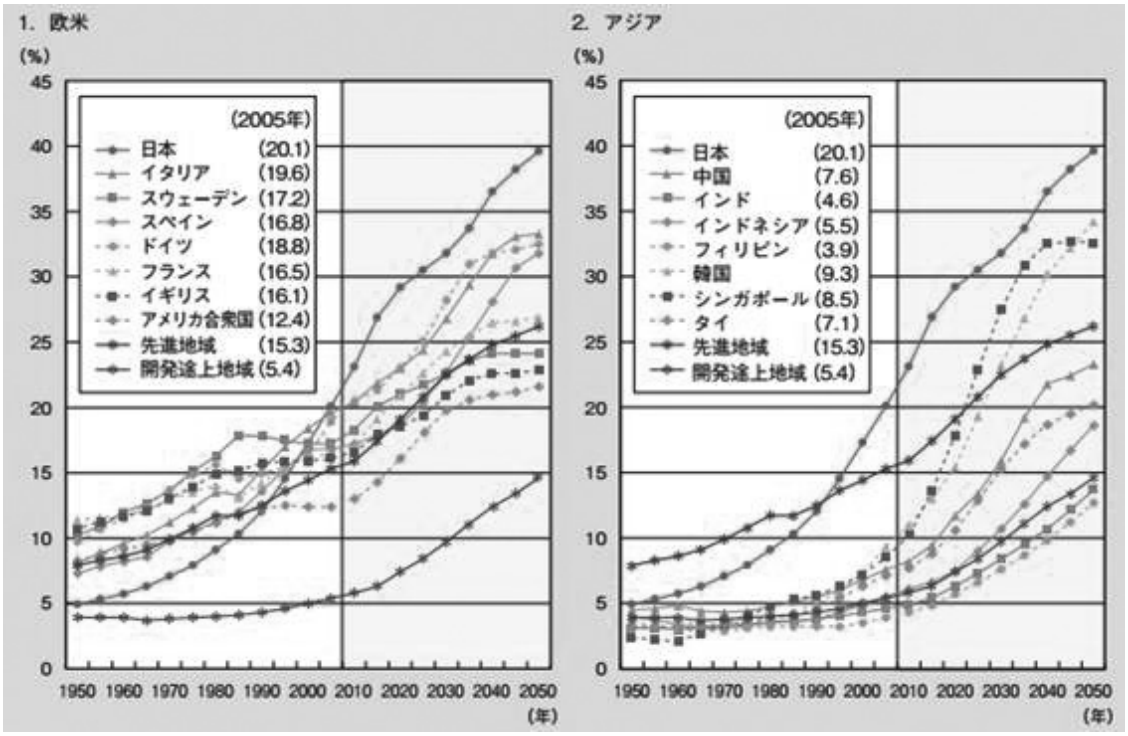
日本の介護保険制度はドイツの保険制度を元に策定をしたが、認知症ケアに関しては福祉先進国と呼ばれるスウェーデンやデンマークからの影響が大きい。それは北欧全体がより早く認知症の多い高齢者社会を経験したためであり、その結果、１０万人を超える日本人が１９９０年代に北欧の認知症対策を視察した。

しかし、北欧でも認知症や認知症ケアについての具体的な方法は、１９６０年代まではあまり知られておらず、認知症の人は療養型病院や精神病院に収容されており、それは日本でかつて言われていた「姥捨て山」と同じような感覚であった。１９７０年代に入ると、療養型病院での対応ではなく、他の疾患と区別して認知症の方をケアする施設（ナーシングホーム）が増え始めた。そして、１９８０年代前半に、ユニット型のナーシングホームやグループホームが少しずつ増え始めたのである。

Ⅱ．スウェーデンの高齢化率と日本の高齢化率

１８９０年代に始まったスウェーデンの高齢化は、７％から１４％に増えるまでに８５年の年月がかかっている。高齢化社会が始まった時期は日本よりはるか昔であるが、高齢化率の上昇は極めて緩やかであったため、試行錯誤しながらもその時代にあった福祉社会をスウェーデンでは形成していくことが出来た。日本ではわずか２５年で７％から１４％に増え、２０１０年には２３％に達し、２０１４年には２５％を超え、日本の高齢化がいかに急激に進んでいるかがわかる。このスピードは世界をみても日本しかない。高齢化率が上昇すると同時に、認知症の方の割合も急激に増えており、現在約４６２万人が認知症であると言われている。





Ⅲ．北欧の認知症ケアの歴史

北欧の認知症ケアの歴史をまとめると以下の通りである。

１９６０年代	認知症およびそのケア方法について殆ど知られておらず、認知症の方は、療養型病院や精神病院に収容されていた。
１９６０年代～１９７０年代	認知症が社会的問題として論議され始め、大規模長期療養型施設に入居することになる。
１９７０年代後半	認知症専門の施設（認知症専門ナーシングホーム）が誕生。
１９８０年代前半	認知症の方のための住宅（グループホームやユニット）が検討される。
１９８０年代後半	世界初のグループホームが誕生。
１９９０年代	緩和ケア理念の導入。

Ⅳ．施設から在宅へ

北欧で本格的に認知症ケアが行われ始めたが、認知症の方をケアしていく上で、施設でのケアよりも家（在宅）でのケアを中心とする考えが普及し始め、施設ではなく、「特別住宅」や「特別な住まい」という新たなジャンルが誕生した。認知症の方の今までの生活の継続性や尊厳、本人を中心として考えた際に、施設というカテゴリーではなく、本人が慣れ親しんだ、「家」もしくは、それに従ずる「住宅（従来のユニット型ナーシングホームの進化型）」が本人にとって重要であると考えられた。

Ⅴ．グループホーム

１９８０年代後半に世界初のグループホームが誕生した。一戸建ての家に６～８名の認知症の方が共同生活され、一人ひとりのプライバジーや尊厳が保たれる個室や社会交流が出来るリビングがある。グループホームの誕生により、医療職員はいないが（当時)、医療ケアから生活ケアへと考えが転換され、認知症の初期からターミナル期まで継続した認知症ケアを提供することが出来るようになった。

Ⅵ．緩和ケア理念の導入

１９９０年代から認知症ケアに「緩和ケア」の理念を取り入れた。これは末期がんなどを患っている人々の痛みや苦しみを和らげ、ＱＯＬを高めるために生み出されたものである。２００２年、ＷＨＯは認知症にも緩和ケアは有効であると発表した。

Ⅶ．日本の認知症ケアの昔と現在

１）認知症施策の歴史

かつて日本では、身体ケアを中心とした認知症ケアが行われており、認知症の方を主として捉えるのではなく、ケア者主導でのケアが行われていた。その為、認知症の方の尊厳や人格は無に等しかった。現在では、認知症の方（本人）を中心としたパーソンセンタードケアの考えが普及し、認知症になってもその人らしい生活が送れるよう支援していくこが重要であると言われている。日本の認知症施策をまとめると下記の通りである。

１９６３年	老人福祉法　制定　（特別養護老人ホームの創設等）
１９８２年	老人保健法　制定　（疾病予防や健康作り）
１９８４年	認知症ケアに関する研修事業開始
１９８７年	「厚生省痴呆性老人対策推進本部」報告書
１９８９年	老人性痴呆疾患センター　開始
１９９２年	認知症対応型デイサービスセンター　開始
１９９４年	「痴呆性老人対策に関する検討会」報告書
１９９７年	認知症対応型グループホーム　開始
２０００年	介護保険法　制定
２００３年	「高齢者介護研究会」報告書発表
２００４年	痴呆　→　認知症　へ用語の変更
２００５年	認知症を知り地域をつくる１０ヵ年キャンペーン 認知症サポーター養成研修、認知症サポート医養成研修　開始
２００６年	かかりつけ医認知症対応力向上研修　開始
２００８年	「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書

２０１２年	「認知症施策推進５ヵ年計画」（オレンジプラン）策定

２）認知症ケアの歴史

Ａ．認知症ケアの進化の歴史

国内で認知症の人の存在やケアの問題が浮上し始めたのは、１９７０年代頃からである。それから３０余年。さまざまな問題をかかえつつも、ケアの最前線に立ってきた家族やケア関係者の試行錯誤によって、認知症ケアは少しずつ、しかし全体的には大きな進化をたどってきている。

認知症ケアの進化の歴史は、さまざまなケアの失敗の歴史でもある。認知症の人が急増し、それを支ええるために新しい事業者や職員の急増が求められる今。数の急増という厳しい時代の中で、新規のケア関係者はもちろん、これまで経験を積んできているケア関係者が、再び認知症ケアの失敗の道をたどることがないように、認知症ケアの進化の道を振り返り、関係者全員で目指すべきこれからの認知症ケアのあり方と方向性を確認していく必要性がある。

ケアなきケアの時代	理念や方法論が皆無で、いきあたりばったり、行動制限、収容、隔離、魔の３ロック（フィジカルロック、スピーチロック、ドラッグロック）。
問題対処型ケアの時代	認知症の人が示す外見的な言動を、問題行動とみなし、その発現の背景や原因をひも解かぬまま、問題に表面的に対処するケア。 例えば、「便をいじる」→「つなぎ服を着せる」、「帰りたくてウロウロ」→「鍵をつけて外にでられないように」等。
文脈探索型ケアの時代	本人の言動の背景・意味を探りながら、それに応じた個別のケアが始まる。
本人の可能性指向ケアの時代	１．個別の可能性を指向したケア 個別にこだわるケアのなかから、認知症の人の残された力、その人らしさへの気づき。それら本人の可能性を伸ばすケアが目指され始める。 ２．療法的集団アプローチ 一連の療法を用いて、対象者になんらかの変化をねらう（本人の願いを見失い技術が迷路に入り込む危険もある）。
環境アプローチの時代	認知症の特徴（情報処理の障害、関係性の障害、ストレス耐性の低下、記憶メカニズム）から、環境（人、物、

	建物等）の重要性を踏まえて、ケアの前にまずは環境づくりに力を注ぐ取り組みが生まれる。
ノーマリゼーション・人権擁護のケアの時代	ケアの前に、認知症でも本人が 1 人の人として住みなれた町の中で当たり前の暮らしを送り、人権を守りながら暮らすことを支援する介護を目指す取り組みが始まる。
全人的ケアの時代	以上の流れの到達点を統合し、認知症でもその人の生命力や人としての暮らしや存在の平穏、可能性の最大限の発揮に向けて、その人（家族等を含む）の求めることの全体を探索しながらのそれにそうケア（チームアプローチ、アセスメントとケアプランの継続的な展開）。
特殊から一般へ	専門的、特殊な介護関係から一般的、自然な関係のなかでの支えあいのケアサービスへ。

B．身体介護中心・問題対処型ケアの時代

認知症ケアの歴史において、私たちは認知症の人のことを何もわからなくなった人と考えてきた。介護は三大介護と呼ばれる「食事」「入浴」「排泄」という身体介護中心であり、同じ時間に一斉にケアを行うという大規模な集団対応的なケアが行われてきた。また認知症の人のさまざまな症状や行動が介護を困難にさせるやっかいものと考え、その症状や行動をいかに抑えていくかということをケアの中心に考え、安易な抑制などが行われてきたのである。認知症の人の徘徊への対処として回廊式の施設が増えたのもこの時期である。

C．アクティビティ中心の時代

その後、認知症のケアでは、さまざまなアクティビティプログラムが展開されるようになった。

施設やデイサービスでは、音楽や絵画、書道、工芸、園芸などさまざまなプログラムを用意し、ボランティアの講師などの力も借りながら、さまざまなアクティビティが行われるようになった。

三大介護中心から比べるとケアはずいぶん前進したが、問題なのは、さまざまなアクティビティプログラムを個人が選択するのではなく、そのプログラムに個人を合わせていきたいという点にある。

D．その人を中心に据えたケアの時代

近年になると大規模ケアの反省の中から、グループホームやユニットケアなどが認知症ケアに有効であるといわれ始めた。

トム・キットウッドは、これまでの介護者中心のケアに対し、これからのあるべきケアの姿を「その人を中心に据えたケア（パーソン・センタード・ケア）」という言葉で表した。これは認知症の人の声に耳を傾け、人生の物語を知り、その人らしく生

きていくための支援をすることが、これからの認知症ケアのあるべき姿であることを提唱したものである。最近ではこの考え方が認知症ケアの主流になっている。

Ｅ．これからの認知症ケア

全国各地、どの地域においても認知症の人が増加している。今後、さらに増え続けることが確実な現状を、行政やケアサービス関係者はもとより、地域の人々がともに直視しどう乗り越えていくか、町ぐるみでの取り組みが求められる時期にきている。

今、日々の暮らしに苦心でいる認知症の１人ひとりやその家族を支えるために、また、今後増え続ける認知症の人を支えていく基盤を築いていくためには、その場しのぎの対応や個々バラバラの対応では限界にきている。認知症の人を支えるケアと支援体制を確実に築いていくためには、ケアそのものの前提として、認知症の捉え方、理解の仕方、ビジョン、組織のあり方、地域のあり方等、幅広い発想の転換が求められている。

これまでの認知症ケア	これからの認知症ケア
・家族や一部のケア職員が抱え込んでバラバラに。	・家族や地域の人々、多様な専門職がチームで、ひとつになって。
・問題に対処するのが「ケア」、周りがしてあげるケア。	・認知症の人でも当然利用者本位、本人が自分らしく生きる支援。
・問題は認知症のせい、しかたない。	・問題の多くは「作られた障害」、緩和や増悪防止策あり。
・認知症になると本人は何もわからない、できない。	・認知症の人でも感情や心身の力は豊かに残っている。
・本人はわからないから環境は最低でいい。	・環境の力で安心と力の発揮を、なじみの環境づくりが鍵。
・危険だから外に出さない。	・なじんだ地域や自然の中で。
・とりあえずその場しのぎを。	・初期から最期まで関係者で継続ケアを。

（グスタフ・ストランデル、北島学）

第３節　認知症緩和ケア理念

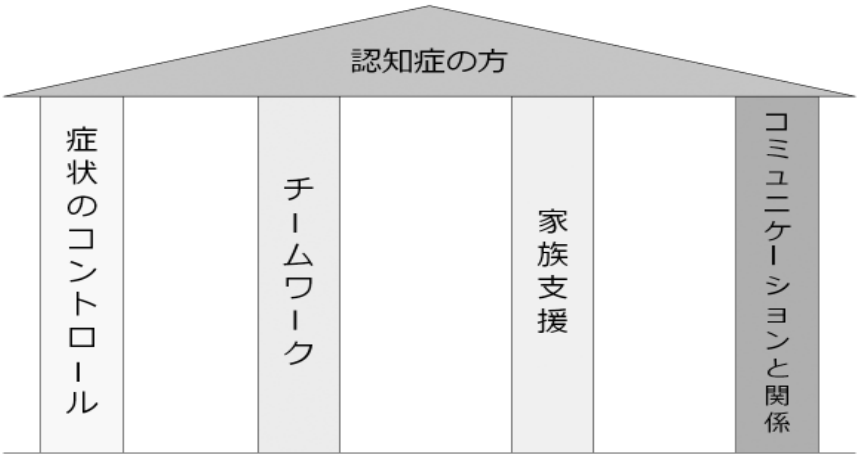
Ⅰ．始まり

認知症は、脳の神経組織が障害されることによっておこる病気で、現代医学では治すことができないと言われている。認知症緩和ケア理念とは、現代医学では治すことが不可能な認知症にいかにして取り組むか、その理念のことを指す。認知症緩和ケア理念という言葉は、スウェーデン王立財団法人シルヴィアホームで始まった。

Ⅱ．シルヴィアホーム

スウェーデン王立財団法人シルヴィアホームは、１９９６年２月１４日にシルヴィア王妃とバルベロ･ベック･フリース(写真１)によって創設された財団である。そこでは、認知症の人へ質の高い尊厳に満ちた人生を可能とする、優れたケアを提供することを目標に、アンダーナースに認知症の専門知識とケアの実践能力を身に付けることを目的に教育をしている。ここでの教育は、ＷＨＯで定義された「緩和ケア」を基にした認知症緩和ケア理念を用いている。緩和（ｐａｌｌｉａｔｉｖｅ）は、ラテン語の「パリウム（ｐａｌｌｉｕｍ)」に由来する言葉で、「マント」という意味がある。認知症緩和ケア理念とは１つのマントで認知症の人とその家族をすっぽりと包んでしまう全人的ケアであり、認知症になったときから、認知症緩和ケア理念である「症状コントロール」、「チームワーク」、「家族支援」、「コミュニケーションと関係」の４本の柱を中心として実施されるケアである。

【写真１】



Ⅲ．認知症緩和ケア

１）認知症ケアの基本

現在、認知症を完全に治せるような薬も、治療法もない。医学の根本的な目的は治療にあるが、認知症は症状の緩和がテーマになる。症状をうまく緩和すれば、施設に入るのを少しでも遅らせることができるなど、なるべく長い期間、今までと同じような生活を送ることができる。これは、認知症の方のＱＯＬを保つうえで、とても重要な視点である。

まず、「人間の尊厳を守る」ということを忘れないことが、ケアにおいてもっとも大事なことであり、認知症になった多くの方々が望んでいることである。またその家族も同様である。認知症になった方に相対するときのいくつかの基本的なアプローチがある。

・認知症とその症状についての原因を理解しようとする

・その人の生きてきた時代を理解しようとする。

・ゆっくりとした時間の流れで、ストレスをかけない。
・やさしく触れて、なじみの空間をつくる。
・ひとりでやろうとしないで、自分も大切にする。

また、気をつけなければいけないことは、本人が出来ることまで、「ケア」としてすべてやってしまうということである。本人が出来ることと、もっている能力を維持することがケアの大きな目的であり、すべて手を差し伸べることが、ケアの本質ではない。「やさしい心」は大前提ではあるが、ここがよく誤解されている。誰もが、いずれは高齢者になり、そのうちの多くの人が認知症になる可能性がある。それが当たり前であることを自覚すること。まずそこから始めるべきではないか。

2）4 本の柱

A．コミュニケーションと関係

（1）認知症の方とのコミュニケーション

認知症の方は自分が自分ではなくなってしまう不安、大切な記憶が失われてしまう不安等、様々な「不安」がある。認知症の方とコミュニケーションをとる際は不安を与えないことが大前提である。そしてその方の性格や歩んでこられた人生、現在の生活状況等様々な事を把握することも重要である。

（2）バーバルコミュニケーションとノンバーバルコミュニケーション

コミュニケーションには２つの種類がある。１つはバーバルコミュニケーション（言語）で通常のコミュニケーションのことであり、主に会話（言葉）である。もう１つがノンバーバルコミュニケーション（非言語）で、言葉以外のコミュニケーションである。ノンバーバルコミュニケーションがどのようなものか例を上げると、顔の表情、顔色、視線、身振り、手振り、体の姿勢等様々な事が上げられる。

認知症の方と接する中で、ノンバーバルコミュニケーションはとても大事なことである。相手の表情に合わせた表情をする、例えば相手が嬉しそうな表情で話しているのであれば、受けて側も嬉しそうな表情をする。悲しい表情で話しているのであれば、悲しい表情をする。そうすることで自分の気持ちが相手にも伝わっていると、共感を覚える事が出来る。この共感が認知症の方には安心感に繋がる。

（3）認知症の方の接し方

認知症の方の接し方にはいくつかのポイントがある。

ａ．自尊心を傷つけない

間違った行動、理解できない行動をとっても否定せず奇異な目や突き放した態度をとらない。

ｂ．視野に入って話す

本人の目を見る。上からのアプローチは避け、低い位置からアプローチする。また後ろから声をかけると気づかなかったり、振り向きざまに転倒することがあ

るので注意する。

ｃ．ゆったり楽しく

言葉、身のこなし、誘導は本人の動くスピードに合わせ、緊張を解くようにやわらかく、楽しい雰囲気で。

ｄ．感情に働きかける

言葉だけでなく、仕草、眼差し態度などで「安心」「楽しい」「うれしい」などの感情面に働きかける、五感を刺激し心地よさを感じる場面を増やす。

ｅ．簡潔に伝える

情報を伝える時は単純な内容にして、順を追ってひとつずつ伝える。特に先のことを先走って伝えると、混乱や失敗を起こしがちなので注意する。

ｆ．わかる言葉を使う

本人に伝わる呼び名、言葉を用い生まれ育った土地、印象に残っている過去にいた国の言葉等を使うと効果的で本人の心と身体が動く「言葉」「話題」を探す。

ｇ．話を合わせる

現実にありえないような話でも、逆らったり、訂正したりせず真剣に聞く態度を示す。又、混乱が強い場合は、話に入り込まずそっとしておく。

ｈ．昔話を聞く

その人が遡って内面に浮かんでいる時期や、最も輝かしかった頃に視点を合わせる。思い出のきっかけになるものを用意する（例　写真、食べ物、絵等）。又本人の得意な話、喜ぶエピソードを集めケアに活かしていく。「関心を持って喜んで聞かせてもらっている」という姿勢を示す。

【事例】

Ａさん、女性。
８０代後半、アルツハイマー型認知症、認知症日常生活自立度Ⅳ、要介護５。
Ａさんはアルツハイマー型認知症で、本人からの発語はほとんど見られないが、ケア者の声かけには理解を示す場面が多々ある。Ａさんに対して排泄の介助を行う際は、ケア者が皆統一して用いる言葉がある。それは「御不浄」という言葉である。「御不浄」とは「トイレ」のことである。Ａさんの排泄の介助をする際、当初は、「トイレに行きますか？」「お手洗いに行きますか？」等皆ばらばらな言葉をかけており、その度に、Ａさんの行動心理症状（ＢＰＳＤ（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia））が悪化していた。Ａさんに対してのアプローチの中でどの対応が適切でなかったかカンファレンスを行い、排泄の介助をする際の言葉掛けでＢＰＳＤが悪化してしまうことが判明する。そこで、Ａさんの生活暦を見直し、Ａさんが昔住まわれていた東京のとある場所では、特に女性が「御不浄」という言葉を用いていたことが分かり、排泄の介助時にＡさんに用いる言葉を「御不浄」に変えたところ、Ａさんはすんなりと「トイレ」に行く

ことが出来るようになった。本人が分かる、又馴染みのある言葉用いることで、本人のＢＰＳＤが緩和した事例である。

ここで大事なのは、Ａさんに排泄の介助のアプローチをする際は、皆が統一してその言葉を用いることである。ここで１人でも違う言葉を用いてしまうと、Ａさんは再度混乱してＢＰＳＤが悪化してしまう。今回の事例では排泄に対するアプローチ時の言葉掛けの部分をピックアップしたが、これは認知症の方とのコミュニケーションでは大事な事である。鍼灸師として対する時は「個」での対応となるが、認知症の方へのアプローチは「チーム」として統一したアプローチをしなければならない。関わる前段階での事前の情報収集を心がける。

（４）バリデーション

認知症の方とのコミュニケーション技法の１つで、ナオミ・フェイル（写真１）によって開発された。

ａ．バリデーションの特徴

認知症状態の高齢者又は高齢者に対してバリデーションを用いることで、その方の尊厳の回復や信頼感の構築が望まれる。また、ＢＰＳＤを「意味ある行動」と捉え、その方の生活暦と照らし合わせて考えてみたり、共に行動したりと、共感して接することに重点を置いてある。

【写真１】

ｂ．バリデーションの効果

認知症の方の行動を知ることはその方の生活暦等を知ることになり、その方にとっての生存的側面の把握に繋がり、信頼関係が構築されることによって精神的側面に対してのアプローチ、一緒に行動することにより身体的側面にアプローチ、引き篭もりにならないようになることで社会的側面が満たされる等の効果が認められる。

ｃ．１４のバリデーション技法

①センタリング

聴き手側に心の乱れがあると、素直に相手の話を聞けないので、深呼吸しリラックスする。

②事実に基づいた言葉を使う

相手が話している事を否定せずに、話している会話に基づいて話をする。

③リフレージング（本人の言うことを繰り返す）

相手の話した言葉をそのまま相手に伝える。例えば「悲しいのよ」と相手が話したら、聴き手側は「悲しいのであるね」とそのまま繰り返す。その時に相手の声の大きさや抑揚も模すると効果が良い。

④極端な表現を使う（最悪、最善の状態を想像させる）

例えば「誰かが部屋に入ってきて怖かった」と相手が話したら「今まで一番怖かったことはなんであるか」と聞くことで、最悪な状況を想像させる。そうして不安を吐き出すことで、その思いを理解してくれる誰かがそこに存在することで、精神的な支持を得て安心する。

⑤反対のことを想像する

反対のことを想像させることで、過去の記憶からの成功例を導き出すこと。過去から成功例を導き出したことで信頼感が向上する。

⑥思い出話をする（レミニシング）

過去の出来事を聞くことで、成功体験を思い出してもらい、現在の困難な状況の対処を見つけ出してもらう。

⑦真心をこめたアイコンタクトを保つ

相手が認知症であっても、目が見えなくても愛情を持った眼差しが大事である。

⑧曖昧な表現を使う

相手の話している内容が分からなくても、「あれは」「それは」「彼は」「彼女は」等の表現を用いることで、話している言葉が分からなかった時の代わりをする。

⑨はっきりとした低い、優しい声で話す

高齢者は高音域の音が聞き取りづらくなっている。少し低めの声で優しく話すことで会話がスムーズになる。

⑩ミラーリング（相手の動きや感情に合わせる）

相手の行動に合わせる。相手がゆっくり歩いているならばゆっくりと、相手が楽しい表情の時は受けて側も楽しい表情で。

⑪満たされていない人間的欲求と行動を結びつける

愛情（愛し愛されること）、役立つこと（仕事上の地位の回復）、感情の発散という３つの人間的欲求のどれかに結びつける。

⑫好きな感覚を用いる

その方の好きのこと（得意なこと）を用いて信頼関係を構築させる。例えばある人には、「歌」であったり、ある人には「編み物」であったり、人それぞれの好きなこと（得意なこと）に焦点を当てる。

⑬タッチング（ふれる）

会話時にそっと触れることで安心感に繋がる。人によっては触れられることに対して嫌悪感を示す方もいるので注意が必要である。

⑭音楽を使う

音楽を使用することで、若かったときの歌を思い出したりする。失った言葉がよみがえる場合もある。

（５）タクティール®ケア　＊タクティール®ケアは（株）日本スウェーデン福祉研究所の商標登録です。

ａ．タクティールケアとは

タクティールケアとは、ラテン語の「タクティリス（Ｔａｋｔｉｌｉｓ）」に由来する言葉で、「触れる」という意味がある。その意味が示すように、手を使って１０分間程度、相手の背中や手足を「押す」のではなく、やわらかく包み込むように触れるのがタクティールケアである。

ｂ．効果

施術することで「安心と信頼のホルモン」と呼ばれるオキシトシンホルモンが分泌され、血管内に放出されたオキシトシンホルモンが身体全体に効果を生み、そして沈静化の作用を生み、不安感・恐怖感を緩和することが可能である。また、タクティールケアは、ゲートコントロールによって痛みを緩和するとともに、自分の身体への理解と相手への信頼関係を構築し、そこから安心感を生み出すことができる認知症緩和ケアの補完的な手法である。

【事例】

Ｂさん、女性。
８０代後半、軽度認知障害、認知症日常生活自立度Ⅰ、要支援１。
Ｂさんは本人が不本意のまま施設に入所され、その関係で部屋に閉じこもりであった。Ｂさんとの信頼関係構築の為、新人職員ＣがＢさんに対し、出勤時に毎回タクティールを施術した。施術開始１ヵ月後位よりＢさんのＣ新人職員に対する言動の変化が見られてきた。内容は「今日はＣさんいる？」「Ｃさんに相談したいことがあって」等、新人職員Ｃに対する意識変化（信頼関係の向上）が見られた。その後、タクティールケアを継続しながらＢさんの生活暦等の聞き取りを行い、新人職員ＣよりＢさんに対して余暇活動の提案をした結果、「Ｃさんが言うならばやってみようかしら」と前向きな発言が出始める。その後Ｂさんは居室から出て、絵を描いたり、手作業をする等の変化が見られ、Ｎ式老年者用精神状態尺度（ＮＭスケール）の「関心・意欲・交流」欄に於いて、施術前の５点より９点に向上した。タクティールケアを継続的に施術することで、Ｂさんと新人職員Ｃのコミュニケーションの向上および信頼関係の構築が図れ、さらには本人の意欲の向上、社会性の向上に結びついた事例である。

タクティールケアは主として認知症のＢＰＳＤの緩和や痛みに関する緩和を目的とするが、信頼関係の構築にもとても有効である。コミュニケーションを向上させていくには、相手との信頼関係が大切であり、信頼関係がなければコミュニケーションは無に等しい。今回は、新人職員Ｃがタクティールケアを継続して行った結果、信頼関係の構築に繋がり、さらにＢさんの精神的な側面が満たされ、生

活が改善された事例である。

（6）コミュニケーションと関係

スウェーデンの医学博士であるバルブロ・ベック・フリースが提唱した「認知症緩和ケア理念」を支えるには、①症状コントロール、②チームワーク、③家族支援、④コミュニケーションと関係の４本の柱が重要であると言われている。これら４本の柱が同時に過不足無く行われることにより、認知症の方のＱＯＬが維持・向上されると考えられている。また、スウェーデンにある王立財団シルヴィアホームではコミュニケーションの具体的な手法として、先に述べたタクティールケアを導入している。

（7）コミュニケーション

認知症の方とのコミュニケーション技法は様々な手法があるが、その人個人を考え尊重すること、決して子供のように接するのではなく、尊厳を持って接していく。

B．チームワーク

（1）チームワークの意味

ＴＥＡＭの語源は、荷車を引く複数の牛や馬の集合のことである。だからチームワークとは、複数の人が共通の目標に向けて知恵と力を合わせる活動のことを指す。知恵とは情報のことであり、何を入力し加工して、どのように出力するかが問われる。力とは実践力であり、意欲と具体的な技術が求められる。合わせることは調整であり、マネジメントを意味する。

「共」は「ともにあること」で、「協」は「力を合わせること」である。「共同」はＣＯＭＭＯＮ（公共、共通性など）の訳語であり、「共同」は「助け合うこと」で中国後漢書に出典がある。「共働」は　ＣＯＡＣＴＩＯＮ　の訳語で、むしろ「共生」が厳密な意味であろう。「協業」は経済組織の活動の戦前から用いられた。するとチームワークの意味が最も明確になるのは「協働」である。ＬＩＮＫＡＧＥ、ＣＯＯＲＤＩＮＡＴＩＯＮ、ＣＯＯＰＥＲＡＴＩＯＮ、ＣＯＬＬＡＢＯＲＡＴＩＯＮなどは、すべて「連携」と訳されてしまうことがある。構成員相互の関係性の密度から、第１段階の「ＬＩＮＫＡＧＥ＝連結」、第２段階「ＣＯＯＲＤＩＮＡＴＩＯＮ＝調整」、第３段階「ＣＯＯＰＥＲＡＴＩＯＮ＝連携」、第４段階の「ＣＯＬＬＡＢＯＲＡＴＩＯＮ＝協働」と訳し分けるという考えもある。もっとも緊密的な連携を行う場合がチームということになる。

（2）多職種協働・連携

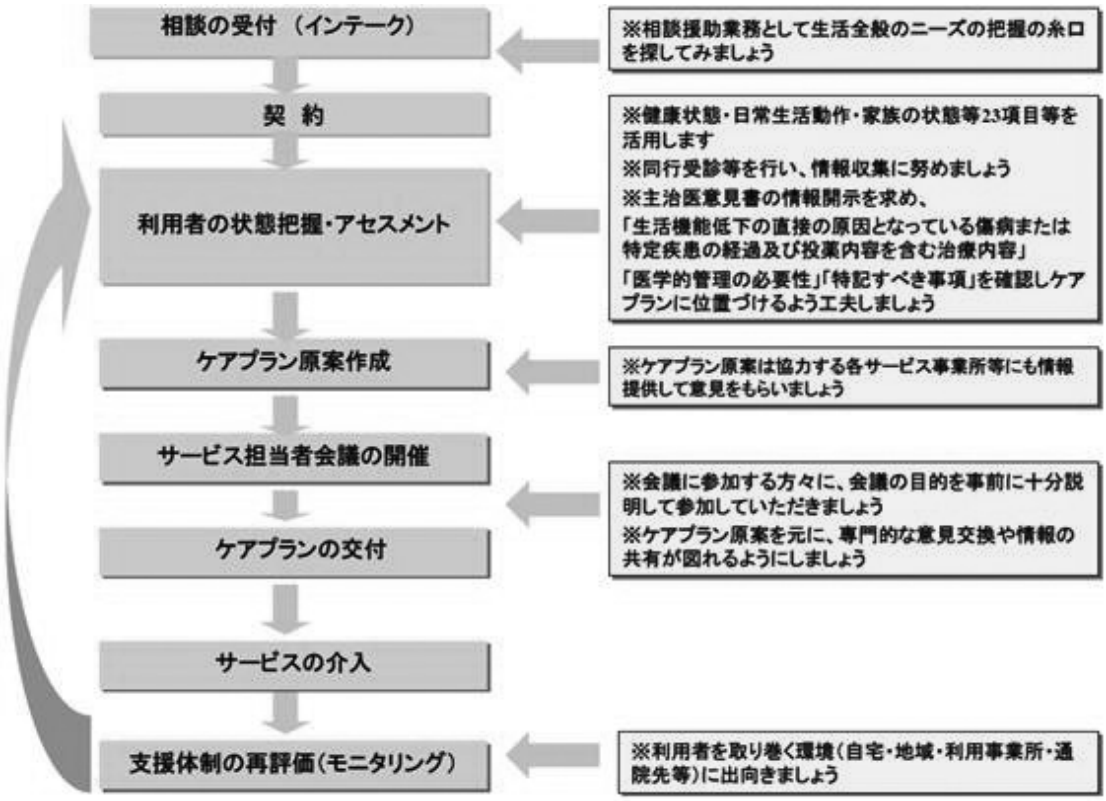
ケアサービスを適切に提供する為には、１人の利用者に対して医師、看護師、保健師、リハビリテーション専門職、福祉専門職、栄養士、鍼灸師等の複数の専門職がかかわっている。この多職種の専門家は利用者の望む生活の実現に向けて適切な支援を提供し、利用者のＱＯＬ（生活の質）を高めていくという共通の目標をもっている。全米リハビリテーション学会で定められた定義は、「共通する要素をもち、

共通の目的に向けて働く、二人もしくはそれ以上の、職種を異にする保健の専門家による集団」とされている。

（3）ケアマネジメント

ケアマネジメントとは、高齢になったり障害があることによって地域社会における自立した生活が困難になったとしても、医療・保健・福祉などのさまざまな社会サービスを利用することで、「その人らしい生活」の継続ができるように支援する仕組みの事である。

ケアマネジメントについては、「対象者の社会生活上での複数のニーズを充足させるために適切な社会資源と結びつける手続きの総体（白澤政和）、「自立とＱＯＬの向上を目指して、そのためのニーズをしっかりととらえてサービスを行なう総合的援助」（竹内孝仁）など、いくつかの定義があるが、いずれにしても、支援が必要な状態になることから生じる様々なニーズに対して、複数のサービス提供機関から各種サービスを総合的・一体的に提供することで、利用者の地域生活を社会的に支える仕組みとして開発されたものととらえることができる。ケアマネジメントの中核的な役割を担いうのがケアマネジャーであり、介護保険制度では「介護支援専門員」として位置づけられている。



（4）ケアプラン

ケアマネジャーが作成するケアプラン（居宅サービス計画・施設サービス計画）

は、利用者の生活全体を支える計画である。ケアプランは、在宅サービスにおいては、居宅サービス計画、施設サービスでは施設サービス計画とされる。

ケアマネジャーは、居宅であっても施設であっても、利用者の生活上の困難がどこから派生し、どのような方針で支援すればよいかという総合的な援助の方針を利用者と相談しながら決定する。アセスメントにおいては、利用者の身体的・精神的な健康状態、日常生活動作（ＡＤＬ）能力、経済状況、家族の状況、ケア状況、本人や家族の価値観や対人関係能力、近隣や友人との関係、住環境などの幅広い情報を入手し、利用者や家族が現に困っている問題を把握してニーズを導き出す。利用者は１人ひとりの個別的な状況から、利用者自身が、どこでどのような生活を送ることを望んでいるかを知り、目標を設定する。

（５）チープアプローチ

高齢者の生活を支える活動は、ケアマネジメントのプロセスに沿って行なわれる。したがって、そこには利用者を中心としたケアチームが形成され、チームアプローチが実践される。

人の生活は多面的であり、健康上の問題、経済的問題、人間関係や心理的な問題、教育や就労の問題、住居の問題など、数えあげればきりがないほど複合的な要素から成り立っている。したがって、１つの職種だけでは解決できない問題、１つの職種だけでかかわるよりも、多職種で関わる方がより適切な支援が可能になる状況が多くある。つまり、ケア職やケアマネジャーだけではなく、医療食、栄養士、鍼灸師、臨床心理士、地域のボランティア、福祉用や住宅改修の専門職など、さまざまな関係者が利用者のニーズに即して支援体制を組み、ネットワークが強化されることにより、「総合力」が発揮され、問題解決に向けた大きな効果が期待できる。特に、認知症の利用者の場合、職員間の意向や対応に食い違いがあった際に混乱する。利用者が職員間の関係のズレに柔軟に対処することは多くの場合望めない。そのため、職員間のアセスメント・プラン・関りのずれが利用者の精神生活に大きな影響を与える。この時点で、職員間で利用者理解をどこまで共有しているかは、利用者に対する援助の質に直結するといえる。この点からチームアプローチは認知症ケアにとって不可欠できわめて有効なアプローチであるといえる。

利用者の問題を一専門職が一人で「抱え込む」ことは、問題の解決を遅らせたり、問題状況を悪化させるおそれがある。このような場合、多面的なアセスメントを効果的に行い、多くの人で利用者を支援し、見守るサポート体制をつくることが重要である。課題に対する評価が一面的になる、支援・見守りが継続的に行なわれない、さらには、単独での関りであることによるストレスや行き詰まりを避けるという点で、チームが果す役割は重要である。

C．症状の緩和

（1）認知症とは

認知症とは病気ではなく、様々な原因疾患がもとで引き起こされる症状のことを言う。認知症は残念ながら現在では治癒することは出来ない。しかし、認知症の症状を緩和することは出来る。それは、環境であったり、対応であったりと様々である。

（2）認知症の症状

認知症の症状は中核症状と行動心理症状（ＢＰＳＤ（Ｂｅｈａｖｉｏｒａｌ ａｎｄ Ｐｓｙｃｈｏｌｏｇｉｃａｌ Ｓｙｍｐｔｏｍｓ ｏｆ Ｄｅｍｅｎｔｉａ））に分けられる（図1参照）。

ａ．中核症状

中核症状には、記憶障害、判断力の低下、実行機能障害、見当識障害、失効、失語、失認等がある。中核症状はどの種類の認知症の方にも見られる症状であり、治らない症状である。しかし、薬物療法によって進行を遅らせることは可能であり、アリセプト®やメマリー®、イクセロン®パッチ、リバスタッチ®パッチがある。

ｂ．行動心理症状（ＢＰＳＤ）

行動心理症状（ＢＰＳＤ）には、言葉の通り、行動症状と心理症状がある。行動症状とは、徘徊や攻撃的行為、多動等の症状であり、心理症状とは幻覚、妄想、不安、抑うつ等の症状である。現在では行動心理症状（ＢＰＳＤ）の名称が広く使用されているが、かつては問題行動と呼ばれていた。しかし、問題と捉えているのはケア者側であり、本人にとっては「意味ある行動」ではないかと言われ始め、現在では、本人の「行動」の症状と本人の「心理（精神）」の症状を合わせて、「行動心理症状」と呼ばれるのが一般になった。行動心理症状（ＢＰＳＤ）は中核症状と違い、認知症の方誰しもに見られる症状ではなく、その方の性格や資質、現在のおかれている環境や精神状態、そして、ケア者側の不適切なケアにより引き

起こされると言われている。なので、現在の環境を整えたり、適切なケアをすることで、症状が改善されたり緩和するが出来る（図２参照)。

図１

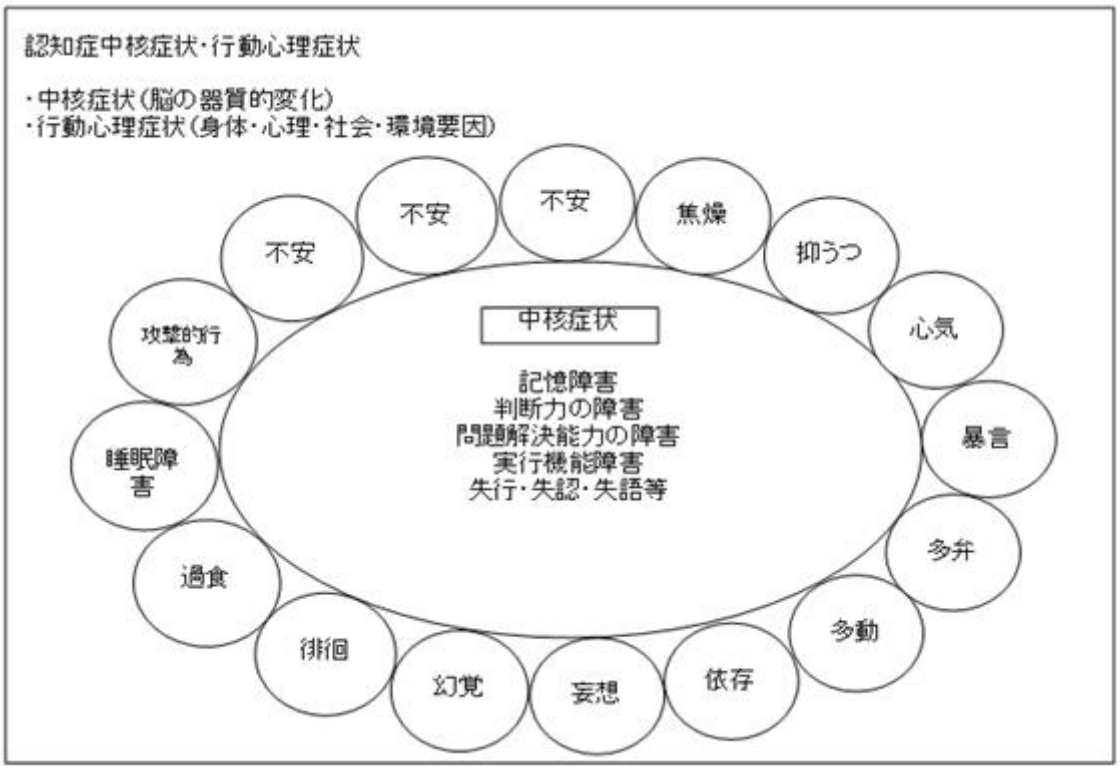
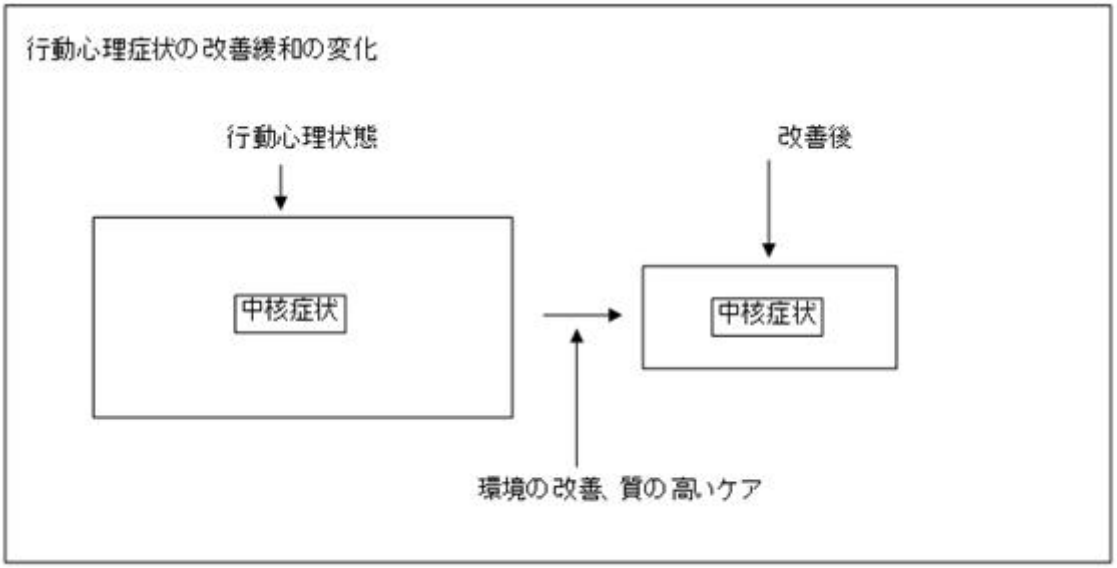


図２



（3）症状の緩和

認知症の症状の緩和は「コミュニケーションと関係」でも述べた通り、その人個人にあった適切な対応をすることでも症状の緩和が可能である。緩和の方法は様々であるが、鍼灸師として対応する際に、家族やケア者、ケアマネジャー等から事前の情報を収集し、その方にとってどのような方法が良いのか確認することはとても重要である。先に述べた通り、認知症の方へは「チームでの統一したアプローチ」が大事である為である。

（4）緩和の種類

緩和の方法は様々な方法がある。コミュニケーションと関係で述べた通り、認知症の方との接し方だけでも多くの効果が望まれる。鍼灸師として対応する限られた時間の中で、一番効果が大きいのは、コミュニケーションの部分が大半を占めると思われる。コミュニケーションの具体的な方法は「コミュニケーションと関係」を参照。ここでは、1例を記す。

【例】

1.挨拶

「○○さんこんにちは、△△（自分の名前）です」「○○さんおはようございます、△△（自分の名前）です」等､自分の名前を伝える。その後は､すぐに施術に入るのではなく、今日の日付や天気、今日行う施術の内容等簡単な会話を行うと良い。

＊ポイント

本人との会話の中で変化に気づいた際は、家族やケアマネジャーに報告をする。ちょっとした変化を見過ごすことなく、情報を共有することで、その方の症状の進行の防止に繋がる。

2.施術中

施術中も相手に不安感を与えない為に、会話することは大事です。不安を募らせる言葉掛けより不安を与えない言葉掛けを意識する。例えば「痛くないですか」と聞くと「痛いことをされているのかも」と捉えてしまう場合もがあるので､「加減はどうですか」､「気持ち良いですか」等の言葉掛けを意識する。

＊ポイント

施術中に多くの会話をするのは難しいが､クローズドクエッション等の「はい」「いいえ」で答えられる会話は有効である。

3.施術後

挨拶で終わる。「○○さん。終わりました、ありがとうございます」等の感謝の気持ちを伝えるのは大変良い事である。また、家族がそばにいるようでしたら、家族に対しても感謝の意を伝えることも、大事である。

＊ポイント

施術後の様子等を家族に伝える際に、悪い情報「最近○○が出来なくなってきた」「○○が難しい」等のマイナスのことばかり伝えるのではなく、「○○が出来なくなってきたけれど、△△は出来ているよ」等のプラスの部分も伝える。家族の気持ちを考えながら伝えることはとても重要である。

ここでは、コミュニケーションでの緩和をメインに伝えたが、その他にも様々な方法が実際のケア現場では用いられている。

ａ．回想法

高齢者の思い出に対して共感的に受け入れる姿勢をもって意図的に働きかけることにより、高齢者の人生に対する再評価や自己の強化を促し、心理的な安定や記憶力の改善を図る。

ｂ．リアリティオリエンテーション

見当識障害（時間や場所や人等）の改善に有効。日々の日常の中で、注意や関心を天気や時間、曜日、部屋に飾られた季節の花や食事の際の季節の野菜等に向けることにより、見当識を補う手がかりを与える。

ｃ．音楽療法

心身ともリラックスさせたり、不安やストレスを軽減させたり、不適応な行動を減少させたり、自発性を向上させたり、協調性を改善させたり、思い出を掘り起こしたりして、長期および短期記憶力を改善させたり、現実認識を改善させたり、人との交流を改善させたり、体力を強化させたり、運動能力を改善させたりすることなどがある。

ｄ．ブンネ・メソッド

スウィング・バー・ギター

ミニ・ベース

単音フルート

チャイムバー

ブンネ・メソッドは、参加者の身体的、精神的な能力に対し、音楽を使っては働きかける手法である。また、単なる音楽によるエンターテイメントではなく、

日常のケアにおけるひとつの手段として、明確な目的をもって音楽を使う活動である。

対象となるグループへの目標は、ブンネ楽器を使い、歌や動作の演習をすることで、認知症の方への記憶トレーニング、発声能力の改善を図る。

ブンネ楽器は、スウィングバーギター、ミニベース、単音フルートやチャイムバーなどで構成されており、今まで楽器に対する知識や技術がなくても、誰でも楽器の演奏ができるというもので、ブンネ･メソッドの重要な要素になっている。このように、参加者が「演奏家」としてグループセッションに参加することで、人間の成長の可能性を飛躍的に高めることができます。それは、身体的レベルのみならず、精神的レベル、社会的レベルにおいても言えることであり、ＷＨＯが提唱している緩和ケア理念に通じている。

ｅ．絵画療法

水彩画、油彩、クレパスなどで絵を描く療法である。絵を書くことを通じて、自分自身の現在を表現し、他の人々とよく交流することができるようになる。また認知症高齢者の精神機能を活発化させ、自発性、集中力や意欲面を向上させるのに効果がある。

ｆ．園芸療法

花や野菜を育てて、それを栽培することで、精神の安定を得る治療法である。土や草花などに触れることで、精神が安定し、花や野菜を育てる過程で、本人に責任感や満足感が得られ、植物が成長する喜びを分かち合うことで､周囲の人とのコミュニケーションや会話が促される。

（５）緩和

認知症の方へ一方面だけでのアプローチでなく､多面的（４つの側面）にアプローチをしていくことを心がける。その中での鍼灸師としての役割はどの部分にあたるのかを理解する。厚生労働省が掲げる地域包括ケアシステム（図３参照）の中にも鍼灸師が繰り込まれた。医療だけ、ケアだけでなく、様々な職種が連携して認知症の方の生活を支えていくことが、今後重要となってくる。

【図３】

D．家族支援

（１）家族支援の意味

「家族とのかかわり」「家族への支援」など、「利用者を支援する」というときにも、「支援する人」と「支援される人」と表現されることに違和感があるが、利用者との間にはサービスを介した制度上のシステムがあるのでは理解することはできる。しかし、「家族を支援する」という場合は意味が異なる。家族とのかかわりを考える際には、この点を常に意識しておく必要がある。

（2）家族を理解するとは　家族の内部と外部

家族の「像」は、その一員として内部から見る様子と支援者として外部から見る様子とでは異なる。ケア職が支援者として外部からかかわる場合には、この点を理解し、家族のダイナミクスや家族関係がどのようになっていたのか、現在どうなっているのか、そして今後どうなっていくのかをみていくことが大切である。このとき、一人ひとりの家族員の家族内部での位置づけや関係性に配慮するとともに、外部とどのようにつながっているかも考慮してみていく必要がある。しかし、多くの場合、家族はガードが固く、外部の人には壁をつくり、家族の内部と外部との境界をはっきりと引いている。したがって家族員の外部とのかかわりを把握しつつ、家族にかかわっていくことが求められる。つまり、家族に直接はたらきかけて変化を促すのではなく、さまざまな媒介を通して、家族員がそれぞれに外部とのつながりのなかで自ら関係性をかえていくことを支援する。

家族には、自らバランスをとって、収まりどころを見つける力があり、その収まりどころは、高齢者が亡くなった後に見つかることも少なくないため、支援者は、その変化をじっと待つ姿勢が求められることもある。決してわかっているそぶりを見せず。「あなたは親のケアをした経験があるの？」「あなたは子供はいらっしゃるの？」などの家族からの言葉は、わかったようなことを言って欲しくないと言う、家族の内部からの外部のものに向けたメッセージでもある。

家族療法では、家族の構造を理解し、家族にしか通用しない言葉がたくさんある。それは、家族だから許されることであり、いくら親しいからといって、同じ表現をケア職が使ってよいとは限らない。家族とのコミュニケーションにおいて、決して間違えてはいけない点の１つである。

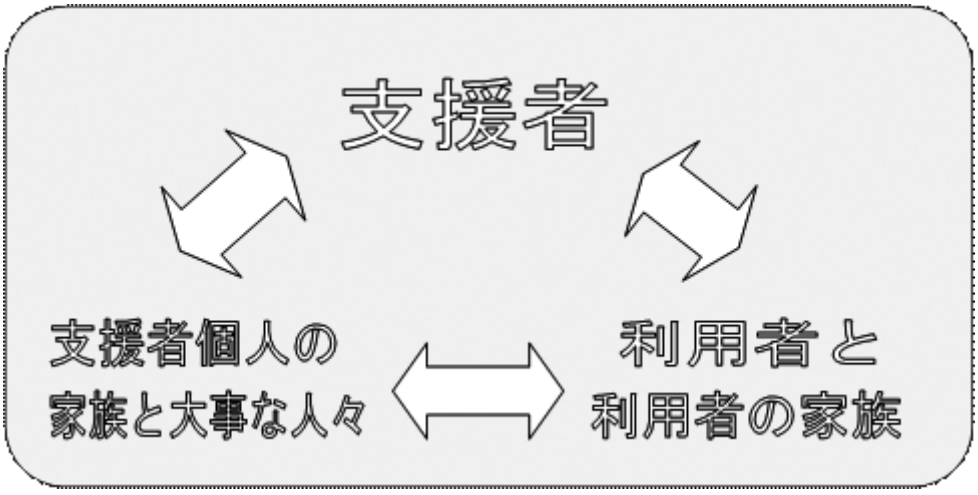
（3）自分の家族経験の影響

家族に関る場合は、自分自身の家族経験、自分の家族に対する見方が、利用者の家族やその関係性を見るときに影響していることを認識する必要がある。家族とかかわる際には、自分自身の「家族で暮らすこと」「家族で支えること」のイメージと重なりがあるからこそ、自分の経験を活かすこともできる。言い換えれば、ケア職は、自分の経験を活かせるように考え、かかわっていく必要がある。相手を支援する場合に、自分自身の経験を道具として、相手に合わせて使えるようにしていくことが大切だといえる。

家族とのかかわりのなかで、「あなたには家族がいないからわからないでしょうけれど」と言われた経験はあるでしょうか。この世に生まれてきた以上、家族がまったくいないという状況は考えにくいので、その言葉には支援者を試したり、「もう少し考えてみて下さい」というメッセージを含んでいると考えることができる。

一方で、利用者の家族にかかわる際に、自分自身の中に理屈にならない強い思いを感じるときには、自分と自分の家族の関係を取り込んでしまっている場合もある。

利用者と家族の関係性をみるときには、自分自身の家族経験がどのように影響しているかを見極めることも必要である。



（4）高齢者が家族を語るとき

「もしも別の家族に生まれていたら、こんなふうになっていなかっただろう」と話す高齢者がいるが、それは本気で思っている訳ではない。家族の歴史や過去を修正することは出来ない。また､高齢者の場合は再構築する時間も限られているので、それもあえて望まないであろう。つまり高齢者が家族について否定的な話しをするときでも、実はその状況を受け入れていることが多く、過去や現在の家族関係の大きな変化を望んでいる訳ではないのである。

高齢者が家族のことを話すとき、それは今の家族を否定しているのではなく、外部の人に話すことで今後の家族のあり方に何らかの期待をこめている場合もある。家族は、ケアを通して家族の今後のあり方を考え、変えていく機会を高齢者に与えてもらっていると考えることが出来る。これは、高齢者が亡くなった後に気づくことが多い。「その人を家族でどのように支えていくか」を考えていくことは、その後の家族のあり方を考えるきっかけになり、支援者（外部の人）には、高齢者が何を伝えたいのかを受け止め、理解する役目がある。なぜ、外部の者に話をしているのか、その意味を考えなければならない。

家族について「うちの家族はね」といえるとういことは、その人が家族のなかでしっかりと生きてきた証であり、自分の家族について伝えることができるということは、受け止めているということであり、その内容は否定的であってもよい。高齢者には､どのような内容であれ「うちの家族はね」といえるような場面を経験して、最期を迎えて欲しいと思う。

同じように思い出話が出来るということにも大きな意味があるといえる。実際には、家族の話も思いで話もできないまま、最期を迎える高齢者も少なくない。家族

の話をするような場面を経験できるように、その家族にかかわっていくことが支援者の重要な役割の１つである。

（５）家族からの虐待が疑われたとき

いつも世話をしてくれる家族について、高齢者が自ら「傷つけられている」「暴力を受けている」とは決していわないであろう。また、認知症の人の場合は、たとえ伝えようと思ったとしても、それを言語化したり、傷つけられた記憶をとどめていたりすることが難しいという状況もある。つまり、高齢者本人から虐待の被害について教えてもらうことはとても難しい。

そこで支援者は、高齢者の身体にあざがあるとか、家族に対しておびえている様子が見られるなど、高齢者が発しているサインを的確に捉えることが大切である。このとき、高齢者と家族の両方を思いながら対応していく高いコミュニケーション力が求められる。

支援者は、虐待をしている家族と同じ言い回し、振る舞い、行為などを高齢者に対して、決して行なってはいけません。家族と同じコミュニケーションを行なう場合は、状況の改善のために、明確な目的をもって意図的に行なう覚悟が必要である。

（６）家族へのレスパイトケア

レスパイト（休息）は、家族がケアを続けていくために欠かせない。本人から離れて、家族が一時的に休息の時間がとれるように支援していくことが必要である。

ケアを継続的に行なっている家族は、ケアが日常的になり、生活の一部となっている。しかし、徘徊などＢＰＳＤが激しい時期、特に在宅のケア者は２４時間３６５日見守り続けなければならず、休みがない状態になり疲労してしまう。家族介護者自身が食事や睡眠が十分にとれないままケアを続けることになる時期もある。

家族介護者は徐々に疲れ、その疲れが回復しないままケアを続けると、さらに疲労してしまうが、徐々に蓄積する疲労は自覚しにくいものである。周りの人が家族の疲労の自覚を促し、休息をとり、健康診断を定期的にうけるなど介護者自身の健康管理に気をつけてもうようにする。家族が要介護者よりも先に亡くなるケースもあり、支援者も家族の健康を過信しないようにする。

また、認知症の人のケアに疲れた家族が、「もう顔も見たくない」「何度も同じことを言われてイライラする」などということがある。あるいは、「言うことを聞いてくれないのでたたいてしまった」と虐待してしまった事をケア職に告げることがある。このような場合、家族が精神的にも疲労している理解し、できるだけ早期にレスパイトケアを実施しなければならないと認識する。レスパイトケアの頻度は、家族と認知症の人の状態によるが、お互いに疲れないよう定期的にサービスを利用するとよいであろう。家族はリフレッシュすることによって再び認知症の人に適切なケアを行なう事ができるようになる。レスパイトケアを行なう事の意味は、ケア

の負担原因そのものを改善することも視野に入れて行なうことが重要である。

（７）認知症ケアをしている家族の気持ちを理解する

認知症ケアをしている家族などの気持ちを理解し、どんな応援をすればいいのかを考えてみることは、認知症の人を支えるためにとても大切である。

家族の誰かが認知症になったとき、誰しもショックを受け、とまどい、混乱に陥る。次に示した「ケア者の心理的ステップ」でいえば、ます第１、第２ステップを経験することになる。その時期をできるだけ早く通り抜け、認知症の人の「あるがまま」を受入られるようになるためには、ケア者の気持ちの余裕が必要である。

介護者の余裕は、認知症本人や家族に対する周囲からの理解やケアサービスの適切な利用などによって得られると考えられる。

ケアの苦労・困難は流動的であって、固定的ではない。心理的ステップにより変化する。あるいは、その時点の最も切実な問題が解決すると、ケア力は一段上昇する。

この介護者のように、初めは認知症の人の示す様々な症状に振回されていた介護者が戸惑ったり、ケアに疲れ果てたり、絶望的な気持ちに陥ったりしながら日々のケアを続けていくうちに、４つの心理的ステップをたどりながらベテランのケア者となっていくのである。ケア者にとっては、これまでの自分の過去を客観的に振り返り、あるいはこれからの行方を見通し、自分の今いる位置を確認する上できっと役に立つであろうし、援助者にとっては、認知症の人をかかえる家族の心理的状態が把握でき、自分達の援助の意味と方向が明確になるのである。

ａ．第１ステップ　とまどい・否定

◇異常な言動にとまどい、否定しようとする。

◇他の家族にすら打ち明けられずに悩む。

それまでは通常の生活を送り、頭の働きも正常であった親や祖父母が、ひどくなり同じことを繰り返すようになる、家族に対しあらぬ疑いを持ちはじめる、今まで簡単に出来ていた事ができなくなってしまう、などの状態に陥ったとき、家族は「一体どうしたのか、認知症がはじまったか」と思い悩む。

しかし、今までしっかりしていた肉親で、ましてや尊敬する親であるというような心理が働くと、「今日は虫の居所が悪いため、きげんが悪いのだ」「まだしっかりしているところもある。認知症ではないだろう。認知症になったと思いたくない」「もともと頑固な人なんだから、年をとってその性格が強調されだけのことだ」というとまどい・否定です。

この時期には、家族はほかの人たちに、「自分の父はちょっとおかしいのよ。どうしたらよいでしょう」という相談がなかなかできない。保健所や認知症の人と家族の会の相談室へ行って相談したことが、万一、本人にバレてしまったら大変なことになるという思いも働き、さまざまな遠慮などから、この時期は一人で悩む時期である。

ｂ．第２ステップ「混乱・怒り・拒絶」

◇認知症への理解の不十分さからどう対応してよいかわからず混乱し、些細なことに腹を立てたり叱ったりする。

◇精神的・身体的に疲労困憊、拒絶感・絶望感に陥りやすいもっともつらい時期。

認知症の症状が改善されずケアがますます困難になると、「とまどい・否定」しているだけでは済まされなくなり、その症状が、まともな人のけしからん言動なのかあるいは認知症の症状なのか分からなくなって、混乱状態に陥る。

次に、丁寧に説明し教えれば理解するだろうと期待して努力してみても効果が得られない、いくら注意しても同じことを繰り返す、一晩中騒いでいるような状態になると、心優しい介護者であってもつい、「いいかげんにしてよ。さっき注意したでしょ」と怒りの気持ちがわきあがる。

さらにケアの成果が一向に得られず孤立してケアを続けざるを得ないケア者は精神的、身体的に疲労困憊して、ついには「とても面倒をみきれない。このままでは私は家族も倒れてしまう。」「お母さんさえいなければ、どんなに気持ちが楽になるだろう」などといって、認知症の人を拒絶しようとする。この段階ではケア者の苦悩は極限に達し、もっとも辛い時期になる。日常的な苦労に加えて、この状態が今後何年間続くのかという不安が重くのしかかり、介護者を苦しめる。

第２ステップの特徴は、認知症に関する正確な知識もケアを助ける家庭的、社会的な援助もなく、ケア者が常識的な対応をすることでかえって認知症を悪化させてしまっている。　そのような時、さまざまな社会的援助、認知症に対する理解や対応の仕方、そして知人とか身内の人たちからの励ましやねぎらいの言葉などがケア者に寄せられると介護者の心理状態は安定していく。介護者を十重二十重に取り巻く支援の輪を作り上げる事が第２ステップの混乱を軽く済ませますのに重要な点である。

ｃ．第３ステップ　割り切り、または、あきらめ

◇怒ったり、イライラしても何もメリットはないと思いはじめ、割り切るようになる時期。

◇症状は同じでもケア者にとっても「問題」としては軽くなる。

第２ステップの混乱、怒りが繰り返されているうちに、「いくら注意してもすぐ忘れるから、いっても無駄なんだ。私の方が消耗するだけ損なのだから、そのままにしておこう」

「おじいちゃんの言うことを一応、はいはいと聞いておいたほうがおじいちゃんは落ち着いて状態になる。おじいちゃんの体を心配して一生懸命お世話してきましたが、そのほうがかえって混乱してしまうようです。割り切ることにしました」のように、ケアのコツがつかめてきて、同じ症状であってもケアの混乱は軽くなるのが、第３ステップ「割り切り、または、あきらめ」の段階である。同時に、

認知症の人のケアを通じて、またさまざまな情報や経験によって、次第に認知症ケアに精通していく。さらに、社会・医療・福祉からある程度の援助があれば病院や施設に預けずに家庭でケアしようという気持ちになっていく。ただし、認知症が進行してより多彩な症状を呈してくるのもこの時期である。ある問題行動が終わってホッとしていたら、また新たな症状がはじまり、ケア者が再び『混乱・怒り・拒絶』の第２ステップに逆戻りすることもしばしば見られますので、落ち着いた対応が必要である。

ｄ．第４ステップ　受容

◇認知症に対する理解が深まって、認知症の人の心理をケア者自身が考えなくてもわかるまでになる。

◇認知症である家族のあるがままを受け入れられるようになる時期。

認知症に対する理解が深まって、認知症の人の心理を自分自身に投影できるようになり、あるがままのその人を家族の一員として受け入れることが出来るようになる段階が、第４ステップ『受容』である。介護者の老人を見る目が、第１ステップ、第２ステップではできなくなった点や異常な言動にばかり向いていたのが､第４ステップでは残された能力や優しい表情などの良い点に向くようになる。認知症の症状を含めて家族の一員としてあるがままを受け入れていく姿は認知症ケアという厳しい経験を通じてケア者が人間的に成長を遂げた証といえるかもしれない。

ｅ．心理的ステップと認知症の理解の深さとの関係

４つのステップの特徴を、認知症の理解という観点から考えると、それぞれのステップでの質的な変化をみることができる。

認知症の症状は､第１ステップでは､「奇妙で不可解で縁遠いもの」､第２ステップでは「異常で困惑させられる行動の連続」であり､第３の『割り切り､または､あきらめ』の段階になると､「年をとってきたためのやむを得ない現象」としてとらえるようになる。第４ステップの「受容」の段階では､「いろいろな症状を示す本人の気持ちが良くわかる。自分もいつか認知症になるかもしれないので､その時のことを考えて、一生懸命ケアしてあげた」と言えるような「人間的、人格的理解」がなされるようになっていくのでる。つまり､認知症の理解の深さが､認知症の人とケア者との関係を質的に変化させるのである。認知症の理解と援助の輪という要因に影響されてたどる心理的ステップのどの位置にいるかによって、認知症によって引き起こされる家族の混乱は軽くにも、重くにもなる。第１ステップ、第２ステップを早く、そして混乱のできるだけ少ない状態で送らせてあげて、第３ステップの『割り切り』、第４ステップの『受容』段階にもっていくといのが認知症の家族に対する社会からの援助の基本的な意味である。

家族にとって認知症という病を受けとめることは、様々な情報や知識を見聞し

ていたとき、とどまるところのないつらい体験である。愛する家族が今までにない様子や理解のできない行動をする姿に、戸惑いと同時に、いったい何が起きているのだろうか。この先どうなっていくのだろうかとう不安が募り、家族への支援は認知症の人への支援につながる。家族がなんでも気軽に話しやすい支援者になれるよう、気持ちに寄り添える支援が必要である。

【引用・参考文献】

・『人間関係の心理と臨床』．秋山俊夫・鶴元春・上野徳美．北大路書房．１９９５年
年
・『タクティール®ケア入門』．タクティールケア普及を考える会．日経ＢＰコンサルティング．２０１０年
・『私たちの認知症』．グスタフ・ストランデル．幻冬舎．２００９年
・『利用者が自分らしく豊かに生活するためのケアマネジメント』．一般社団法人日本ケア支援専門員協会．２０１２年
・『高齢者とのコミュニケーション　利用者とのかかわりを自らの力に変えていく』 野村豊子．中央法規　２０１４年
・『認知症サポーター養成講座標準教材　杉山孝博編参照』全国キャラバン・メイト連絡協議会
・『新・ケア福祉士養成講座　９　ケア過程』．ケア福祉士養成講座編集委員会．中央法規
・『新・ケア福祉士養成講座　１２　認知症の理解』．ケア福祉士養成講座編集委員会．中央法規
・『「認知症を知ろう！！」テキスト』．岸和田市認知症支援ネットワーク会議．２０１２年
・『認知症サポーター養成講座標準教材』．全国キャラバン・メイト連絡協議会．２０１３年
・『認知症の人を知る』．加藤伸司．ワールドプランニング．２０１４年
・『ＢＰＳＤの理解と対応』．日本認知症ケア学会．ワールドプランニング．２０１１年
・『よくわかる認知症Ｑ＆Ａ』．遠藤英俊．中央法規．２０１２年
・『図説　ケアチーム』．野中猛．中央法規
・『ケア関係者のためのチームアプローチ』．日本認知症ケア学会監修．ワールドプランニング
・公認日本バリデーション協会．ホームページ
・NPO 法人その人を中心とした認知症ケアを考える会．ホームページ
・厚生労働省．ホームページ
・内閣府．ホームページ

（グスタフ・ストランデル、北島学、勢司博之）

第４章　事例

第１節　症状別対応

Ｉ．家族の顔がわからなくなってきました。

藤井浩一郎さん（仮名８０歳）は最近、同居している家族の顔がわからなくなっているようです。

一生懸命、介護をしている家族の顔が判別できず名前を言ってもわからないというような表情をします。息子や娘、かわいがっていた孫のことも理解できない様子で、家族は悲しく感じることがある。

１）認知症の人の状態・気持ち

認知症の後期になると、最近の記憶だけでなく、過去の記憶も失われていきます。（第１・記憶障害に関する法則）。

最初は、家族の名前や続柄などがわかなくなるようですが、次第に一緒に住んでいる家族の顔も判別できなくなることがある。家族にとってはつらいことですが、おそらく本人も心細く、不安に感じていると思われます。

また、言葉も不自由になるので、会話も難しい状態になる。会話も難しい状態になる。語彙が減り、脈絡のない単語だけを口にする場合もある。

このような状態になっても家族は認知症の人に寄り添って「いつもでも一緒にいるよ」「私たちは、あなたがいてくれるだけで幸せなのですよ」ということを伝え続けることが大切です。

２）対応例

・わからなくなった場合でも、初めの頃は、思い出すこともある。（第４・まだら症状の法則）。ただし、記憶の逆行性喪失の特徴により、若い頃の自分に戻ってしまっている人が多いのです。〝自分の子供まだ１０歳、〝妻は３０歳だ、と現在の状態がわからなくなっているのは、認知症のごく自然なことだと受け止めていただきたいと思いる。
・会話によるコミュニケーションが難しくなったときには、表情や身体に触れるコミュニケーションをしてみましょう。不安そうにしているときは、手をにぎって微笑んだり、肩に優しく手を置いたりするとよいでしょう。
・会話をして、すぐに反応がなかったとしても、諦めずに、繰り返し言葉をかけて下さい。反応のなかった認知症の人が、ふっと一言、言葉を発することがある。ときには、相手のことを明らかにわかっているように語る人もいる。
・たとえ言葉を出さなくても、感謝の気持ちを伝えようとしていることがある。目が合ったときに認知症の人が微笑んでいたら、微笑み返すとよいでしょう。
・認知症の症状が強く対応することが難しくなってきた場合には、特別養護老人ホーム

の入所についても検討するようにしましょう。希望する施設等がある場合は、事前に資料をもらったり、見学したりして、現状を知っておくことをおすすめします。

Ⅱ．実際にないものが見えると言われる。

「大きな犬が吠えている！」「おじいちゃん、何もいませんよ」。「うわっ。こっちに飛びかかろうとしているじゃないか！」。三村幸太郎さん（仮名７５歳）は時々、実際はそこにはいない物が見えるようです。ある日は、部屋の天井を指して「犬がこちらを見ている」と言い出しましたが、そこには何もいません。

１）認知症の人の状態・気持ち

現実にはないものが見える「幻視」は、認知症のなかでも、神経細胞にレビー小体という特殊な物質が沈着して起こる。レビー小体型認知症に多い症状です。脳の後頭葉という場所にある視覚野が障害され、何もなくても見えていると認識してしまいる。

レビー小体型認知症患者の約２０％を占めていて、パーキンソン病のような手足の震えや歩行障害、うつ病のような症状がある。

レビー小体型認知症による幻視は立体的で、リアルで、「亡くなった人や昔の知り合いなどが訪ねてきた」「部屋の中にヘビがはっている」などと言ったり「すでに亡くなっている母が話しかけてきた」などと、幻聴が伴うこともある。日や時間によって症状の重さが異なる〝日内変動〟が激しいのも特徴です。幻視や錯視（見間違い）になるとは、レビー小体型以外の認知症でも起こることがある。意識が混濁するせん妄になると、幻視はとくに起こりやすくなる。また、家具や置物などを人や関係のない物と見間違うこともある。

２）対応策

・レビー小体型認知症は、アルツハイマー型認知症やパーキンソン病、うつ病などと診断されることが少なくありません。治療に効果が感じられない場合は、医師に相談しましょう。パーキンソン病のような症状が出るとつまずきやすくなるので、転倒にも注意しましょう。

・幻視は周りの人には見えなくても、本人にとっては現実です。「何もいないじゃない」などと言って否定しても意味はあまり影響がなければ、「そうだね、いるね」などと話を合わせながら、自然に話題を変えるようにしましょう。

「部屋に知らない人がいる」などと言って怖がるときは、部屋の中を探して「大丈夫。もういなくなったよ」などと穏やかに言いながら、安心してもらいましょう。

・家具などの物を人などと見間違えて怖がるときは、原因となっている物を、目に入らないところに動かしましょう。

・幻視や幻聴は、加齢や病気による目や耳鼻科を受診してみましょう。

Ⅲ．何度も同じことを聞かれます

「今日は何日だ？」「５日よ」「そうか」。しばらくするとまた、「今日は何日だっけ？」「５日よ」「そうか……」。

また、１０分もすると「今日は何日か？」「何度同じ事聞くのよ？５日ですってば！」青木久雄（仮名７７歳）さんは、同じ質問を１日何度となく繰り返します。とくに、日時や曜日を聞く事が多いですが、ときには、すでに亡くなった友人のことを「山野さんが死んだなんて知らなかった、なんで知らせてくれなかったんだ……」などということもある。

妻の芳江さんは、認知症だから仕方がないと思って、繰り返し答えているが、さすがに１日に１０回も同じ事を聞かれると、イライラしてストレスが溜ります。

１）認知症の人の状態・気持ち

見たり聞いたり、行ったり、体験したことを思い出す能力を記名力と言い、認知症になると、この記銘力が低下します（第１・記憶障害に関する法則）。そのため、同じことを何十回と繰り返しても、その都度忘れて、初めてのつもりで同じことを聞きます。

また、認知症になると、時間や場所、人物の見当をつけ、自分の状況を理解する能力である〝見当意識障害〟も起こります。とくに、最初に時間の見当意識が不正解になりやすく、何年なのか、何日か、何曜日か、何時か、などといったことを繰り返すようになる。

その後、進行すると、自分が今いる場所がどこなのかわからなくなったり、よく知っているはずの人がわからなくなるということも起こります。

また、話した内容だけでなく、話をしたという事実そのものを忘れます。認知症の人は、あくまでも毎回初めてのつもりで話しているので、「さっきも言ったでしょう」「同じことを聞かないで」と指摘しても、意味のないことです。都度、対応するようにしてください。

２）対応策

・今日は何日で何曜日という、認知症の人が必要としている情報を伝えることは、本人が自分の状況を把握して、安心することに繋がります。
　たとえすぐに忘れたとしても、根気よく、何度でも同じ返事を繰り返すようにしましょう。
・二度三度なら我慢するとしても、何度も同じ事を繰り返して答えるのは、時には、耐えがたくなることもあるでしょう。そんなときは、「そうそう、さっきテレビで○○のことを言っていたよ」など、話題をそらしてみましょう。
・ストレスが溜まってしまう場合は、認知症の人の側を離れて気持ちを落ち着かせることが必要です。ほかの家族に、対応を代ってもらうことを考えましょう。介護は、一人で抱えるのではなく、家族みんなで協力しあい、分担することが大事です。

・介護保険が利用できるなら、一週間に一度でも、デイサービスを利用するのも一つの方法です。認知症の人が家にいない間､リフレッシュして気分転換をはかりましょう。

（肥後義道）

第２節

Ⅰ．高齢者施設での事例

１）事例１　排泄ケアを通した個別ケア

Ａさん、重度の認知症で、ご入居前は、ほとんど寝たきりの生活をされていたとのこと。ご入居当初は、表情もあまりなく、排泄のコントロールもできない状態で、寝たきりの生活から離れる意欲も薄いようでした。そんなＡさんに変化が現れたのは、排泄ケア実施後からである。詳細な記録により、Ａさんの排泄のリズムをつかみ、最初のうちは、抱きかかえるようにトイレへお連れし､「ご自分でできた」という実感を積み重ねていただくプランを実施。しばらくすると、Ａさんは、ご自身でトイレに行く意志を伝えてくださるようになる。さらに、歩行器を使用して、施設内を歩けるようになり、最終的には、ほぼ介助なしで、トイレはもちろんのこと、お散歩にまで行けるようになられました。ケア職員に付き添われて、お散歩に向かうさん。介助もほとんど必要ないほど、その足取りは、しっかりとされ、ご自分の歩む先を見つめる瞳にも、力強さが戻ってきているように思えるほど。その人を中心としたケアをすることが大切である。

２）事例２　本人にとっての意味とは

Ｂさん、血糖値が高くカロリー制限がある方。Ｂさんは、いつも穏やかにリハビリに励み、入居してから歩けるようになり、リハビリパンツも卒業した努力をする方です。ある日、Ｂさんの心のブレーキがはずれたように怒りの言葉が溢れました。

「俺は糖尿病ではない。そんなうるさいこと言わないでくれ。俺はもう死んでもいいんだ。」

病院であれば看護師がＢさんの晩酌を認める事はありません。しかし、施設はその方にとって生活の場。「ビールが飲みたいし、食べたいものは食べたいんだ」

施設スタッフはこの思いをどうすればいいのか、これからも元気で楽しく生きていただく為にはどうしたらよいか。そのためにＢさんの何を大切にするべきなのか。介護の場面ではしばしば、利用者と心の壁を乗り越えられない事があります。大切なことは、本人の意向を知ること、本人にとって意味ある事を知り、かかわるスタッフが共有していくことである。Ｂさんを交え、ケアマネ、食事スタッフ、ケア職員、看護師と担当者会議を実施。Ｂさんの意向は､「お孫さんの花嫁姿を見たい」。最期までＢさんらしく施設を我が家として暮らして頂き、夢でもあるお孫さんの花嫁姿を見ていただけるようにサポートすることである。Ｂさんは、食事や飲酒制限に理解をしめし、約１カ月後、Ｂさんの血糖値は劇的に安定していきました。日常生活とそのためのケアが本人にとって

意味のあることかどうか。常にその人らしさを確認する事が大切である。

3）事例3　ターミナルケアとスピリチュアルケア

Cさん、女性「膵臓がん多発肝移転」余命宣告を受けている。施設にご主人とともにご入居、余命を享受しながらも、希望を持って日々を送っていました。音楽がお好きで、楽器の演奏を楽しまれ、富士山が見える窓辺にお連れすると、いつもうれしそうに眺めていました。「富士山が見える！私、富士山が大好き。見ているとパワーをもらえる気がするの。 もう少しがんばれそうな気がするわ」。Cさんがターミナル期を迎え、Cさんの担当ケアチームは、人生の最期をどのように過ごすか、人生をどう生き抜くか、どのように逝きたいかを共に話合いました。症状は腹水がたまり、体が重く、痛みで身の置き場ない様子。手のタクティールケアを施し、背中を強めにさすると安心と苦痛の軽減が見られた。また、お好きなものを食べていただこうと、「Cさんダイアリー」を作り、食べたいもの、食べられたものを毎日記録して、チームで共有。「食べることは、生きること」、できるかぎりご自分で食べていただこうと、食事スタッフも、Cさんダイアリーに沿って、旬の果物や、お気に入りの海苔巻きを作ったり、味わう喜びを感じていただく。最期には、大好きなイチゴのしぼり汁を、味わっていただく。亡くなる直前、好きな音楽演奏で、Cさんの大好きな曲「夜霧よ今夜もありがとう」を奏で、ご家族と共に歌う、すると、喘ぐような呼吸が落ち着き、口から流れる血も軽減、穏やかな表情になられた。家族が「母さんの好きな歌聞こえているんだね」と、繰り返し「夜霧よ今夜もありがとう」を家族と一緒に歌うことができた。Cさんのターミナルケアでは、死に直面した本人、家族に対して身体的だけでなく、スピリチュアルな問題に関しても配慮することが必要である。

4）事例4　コミュニケーションからはじまる、「自分らしさ」へのアプローチ

Dさん、認知症症状と難聴があり、耳が遠く、私たちからかける言葉の意味も今の状況も、あまり理解できない様子。基本的なコミュニケーションが取れないため、苛立ちが募って興奮状態になり、ケア職員に大きな声を上げる事もしばしばでした。そして、長年勤めた会社での生活が、心の中で続いているようで、ケア職員を呼んでは「あの件はどうなった？」「あそこはどうなっている？」と仕事の進捗の心配をされるような言動が見受けられました。Dさんに施設での新しい生活を楽しく穏やかに過ごしていただけるように、何とかコミュニケーションをとりたいと考えました。カンファレンスも幾度となく話し合い、Dさんと接した際の情報を交換・共有しました。ボディランゲージから筆談へ、筆談の次は、筆談してその内容をその場で言葉で復唱…と、スタッフで歩調を合わせ、繰り返しながら少しずつコミュニケーションの方法を深めていく。声が聞き取りやすい顔の位置、距離、声の大きさ、そしてDさんの行動パターンによる声掛けのタイミングがわかるようになると、会話が成り立つようになってきました。

会話ができるようになったら、今度はＤさんのお話に乗りながら現状をお伝えし、過去から現在へ記憶をつなげていけるよう、ゆっくりと根気強くコミュニケーションを取り続けました。Ｄさんに「わたしたちのなかのあなた」として接するのでなく、ケア職員が「あなたのなかのわたし」を演じます。Ｄさんのいらだちの原因であるコミュニケーション不全が解消されていくにつれ、穏やかな会話をされるようになっただけでなく、今の状況を理解する事ができるようになりました。

コミュニケーションが取れるようになった結果、Ｄさんより「僕は音楽が大好きでね。マンドリンを中学の頃習っていたんだよ」と笑顔でお話される。Ｄさんが大好きな音楽を楽しんでいただけるように、昔話に注意深く耳を傾け、過去の紐解きをして、お話しの中に出てきた音楽が、Ｄさんの側にある状況を作り出すようにしました。テレビで歌番組を見ていただいたり、懐かしい曲のCDを聴いていただいたり、ウクレレの伴奏をお願いしてＤさんのお好きな「上を向いて歩こう」を一緒に歌ったり…そうするうちに、ウクレレを指して「これいくら？どこか習うとこありますか？」とスタッフにお尋ねるように。ご本人からやりたいと思う気持ちが沸きあがってきました。Ｄさんの音楽に対するお気持ちをもっと盛り上げるために、音楽療法へお誘いし、楽器演奏をお勧めしました。初めは他の方の演奏するギターに合わせてお歌いになるだけでしたが、音楽療法の練習がある度にお勧めし、施設職員がサポートして一緒に弾いているうちに、次第にお一人で活き活きと楽しまれるようになりました。帰宅願望があるので、楽器演奏が終わると「帰ります」としばしばおっしゃいますが、帰らなくていい事をお伝えすると、音楽で心が落ち着いていらっしゃるので「そう、じゃ泊まっていきます」とすんなり笑顔で返答されるようになる。

毎日の生活の手助けをすることはもちろんですが、喜びのある生活・楽しい人生をサポートするのも施設職員大切なケアである。過去の紐解きは、そうした未来の生活を作る情報の源である。自分が本当に望んでいることは、自分にしかわからない。「その人らしさ」をとらえることの重要である。

５）事例５　多職種連携によるＱＯＬの改善

Ａさん、男性。

８０代後半、アルツハイマー型認知症、認知症日常生活自立度Ⅲｂ、要介護３。

高齢者施設において認知症の方をケアしていくうえで、多職種連携は必要不可欠である。施設においても本人を中心として家族やケア職員、その他の専門職がひとつになってアプローチをしていかなければならない。Ｅさんは、アルツハイマー型認知症である。どうにか認知症の進行を遅らせることが出来ないか試行錯誤していた中で、鍼灸との出会いがあった。

施設での鍼灸導入にあたり、まずは、鍼灸師より施設職員に東洋医学と鍼灸に関する研修会を実施し、東洋医学に関する基本的な知識の構築から取り組みを行った。その後

に、ご家族に対して東洋医学に関する知識提供を行い、鍼灸治療に関心を寄せてくれたのが、Aさんの娘さんであった。スムーズに鍼灸治療が行えるよう、看護師とケア職員が毎回立会い、鍼灸治療後の様子を施術の前日までに鍼灸師に報告することを決め、連携の強化を施設として図った。また、娘さんも可能な限り治療の日は同席してもらうようお願いをし、鍼灸師も最初から施術をするのではなく、まずは、信頼関係の構築から図り、数回の面談の後、鍼施術を開始。

本人を中心として多職種が連携をとりながら施術を行うことより、Eさんの生活の中で鍼灸が新しい生活の一部となっていった。認知症の方にとって新しい試みが生活の一部となることは、日常の生活の改善に繋がり、それは生活の質の向上に繋がったと考える。週1回の施術であるが、その時間がEさんにとって心地よい習慣になっていることは、施術中や施術後のEさんの表情を見ると明らかである。中核症状やＢＰＳＤに対しての主だった変化は見られないが、逆に主だった変化がないのはむしろ喜ばしいことではないか。多職種が連携をしていく上で重要なことは、各々の役割を明確にし、その上で情報共有をしながら、継続していくことである。今回の事例はAさんの生活暦を一番把握している家族が同席しEさんに対して安心感をあたえる、そして看護師が医療的な視点からEさんを確認、ケア職員はEさんの日常生活を確認し、そして鍼灸師は東洋医学の立場からアプローチした。情報が途絶えることなく、Eさんを中心とした関わりによってEさんの生活の質が向上した一例である。

６）事例６　より良く生きる

Fさん末期がん。入院前、「私、元気になって施設へ帰って、満開の桜が見たいの。そして、ずっと行きたかったテーマパークに行きたいわ」と話していた。無事手術を終え退院後、満開の桜並木を散歩されるFさんの嬉しそうなご様子を見ながら、本人が望むテーマパークへの外出プランの実施に。Fさんの体調は日々落ちてきている。体調の情報を共有し、天候を調べ、タイミングを見ながら、何度か主治医に相談。外出中に急変がある事も医師から話しがあり、本人・家族の願いから医師・看護・介護で検討を重ねる。主治医より了解が出ると、薬・体温調節用衣類等・酸素ボンベ・救急用グッズ等万全の体制。ケア職員と看護師が同行し実施。その日は天候にも恵まれ、テーマパークに外出。活気のなかった、Fさんも、満面の笑顔でその日を過ごす。

ターミナル期に入られ、日々眠っておられる時間が増えてきたFさんに、スタッフができるだけお部屋を訪問し、テーマパークのCDをかけたり、キャラクターのまねをしながら話しかける。その後Fさんは穏やかに死を迎えました。

「死を迎えるまで積極的に生きていけるよう支える」、そのために専門職が連携を取ることが大切である。

７）事例７　パーソンセンタードケアの実践

Ｂさん、女性。

８０代後半、アルツハイマー型認知症、認知症日常生活自立度Ⅳ、要介護４。

病院から退院されたＧさんは日常生活動作（ＡＤＬ）の低下に伴い、食事をほとんど摂取することが出来なくなっており、入院中はシリンジ（注射器）にミキサー食を注入し、食事を摂取されており、退院後もしばらくは、同じように食事介助を行なっていた。この食事支援のあり方が、Ｇさんにとって最良のケアと言えるのか、ケア職員が疑問を持ちミーティングを実施。

「人は、誰しも自分でおいしく食事を食べたい欲求がある。そう考えたとき、Ｇさんのニーズを満たしたケアサービスを提供できていない」それが、ミーティングで話し合われた結論であった。Ｇさんに最良のケアサービスを提供するためにどうすればいいのか、「シリンジでの食事を中止するべきではないか」、「食事を摂取することが出来ていない中で、栄養がとれないことは命に関わる問題である」等様々な意見が出る中で、まずは、１５分はシリンジ、その後はスプーンで介助を行う食事介助に変更。また、専門職（言語聴覚士）による評価を受け、嚥下の状態が良くなるようにアイスマッサージを継続実施していくこととした。

Ｇさんに「飲み込む力」と「味わう喜び」を取り戻していただくための取り組みは、徐々に結果となって現れ、丁度１ヶ月が経過したときには、ミキサー食の半分をスプーンで食べることができ、半年後には、全量スプーンで摂取することができるようになった。

認知症の方を中心にして考えることで、ケア職員の都合で支援するのではなく、その方の尊厳を尊重するケア「パーソンセンタードケア」を、チームケアで実践することが必要である。

８）事例８　なじみの関係と環境

Ｈさん 65 才、精神疾患で長い間病院生活を送っていた。Ｈさんは、入所当初、笑顔がなくいつも不安なご様子。今までの孤独感からか、誰かが側にいないと安心が出来ない方。夕方になると必ず事務所に来られ、しばらく事務員が話を聞くことも度々。他の入居者よりとても若いので、ずっと職員に気にかけてほしい様子がうかがえました。身寄りがなく、友人がせめて病院生活ではなく、「通常の生活を」と希望され施設へ入所。Ｈさんのお気持ちにできるかぎり応えようと、個別の時間を設けて、かかわる時間を作り、話にじっくり耳をかたむけたり、タクティールケアをしたり、かけがえのない存在であることを伝える個別の時間を作業をすることで、次第に心を開くようになり、外出ツアーでは、笑顔を見せてくださるようになる。その後、がんの宣告を受けられ、治療を続けながらの施設生活。「元気になったら、友人や職員と一緒に出かけたい」という目標を持ち、施設での生活を続ける。高齢でも、障害でも、出来かぎり自立して生きた

いと思うもの。孤独にしないことが、本人にとって、自分が好きな、なじみの環境で暮らす事が、自立につながる関りである。

Ⅱ．在宅での事例

１）認知症独居の方への関り

Ｄさん、女性。

８０代後半、アルツハイマー型認知症、要介護１。

Ｉさん独居。郵便物がたまっていたり、ゴミだしができなくなっていたり、近隣地域からの通報から、民生員、地域包括支援センターが介入後、ケアマネジャーが担当した事例である。本人に認知症状の自覚なく、訪問も度々断れる。ご家族・ご親族が遠方のため連絡が取りづらく、支援が得られにくい。関係も疎遠な為ご親族と連携がなかなか取れず、金銭を伴った生活の見直しができない。ゴミが散乱し、エアコン、お食事のサービス、具合が悪くなった際の通院…暑い夏を前に、健康管理に問題あり。ご親族に電話をかけながら、Ｉさんのご自宅へ毎日通う対応を行なう。毎日Ｉさんに「あんたは誰だ？」と言われ、怒られて帰ってきます。認知症ですから当然の事であり、その中でコミュニケーションを取るきっかけを探すため、行く時間を変えてみたり、２人で行ってみたり、話しかける内容を変えてみたりと工夫を行なった。

拒否されながらも、毎日通うことで、徐々に関係を作り、頃あいを見て、生活環境を整える新たな一歩として、ご家族やヘルパーと協力してゴミ捨てを敢行。ゴミの片付けの時に、お風呂が壊れていた事が判明。ご本人は前々から「お風呂には入っていますから大丈夫」とおっしゃっていたのですが…。Ｉさんの生活環境がわかり、適切なサービス導入が検討されるようになりました。Ｉさんと少しずつ会話ができるようになってきたある日、いつものようにご親族に連絡をした際に「電話をしたら『熱があってだるいから今日は来なくていい』と言われた」とのお話しが気になりました。駆け付けると、Ｉさんは暑さで軽い脱水症状を起こしていました。ご親族も急ぎお呼びし、薬の購入の許可をいただき応急処置。これをきっかけに、Ｉさん、ご親族と、ケアマネジャーの距離がぐっと縮まりました。その後は「お風呂へ行きましょう！」と声掛けして、市内のデイサービス・ショートステイ利用開始。" 暮らしを整える " 段階から、" 人らしい生活 " へ。ご親族と、この先Ｄさんの生活をどうするかという話ができるようになってきました。年が明けて、ショートステイ先のかかりつけの先生から、「体の痛みを訴えています。転倒されたのでは？入院して検査しましょう。」とご指示をいただき、入院して精密検査。貧血で、腎臓が良くない事が数値ではっきりと分かり、ご親族が有料老人ホームへのご入居を決意されました。

そして、ご親族の住まいから近い地域に有料老人ホームが見つかり、Ｉさんはご親族に付き添われご入居されたのでした。

ケアマネジャーは、利用者ご本人から聞き取った内容でケアプランを立て、その人が

必要としているサービスとつなげるのが仕事です。都度に応じた細かなケアプランの見直しで、よりよいサービス、生活の質を上げるマネジメントを実施します。今事例のように、ご本人、ご親族や地域と連携が取れ、サービスへつながるケースばかりではありません。地域やかかわる周囲の方々の気づかいが、認知症独居の高齢者を守る事が大切である。

（北島学、勢司博之）

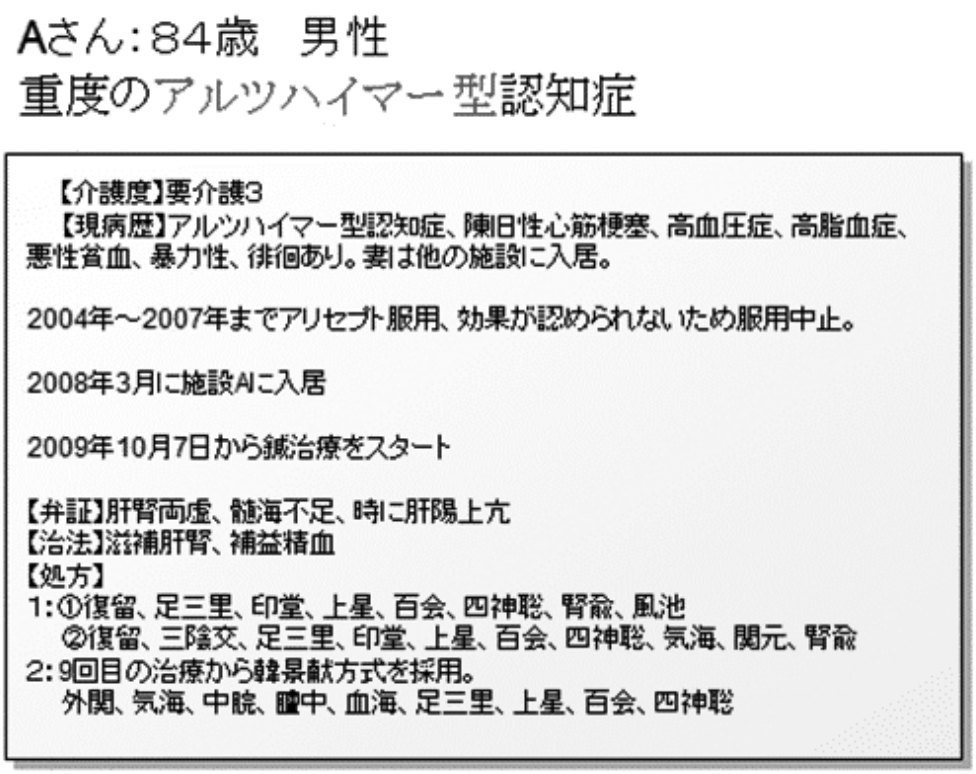
第３節

Ⅰ．鍼灸医学との連携による事例報告

２００９年１０月からアルツハイマーを患っているご入居者１名、および軽度認知障害が疑われるご入居者２名に対して施設連携、家族連携のもとで１１ヶ月にわたり、週1回の往診による鍼治療を行いました。施設のスタッフが行った「タッチパネル」というMMSEの簡易的な認知機能測定機械により得られた結果を報告します。この検査は１５点満点となっており、１３点が境界域、１２点以下は認知機能の低下が疑われます。

＊以下の事例報告は、２０１０年の日本中医学会にて発表した「施設連携・家族連携による認知症の方への鍼灸治療によるサポート」原稿の一部を加筆修正しております。

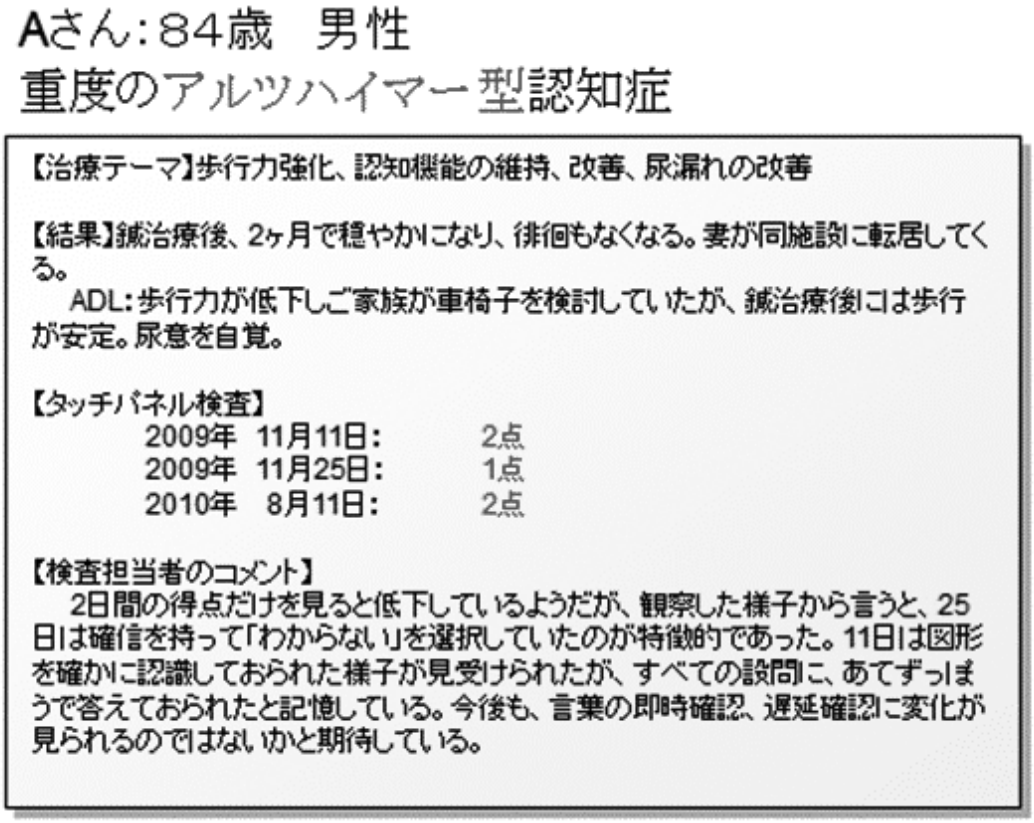
1）事例報告Ａさん



Ａさんはアルツハイマー型認知症と診断され、２００４年から２００７年までアリセプトを服用しましたが、効果が認められないため服用を中止しています。２００８年に施設Ａに入所され、２００９年１０月７日から鍼治療をスタートしました。

暴力性、徘徊がある。歩行力がかなり低下しているので、転倒のリスクを回避するためご家族は車椅子を検討されていた。

肝腎両虚、髄海不足、時に肝陽上亢と弁証し、滋補肝腎、補益精血をはかることとした。治療テーマを歩行力強化、認知機能の維持、改善、尿漏れの改善として治療を行った。鍼治療後、２ヶ月で穏やかになり、徘徊もなくなる。暴力性がなくなったことで妻が同施設に転居してこられました。ADL の面では、歩行力が安定し、尿意も自覚できるようになった。



施設のスタッフが行ったタッチパネルの検査結果は、２００９年１１月１１日が２点、１１月２５日が１点、２０１０年８月１１日が２点であった。

認知機能の面では改善が認められなかったが、行動・心理症状の改善と ADL の改善が認められている。

また８月１１日のタッチパネルの検査担当者から新しいコメントを先日いただきましたので紹介させていただきます。

「集中力はあったのですが、第１問の３つの言葉の記憶は残念ながら、前回の平均より落ちています。しかし図形認識１については、立方体をはっきりと認識されて、自信をもって選ばれていました。図形認識２の三角柱については、迷ったのち三角錐と誤認されました。なお日時の見当識の１点は曜日ですので、誤差の範囲内です。前回より、比較的操作に集中されておられたことが、印象的でした。また混乱がありませんでした。私の個人的な評価は、約１１ヶ月身体状況は改善し、認知症は進行が食い止められ、情動面は穏やかになり改善がみられたということになろうかと思います。」との報告をいただきました。

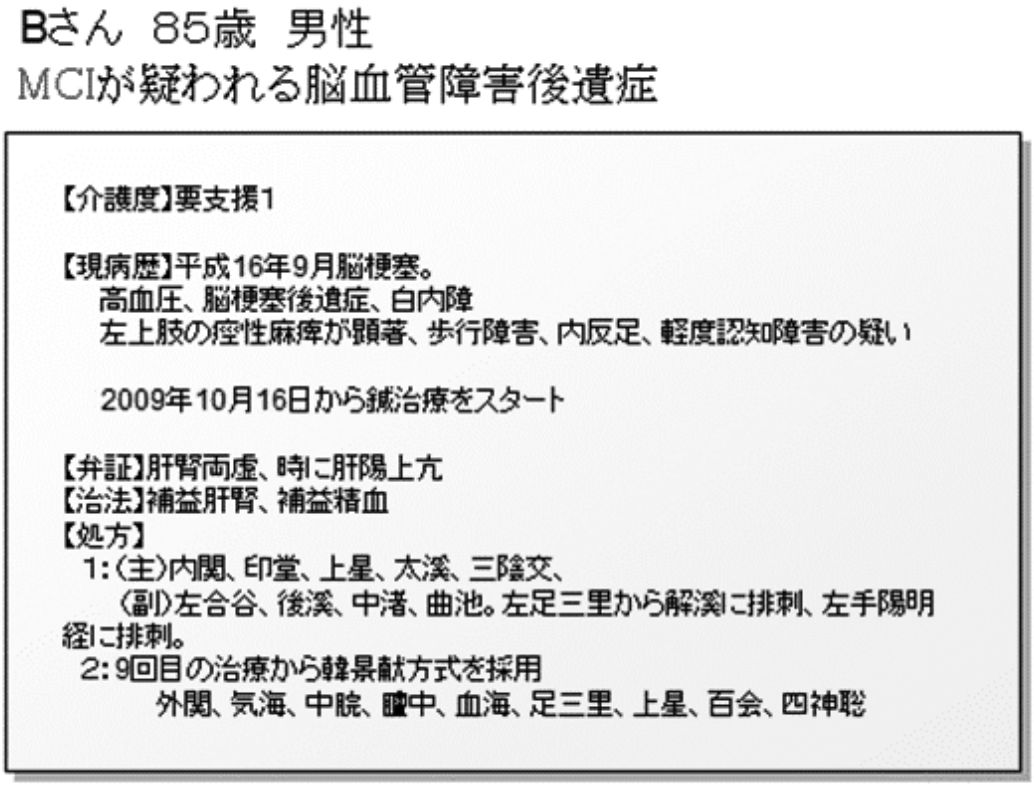
Aさん：84歳　男性
重度のアルツハイマー型認知症

【施設の観察記録】

日付	コメント
5月18日	時々足の突っかかり、痛みが見られます。
5月25日	足の突っかかり、廊下の歩行時に不安定さを感じます。
6月1日	廊下の行き来は多いです。他の新入居者と一緒に談話室で過ごされています。
6月8日	午前中の暖気の声えが時々聞かれます。普段どおり談話室にて会話し過ごされています。
6月15日	歩行時の足のつかえが見られます。ご本人は痛くは痛いが重いと仰る
6月22日	足のつかえは変わらず見られます。時々お互いを新夫婦のように思われ、関わるご入居者(認知症を患う女性)がいますが、口論される様子が見られます。
6月29日	歩く際につんのめるような様子が見られます。居室にて、ベッド上、トイレ周りにて尿汚染されることありました。かわらず、穏やかでおられます。
7月6日	つんのめる歩行は続きます。終日穏やか。
7月13日	談話室前の椅子で頭を抱み崖って過ごすことが多い。
7月20日	7月21日17時、嘔吐多量にあり、救急で受診するが、改善し、帰所。翌日食欲不振続くも、24日、全量食べられるまで回復。
7月27日	徐々に食欲回復し、体調も戻りました。
8月3日	以前のように、食事10割すくに摂取すること多く、ゆっくり食べられるようになっています。
8月10日	うとうとと、椅子の上でお休みの日が多く見受けられます。
8月18日	夜間、至通して3時間ずつ、食ては起きての繰り返しのように思われます。

このスライドは日常の生活の様子を施設スタッフが観察した記録です。施設との連携により定期的にこういった情報が時系列的に入手できることは、治療を組み立てる上で非常に役に立ちます。

２）事例報告Ｂさん



Ｂさんは MCI(軽度認知障害) が疑われる脳血管障害後遺症のあるご入居者です。左上肢の痙性マヒが顕著、内反足があり歩行障害が見られました。弁証は肝腎両虚、時に肝陽上亢、治法は補益肝腎、補益精血として治療を行いました。実際は小醒脳開竅法＋補益肝腎の強化をベースとし、さらに ADL の改善を同時にはかりました。

Bさん 85歳 男性
MCIが疑われる脳血管障害後遺症

【治療テーマ】歩行障害、内反足、上肢痙性麻痺の改善、尿漏れの改善、
認知機能の改善、ADLの改善。
自力歩行が可能、左肩関節可動域の大幅な改善、尿失禁の消失。

【タッチパネル検査】
2009年11月11日：　10点
「言葉の即時確認」、「言葉の遅延確認」、「日時見当識」、「図形認識」
にそれぞれ1点ないし2点の減点があり。

2009年11月25日：　13点
「日時見当識」に2点の減点。
観察では答える反応の速さ、的確さを見ることができた。

2010年8月10日：　10点
ただし、「3つの単語の記憶」のところで、聞き違いによる2点減点。
「図形問題」は、完璧。
「今日の日付」を落としていた。
2010年 11月5日：　13点

治療のテーマは歩行障害、内反足、左上肢痙性マヒの改善、尿漏れの改善、認知機能の改善としました。２ヶ月の治療で ADL が改善し、自力歩行が可能となり、左肩関節可動域が大幅に改善し、尿失禁にも一定の改善が見られました。

タッチパネルの検査結果は、２００９年１１月１１日が１０点、１１月２５日が１３点、２０１０年８月１０日が１０点、２０１０年１１月５日が１３点であった。タッチパネル検査では認知機能の維持が認められた。B さんからは鍼治療により「思いだしが早くなった」とのコメントをいただいている。

Bさん 85歳 男性
MCIが疑われる脳血管障害後遺症

【ご入居者感想】思い出しが早くなった。

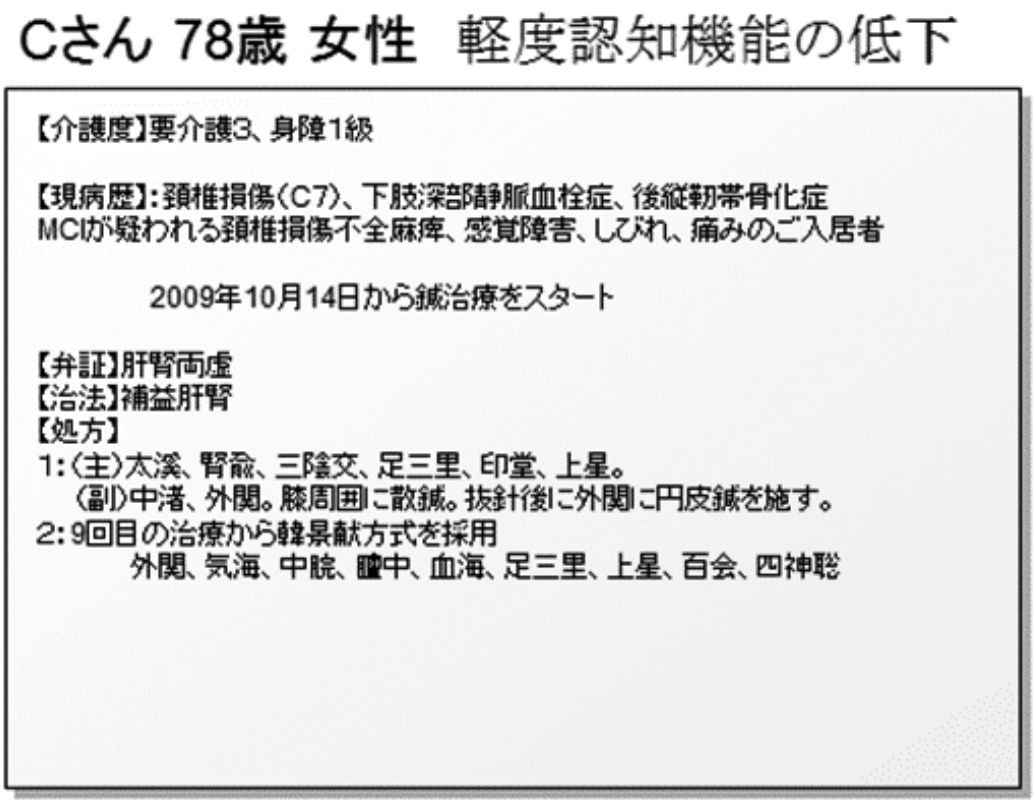
【施設の観察記録】:

日付	コメント
5月18日	トイレの失敗見られず、室内ご自分で歩行されています。
5月25日	既所も美味しく、召し上がり食欲も有ります。
6月1日	お変わりありません。足取りもマイペースで歩行されています。
6月8日	風邪を引く事もなく、行事にも積極的
6月15日	体調は安定しているようです。お孫様が来られた時、杖で歩いておられました。
6月22日	現在、失禁は全く見られなくなりました。落ち着いて過ごしておられます。
6月29日	安定した足取りで、居室と食堂を歩かれます。
7月6日	リハビリパンツ交換時、尿失禁見られました。歩行安定。
7月13日	歩行安定。笑顔もよく見られます。
7月20日	特に大きな体調の変化なく、過ごされています。
7月27日	体調、安定しています。魅治療のあとは調子が良い様に感じます。と仰いました。
8月3日	体調、安定しています。入浴時リハビリパンツ内に排尿が多目に見られます。
8月10日	体調安定しています。食堂の行き来もご自分で行います。
8月16日	体調安定しています。歩行も安定しています。既所も美味しいと仰る

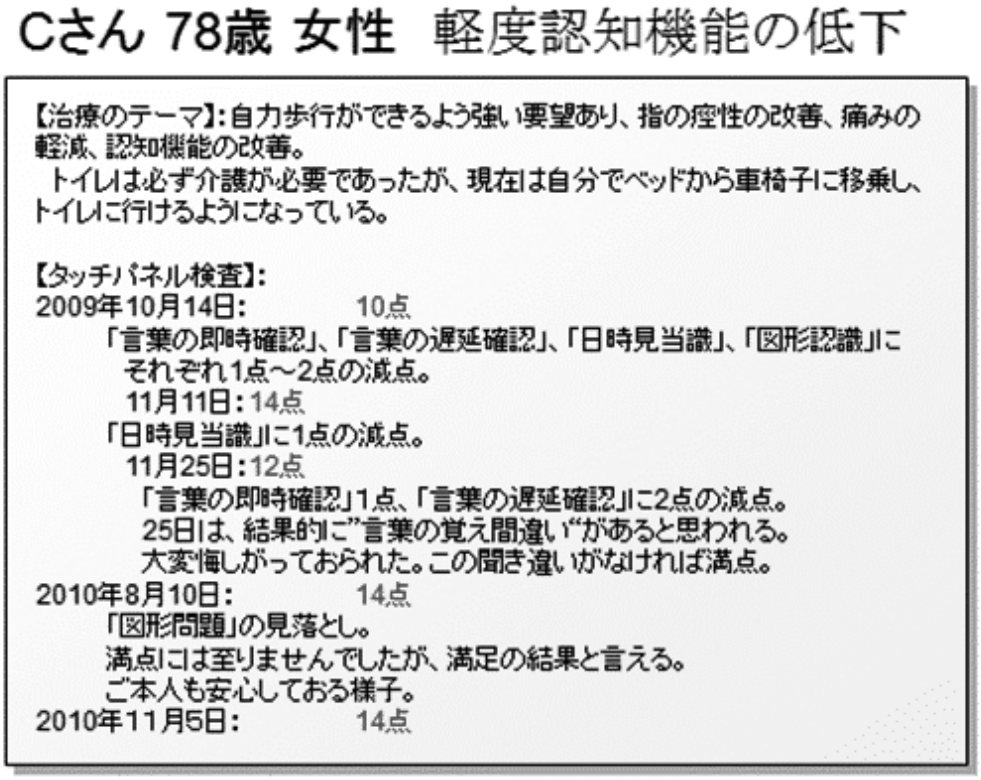
施設スタッフの観察記録からも ADL 改善の様子を知ることができました。

スライドの写真からも左上肢の ADL 改善の様子を知ることができる。衣服の着脱も自身でやりたがるなど意欲も出てきたことが良かったことだと思います。また患側の左下肢も膝をしっかりと上げて歩行が安定している様子を見ることができる。

3）事例報告 C さん



C さんは MCI が疑われる頚椎損傷 (C 7) 不全マヒ、感覚障害、しびれ、痛みを訴えられるご入居者です。２００９年１０月１４日から鍼治療をスタートしました。肝腎両虚に対して補益肝腎をはかることとしました。



治療のテーマは、自力歩行ができるよう強い要望があり、両手第４指、第５指の痙性の改善、痛みの經言、認知機能の改善をはかることとした。

治療前、ベッド上で自力による体位変換ができず、トイレは必ず介護が必要であったが、現在は自分でベッドから車椅子に移乗してトイレに行き、自分で車椅子からベッドへの移乗もできるようになっています。

タッチパネルの検査結果は、２００９年１０月１４日が１０点、１１月１１日が１４点、１１月２５日が１２点、２０１０年8月１０日は１４点、２０１０年１１月５日は１４点であった。満点にはいたらなかったが、満足の結果といえるだろう。ご本人も安心している様子でした。

Cさん 78歳 女性　軽度認知機能の低下

【ご入居者感想】：鍼治療をすると頭がすっきりする。思い出しが早くなった。

【施設の観察記録】：

日付	コメント
5月18日	気持ちも回復し、トイレの掴まり立ちも、うまくいっています
5月25日	体調も良いまま、今週も立位に安定あります。
6月1日	立ち上がりがしやすいとご本人の口から感想あり
6月8日	今週は立ち上がりの時からだがとても重いと仰る
6月15日	依然足の重さの訴えがあります。日常は穏やかにいつもの生活をされています。
6月22日	足の重さの訴えは聞かれていません。お元気に過ごされています。
6月29日	足の重さの訴えは聞かれていません。アクティブにも積極的に参加。食欲あり
7月6日	足は重くないとのこと。笑顔多い。
7月13日	御自分で、安定してトイレに行けているとの事。原理はせずに職員を呼んでくださいとお伝えしています。
7月20日	7月24日膝をひねったとの事で痛み聞かれる。また、両腿が痛いとの訴え者り、ボルタレン塗布し様子見する
7月27日	膝の左側がまだひねった痛みがあるとのこと。食堂へお一人で行き来は頑張っておられます。
8月3日	排便の乱れ、便秘があり、薬、術器で出しています。
8月10日	お通じの乱れは徐々に改善されている御様子。
8月18日	足の痛みの訴えもなく、ご自分でトイレに行かれます。

C さんは治療によって、自分のことは自分でやりたいと非常に意欲がわいてこられました。これはこれで良いのですが、我々が心配しているのは失敗して転倒するリスクがあるということです。施設側と協力しながら看護師、介護スタッフとの協力のもと、転倒のリスクをなくす努力をはかりました。施設スタッフの観察記録から、ADL の改善、認知機能の改善、意欲の向上の様子をうかがうことができます。鍼治療後に「思いだしが早くなった」とのコメントもいただきました。

・タッチパネルにより得られた結果から、認知機能についてはアルツハイマー型認知症の方には変化が見られなかった。軽度認知障害の疑いのある２名の方には一定の改善が見られた。
・鍼の施術により ADL の改善をはかることが、結果的に QOL の向上につながることができたのではないかと思われる。
・認知機能に障害のある方に対する施術は、通常の鍼治療よりも大変な労力が必要であった。施設のスタッフ、ご家族との連携があってはじめて治療が可能となるケースもあった。

（廉隅紀明、兵頭明）

第３部　鍼灸医学系

第１章　老年医学と鍼灸医学

第１節　高齢者の生理と病理の特徴

Ⅰ．陰陽の協調と失調

人体の陰陽は相対的なバランスを維持し、協調しあっている。これらのバランスの維持と協調関係は、人と自然界との間、そして人体内部において体現されている。陰と陽のどちらが多すぎても（偏勝）､少なすぎても（偏衰）､陰陽の失調となって体の調子は悪くなってしまう。人体内部における陰陽の関係は、具体的には陽気と陰精の関係によって説明されている。つまり陽気の生理活動がなければ陰精は化生されず、また陰精がなければ陽気が産生されないと考えられているのである。この陰と陽が互いに依存することができず分離してしまうと、生命活動は停止してしまうと考えられている。

老化現象は精血の減少と相関して起こるが、体内の陰陽は依然として相対的なバランスと陰陽相互の協調関係を維持することができる。ただし一般成人と比較すると、これらはレベルが低い位置で維持されている（低値安定型)。したがって、高齢者は外界の変化に対する適応能力は不足しており､陰陽バランスの安定性もかなり低いレベルとなっている。つまり一定の病因が加わると、この低レベルの陰陽バランスの安定性は破壊され、陰陽失調が発生するのである。この陰陽失調は高齢者の重要な病理であり、老化の加速および疾病罹患の重要な原因となるものである。

Ⅱ．精、気、血、津液、神の生理と変調

生命活動は､主として臓腑の機能により営まれており､臓腑が機能活動を営むためには､精、気、血、津液という体内物質と神が必要とされている。

１）精について

精には広義と狭義がある。広義の精は、人体を構成し生命活動を持続させる基本的な体内物質であり、気・血・津液・水穀の精微などがすべて含まれる。狭義の精は、腎が貯蔵する精をいう。この精には「先天の精」と「後天の精」がある。先天の精は父母の生殖の精が結合し胚胎を形成したときに生じる。先天の精は腎に貯蔵され、出生後は後天の精によって補充される。そして成長発育および生殖繁殖の基礎となる。腎精の変化が人体の成長・発育・成熟・老衰・死亡という過程を決定しているのである。

加齢に伴って陰精不足の傾向が現れるが、これは老化の特異的な病理である。この陰精不足によって五臓が衰退すると、気化異常（腎・膀胱の気化障害）や、神志異常（精神状態の障害)、諸竅不利（眼・耳・鼻・舌の機能障害）といった様々な老化に伴うトラブルが発生するようになる。

２）神について

神の意味は広く、自然界の神と人体の神に帰納することができる。そして人体の神には、広義と狭義の神がある。姿形・顔色・眼光・語声・肢体の動きなど生命活動の外的表現の広義の神と、心が主っている神志・意識・思惟という狭義の神がある。

広義の神は、先天の精気（精の働き）から化生し、後天の水穀の精微の補給の状態によって盛衰が決定する。精気（精の働き）が充実し気血が旺盛であれば、顔色や眼光に正気がある有神状態となる。また狭義の神でも精気（精の働き）が充実し気血が旺盛であれば、神志は充実し、精神・思惟活動がすこやかで旺盛となり、意志も堅強となる。このように神志の状態は、気・血・津液・精の状態や働きと密接な関係にある。

精の充実度は、脳髄の栄養状態を決定していると考えられている。高齢者では、精が不足すると髄海（脳）に影響し、そのため健忘や認知機能低下、性格の変容、精神力の低下などの精神症状が出現しやすくなる。また気血が不足すると神志の栄養状態が悪化する。

３）気について

すべての事物は、気の運動変化により産生される。また人体も気によって構成されている。腎陽の蒸騰のもとで脾胃の運化機能によって生成された水穀の精微は肺に送られ、肺が吸入した清気と合することにより気は形成される。その作用には推動・温煦・防御・固摂・気化作用の５つがある。

高齢者においては、これらの気の作用が低下傾向を示す。また古典では、「気血盛んなれば神旺となり、気血虧（不足）となれば神怯となり、気血尽きれば神亡となる」とされている。また「血なる者は、神明の気」とされている。血虚になると神怯が生じ、よく恐れるようになる。特に女性の高齢者では気血不足になるとイライラやせっかち、易怒といった症状や、理由もなく泣きわめく、笑いまくるといった精神症状が現れやすくなる。

４）血について

血は、脈中を巡行する栄養作用のある赤色の液体であり、人体を構成する成分であり、生命活動を維持する基本的な物質である。血は、脾胃の運化機能によって飲食物が水穀の精微に転化し、営気となって脈中に入る。そして肺に送られて清気と合するとともに、心火の温煦作用を受けて血になるとされている。また腎に貯蔵されている精、つまり腎精が血に転化して血となるものもある。

機能としては全身を循環（内は五臓六腑に至り、外は皮肉筋骨）して組織器官を栄養し潤す働きがある。また血は神志活動を営むためになくてはならない物質でもある。気血の充実は健康長寿を実現するための重要な条件とされている。

高齢者は気血が不足する傾向を示す。また五臓はすべて虚し（弱り）、気血が不足すると気血の運行が悪くなることから、往々にして「瘀」（停滞）を生じてしまう可能性がある。

５）津液について

津液は、生体におけるすべての生理的な水液の総称であり、臓腑・組織・器官に内在する液体、および生理的な分泌物（鼻汁・涙・唾液・涎）を指す。また汗や尿も津液が変化したものである。

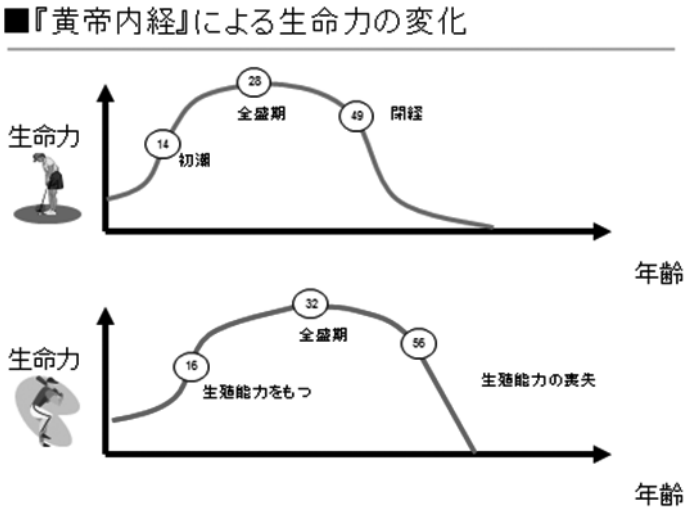
津液は脾胃の運化機能によって飲食物から生成された水穀の精微の水液の部分であり、一部は脈中に入って血液の成分となる。機能としては、「滋潤」（潤す機能）と「冷却」の機能があり、体表・皮毛・肌膚・臓腑・器官（眼・鼻・口）・関節・骨髄・脳髄を潤して滋養する。

加齢に伴って五臓の機能がすべて虚し（弱り）、水穀化生の来源が不足すると津液も枯渇してくる。このため津液の不足による皮膚の乾燥、腸燥による便秘、津液不足による髄の減少、津液不足による精神異常などが起こりやすくなる。

第２節　老化現象について

１．成長曲線と老化曲線

成長と発育を決定しているのは、先天の精を封蔵している腎と、後天の精を生成し先天の精をバックアップしている脾である。そのため、脾は「後天の本」とも言われている。この「先天の精」と「後天の精」の充実によって成長と発育が促される。そして女性は 14 歳前後、男性は 16 歳前後になると生殖機能を持つ「天癸」という体内物質が産出されるようになる。成長曲線は女性では 28 歳前後そして男性では 32 歳前後でピークに達し、その後は老化現象をたどる。この成長曲線と老化曲線について、『素問』上古天真論篇では図のような法則を提示している。



女性の場合

7歳：幼児から少女になり、乳歯から永久歯に生え変わる
14歳：生理が始まる
21歳：妊娠能力高まる
28歳：肉体的成熟が最高になる
35歳：頭髪の抜け毛が目立つ、歯も弱る
42歳：白髪が目立つ
49歳：生理が無くなり閉経する

男性の場合

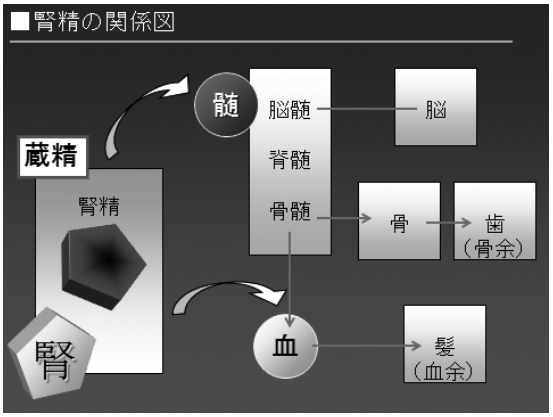
8歳：幼児から少年に、乳歯から永久歯に生え変わる
16歳：生殖機能が備わる
24歳：生殖機能高まる
32歳：肉体的成熟が最高になる
40歳：頭髪の抜け毛が目立つ、歯も弱る
48歳：白髪が目立つ
56歳：生殖機能低下、筋力も衰える
64歳：歯や髪がぬける

この老化曲線を決定するのは、主として「後天の精」である。そして「後天の精」の充実を決定しているのは「後天の本」とされている脾の働きである。脾の運化機能が正常に働けば、気・血・津液・精が充分に生成され、正気（自然治癒能力、抵抗力、免疫力、ホメオスターシスなどの力を指す）も充実する。鍼灸治療により脾の運化機能の健全化をはかり、「後天の精」の生成を促すことができるならば、老化曲線は緩やかなものとなり、健康長寿の実現がかなりの程度で可能となるであろう。もちろん補腎と補益精血も健康長寿の実現にとっては重要な治療方針となる。

『素問』上古天真論篇から引用

Ⅱ．腎精の関係図

腎精が不足すると老化現象が始まるとされている。この腎精は、腎に貯蔵されている精のことであり、両親から受け継いだ「先天の精」と飲食により生成された「後天の精」で構成され、腎に封蔵される。腎精は髄を生じ、骨をみたして栄養している。この腎精によって作られた髄は脳髄・脊髄・骨髄・歯髄の基となる物質である。腎精が充実し髄を充分に生成できれば、脳髄は正常に機能し、また脊髄神経の機能、骨の栄養や骨密度の充実度、歯の栄養も良い状態を維持することができる。歯は「骨余」と言われており、腎精により歯髄がしっかりとしていれば、歯の栄養も良い状態を維持することができる。



また精と血は、精血同源とされており、精血が充実していれば髪も良い栄養状態を維持することができる。さらに腎は腰・耳・排尿などと密接な関係がある。このような関係を

知っていれば、老化現象に伴って出現する様々な症状が、腎の機能減退、腎精不足と関連して出現することは容易に理解することができるであろう。

第３節　高齢者に「やさしい」中国伝統医学的なアプローチ

Ⅰ．老化に伴う症状

腎精が老年医学の Key Word である。つまり腎精不足＝腎虚となることで、脳・耳・腰・膝・骨・歯・髪などに老化に伴う様々な症状が現れてくるのである。具体的な症状としては、耳が遠い・顔のしわが気になる・物忘れをしやすくなる・歯が弱くなる・足腰が弱くなる・骨がもろくなる・腰がだるくなったり痛くなる・トイレに自信がなくなる・白髪が気になる・つまずきやすくなる・抜け毛が気になる・腰が痛くなる・スタミナがなくなる・血圧が高くなるなどがある。また老化に伴い精神的症状（抑うつ傾向や易怒）などが出現する場合もある。

これらの症状は一見、ばらばらのように見えるが、中国伝統医学の考え方にもとづくと、症状の出現は人によって差はあるが、腎精の衰退と関連して起こってくるものである。

こういった症状を治療するために病院にいった場合は、いくつの診療科にかかる必要があるかを考えてみよう。高齢者が３から５つの診療科にかかるとしたら、体力的にも大変であり、医療費もかなりかかることになる。

鍼灸医学では中国伝統医学の考え方にもとづき、これらの症状に対してはできるだけ症状ごとに対応するのではなく、全人的・総合的な視点にたって先天の本といわれている腎と、後天の本といわれている脾胃のサイドから根本的にサポートをし、必要に応じて症状ごとに個別に対応するという方法が用いられている。

Ⅱ．高齢者によく見られる疾患

高齢者に多くみられる疾患のうち、糖尿病・脳血管疾患・高血圧症・認知症・難聴・緑内障・骨粗鬆症・誤嚥・排尿トラブル・転倒などを例にあげると、これらの多くの疾患は中国伝統医学の考え方にもとづくと、「腎虚」証、または「肝腎両虚」証をベースとして起こるものが多い。

中国伝統医学には、「異病同治」という考え方がある。これは疾患名が異なっていても、これらの疾患を引き起こしている「証」が同じであれば、同じ治療方針、あるいは同じ処方をベースにして治療ができるという考え方である。つまり上記の諸疾患が、「腎虚」証、または「肝腎両虚」証をベースにして起こっている場合は、上記のどの疾患に対しても「補腎」、または「補益肝腎」という治療方針をベースにして治療ができるということである。

一方、高齢者においては、腎虚だけではなく血瘀の病態も見えてくることが多々あり、高齢者に対応する場合は、腎虚と血瘀の両方に注意をはらい、補腎活血の治療方針にもとづいて治療を行なう場合も多い。

Ⅲ．高齢者に「やさしい」全人的・総合的なアプローチ

高齢者は上記の疾患のうちの複数を同時に病んでいる場合が多いが、中国伝統医学の考え方にもとづくと個々の疾患ごとに治療をするのではなく、前述したように「証」にもとづいて補腎または補益肝腎という同じ治療方針をベースにして複数の疾患を同時に治療することができる。

本来、上記の複数の疾患を同時に患っている患者は、病院では複数の診療科にかかる必要がある。それに費やす時間、労力、医療費を考えた場合、中国伝統医学の大きな特徴である「証」にもとづいた全人的・総合的なアプローチが、いかに「高齢者にやさしく、高齢者のため」のアプローチであるかがわかることであろう。

もちろん治療にあたって全人的・総合的にアプローチをする場合は、「人が本来持っている力」、「高齢者自身がもっている力」をいかにサポートしながらアプローチをするかが重要である。つまり一人ひとりの「正気の力」を守り、高めることが前提条件となるのである。具体的には本人のもっている「後天的な力」を高めるための「健脾」といった治療方針がとても重要になるのである。

鍼灸による高齢者の QOL の向上の可能性については、全人的・総合的な角度から「日常生活動作の改善、転倒の予防、誤嚥・便秘・失禁・不眠・うつ傾向・認知症の予防と改善」をはかることにより、高齢者の QOL の向上がはかられる可能性は非常に高いと思われる。今後のいっそうの取り組みと研究の成果が待たれる。

（高士将典）

第４節　コラム：認知症と生活習慣病

長寿高齢社会において年々増加する認知症は、高齢者に発症が多いという状況から「加齢によるもの」と認識されがちである。またアルツハイマー病においては遺伝素因によるものが大きいといわれているが、疫学調査により生活習慣病の延長線上にもあることが報告されている。

生活習慣病としては糖尿病、脳卒中、心臓病、脂質異常症、高血圧、肥満などが挙げられるが、これらは中・高年期になって突然発症するものではなく、若年期からの食生活や運動、睡眠、喫煙、飲酒、ストレスなど、長年にわたって積み重ねてきた生活習慣によって発症することが多い。また乱れた生活習慣により、現在では年齢を問わず子供での発症数も以前と比べ増加している。

中国伝統医学では生活習慣によって引き起こされるさまざまな症状を、病気になる前に未然に防ぐ（治未病）ことを重視している。また発病してもそれぞれの病を独立した形ではなく、体内での気血津液精のアンバランスな状態を総合的に判断・治療していくシステム（弁証論治）で対応することができる。不適切な生活習慣は、正常な五臓六腑の働きを

障害させる重大な危険因子といえる。たとえば運動不足やストレスは肝の疏泄機能の失調でおこる気滞に起因する各臓腑の機能障害につながり、過度の飲酒や不適切な食生活は病理産物の発生を引き起こす要因となり、脾胃の気血生成や運化機能の低下につながる。また、長年の喫煙習慣も肺の機能障害を引き起こしやすい。睡眠不足による心血不足は心神の不安定などを引き起こし、これらが相互に影響することにより、心身における多彩な症状が出現してくる。そしてこのような状態が長く続くことによって各臓腑機能の衰退が腎の機能減退を引き起こし、かつ加齢に伴う腎精不足が附加されると、さらに輪をかけて複雑な症状、病機へと展開していくのである。

また、認知症に対しては「髄海不足」、「脾腎両虚」、「痰濁阻竅」、「血瘀脳竅」「肝腎陰虚」などと捉えて治療を進めていくが、これらは全て先に述べた生活習慣病の病因病機の結果により起こりうる病態でもある。ゆえに認知症を発症するリスクを下げるためには、生活習慣病に罹患しないよう若年期での養生が不可欠となるのである。

中医認知症治療では、予防医学の観点とともに、健康に生きていくうえで必要不可欠な「正気」（自然治癒能力、抵抗力、免疫力、ホメオスターシスなどの力）を高めるために後天の精を充実させ、加齢とともに消耗していく腎精を補うことで、未病のうちに全人的、総合的にアプローチを行い、各種臓腑機能を安定させることが重要となる。

（小倉千都世）

第２章　鍼灸医学の認知症に対する鍼灸治療

第１節　認知症の鍼灸治療方針

Ⅰ．中医鍼灸の治療方針

一般的に認知症の患者や多くの高齢者は、程度の差はあるが肝腎両虚をベースとして内臓全体の機能低下（本虚）により、気血津液の循環障害が起こり、標実として気滞、血瘀、痰湿などが発生し、虚実が複雑に混在した虚実挟雑証を呈している。

認知症の患者に対する弁証結果が２臓に絞れる場合は、一般的な弁証論治によるアプローチ（第２章第２節参照）をベースとして健脳の作用が期待される百会、四神聡、印堂、神庭、風池などの経穴を加え、必要に応じて ADL の改善をはかるとよい。

弁証結果が３臓以上にわたる場合、虚実挟雑が多岐にわたって複雑な場合、あるいは多臓器疾患を同時に患っている場合には、一般的な弁証論治によるアプローチは難しく、全人的・総合的なアプローチ法が必要となり、現在のところ三焦鍼法（第２章第４節参照）をベースとして個々の不定愁訴の緩和、ADL の改善をはかることにより、MMSE 値（認知機能検査値）の低下抑制といった一定の成果が報告されている。

軽度認知障害の患者に対しては、一般的な弁証論治をベースとして健脳をはかったり、あるいは補益肝腎、補益精血をベースとして不定愁訴の緩和をはかっていくとよい。

重度の認知症患者に対しては、周辺症状のない場合は、三焦鍼法をベースとして不定愁訴の改善、ADL の改善をはかり、周辺症状のある場合は、まず周辺症状の緩和をはかり、その後に三焦鍼法をベースとして不定愁訴の改善、ADL の改善をはかるとよい。

（河原保裕・兵頭明）

Ⅱ．経絡治療の治療方針

経絡治療では、五臓の虚実について脈診などの切診を中心に証を立て、経絡の要穴に対し本治法を行い、場合によって局所の硬結・陥下などを対象に標治法を行っている。

証に応じた治療を行うケースもあるが、東洋医学的に認知症は①腎精不足による老化現象、②臓腑の働きが全般的に低下したための現象ととらえるため、①に対しては腎精強化、②に対しては臓腑の働きの強化という本治法が選択される。

具体的には腎の土穴（太渓）・金穴（復溜）・水穴（陰谷）を用いたり、原穴治療や背部兪穴（肺・肝・脾・腎兪）を用いることが多い。

また、全身調整穴として下記の経穴を用いることもあるが、各部位と部位の境目は気血が滞りやすいため、全身の気血の巡りをうまく行える経穴を臨床所見やドーゼに応じて選穴している。

全身調整穴
頭部：天柱・風池・完骨（頭と頸）・懸顱または懸釐（頭と顔）

腹部：中脘・天枢・関元（←原気（後天・先天）の増強）
体幹部：肩井（頸と体幹）・天宗（体幹と上肢）・各背部兪穴・志室（腰と臀部）
下肢：委中（大腿と下腿）・崑崙（下腿と足関節）
　　飛揚または跗陽または承筋または承山（※）

※膀胱経は最も長い経絡で背部兪穴を含むため臓腑とも連絡している。気血のめぐりも障害されやすく、その反応は上記４つの経穴に反映されやすい。

（相澤良・中村真通）

Ⅲ．現代鍼灸の治療方針

現代鍼灸においては、現代西洋医学的な（解剖生理学的な）理論から対象となる筋肉や神経を特定したり、あるいはEBMにもとづき施術を行うケースが多い。

鍼刺激が脳に及ぼす影響について、臨床研究では合谷－手三里に１～2Hz（軽度の筋収縮が生じる程度）の20分間の鍼通電療法により、脳血流量の増加とグルコース代謝の増加が認められている[1)]。また基礎研究でも、実験動物（脳梗塞モデルラット）の右前肢（手三里－足蹠趾間）と右後肢（足三里－足蹠趾間）に刺鍼し、20Hzで10分間の通電を行ったところ、コントロール群に対し58.2％の有意な梗塞面積の縮小が認められている。すなわち鍼刺激で脳細胞死が抑制されたことが示唆されるが、鍼刺激情報が障害の脳局所へ伝達され、脳梗塞層周辺部へシグナルを与え、各神経成長因子[2)]が放出されることで、脳局所の梗塞を抑制することが考えられた[3)]。

以上のことから、上肢の鍼通電刺激は脳血流量の増加とともに脳神経細胞の代謝を高められる可能性があること、上肢や下肢への鍼通電刺激は脳内環境へ影響を及ぼし、脳の保護作用として働く可能性がある。三焦鍼法においても上肢・下肢への刺激を行うことから、これらの機序が関与している可能性が考えられる。

（参考文献）

１）矢野忠，森　和：鍼通電刺激が脳血流量および脳代謝に及ぼす影響，全日本鍼灸学会雑誌，51：69-79,2001.
２）Harumi HOTTA, Sae UCHIDA, and Fusako KAGITANI：Stimulation of the Nucleus Basalis of Meynert Produces an Increase　in the Extracellular Release of Nerve Growth Factor in the Rat Cerebral Cortex.　J. Physiol.Sci.57(6)2007;383–387.
３）小俣浩，山口智：鍼刺激が急性期脳梗塞モデルラットの脳梗塞発現抑制に与える影響，日本未病システム学会雑誌，11(1)：161–163,2005.

（中村真通・小俣　浩）

第２節　中国における認知症に対する鍼灸治療

Ⅰ．認知症に対する一般的な弁証治療

【認知症・証分類診断標準】

本病の証分類は、虚証と実証の２つに分類することができる。

虚証では髄海不足によるもの、肝腎両虚によるもの、脾腎両虚によるものが見られる。

また実証では痰濁阻竅によるもの、血瘀脳竅によるもの、心肝火盛によるものが見られる。　『今日中医内科・上・老年呆病』（人民衛生出版社）

１）髄海不足（キーワード：腎、精不足）

【主症状】

知能減退、記憶力・計算力・見当識・判断力の著しい低下、無表情、意志の伝達障害

【随伴症状】

頭暈、耳鳴、嗜臥、歯や髪に艶がない、足腰の軟弱化、歩行障害など

【舌脈所見】

舌痩、舌質淡、舌苔薄白、脈沈細弱、尺脈無力

【治療方針】　補腎・補髄・補精・養神

【鍼灸処方】　太渓、腎兪、百会、大椎、命門、足三里、三陰交

【鍼灸処方解説】

兪原配穴法を採用して太渓と腎兪を配穴し、補腎と補精の効果の増強をはかることにより、腎精を充実させ、髄海（脳）を養う。また太渓に三陰交を配穴すると、補益精血をはかることができる。督脈は腰背部の正中を循行し、項部を経て脳内に入り、脳に属している。督脈穴である百会、大椎、命門を選穴して補益脳髄をはかる。足三里と三陰交により健脾、補益気血をはかり、後天を補うことにより先天を助けることとする。この処方により補腎・補髄をはかることとする。髄会である懸鍾を配穴してもよい。

２）脾腎両虚（キーワード：脾、腎、気虚、血虚、または陽虚）

【主症状】

無表情、寡黙、記憶力減退、失認、計算力低下、表現力低下など

【随伴症状】

腰膝の軟弱化、息切れ、懶言（語勢が弱い）、肌肉の萎縮、食少、食欲不振、涎がでる、または四肢不温、腹痛（喜按）、早朝時の下痢を伴う

【舌脈所見】

舌質淡白、胖大舌、舌苔白、脈沈弱無力

【治療方針】　補腎・健脾・補気・補血

【鍼灸処方】 脾兪、腎兪、関元、足三里、後頂、百会

【鍼灸処方解説】

脾兪、腎兪を選穴して健脾補腎をはかり、先天の本と後天の本を助けることとする。足三里は土経の土穴であり、健脾の作用に優れている。健脾をはかることにより気血の生成を促すこととする。関元は培補元気（元気の増強）を目的して選穴している。後頂、百会は頭部の局部取穴であり、気血を脳絡に誘導する目的で選穴している。

3）肝腎両虚（キーワード：肝、腎、陰虚）

【主症状】

精神状態が恍惚、善忘善惑、消痩、目つきがぼんやりしている、失認、計算ができない、言葉がはっきりしないなど

【随伴症状】

頬部の紅潮、盗汗、眩暈、耳鳴り、肌の状態が悪い、局所の筋肉がピクピク動くなど

【舌脈所見】

舌質紅、少苔、脈弦細数

【治療方針】 補益肝腎・健脳

【鍼灸処方】 肝兪、腎兪、照海、三陰交、足三里、百会、神庭

【鍼灸処方解説】

肝兪、腎兪により補益肝腎をはかることとする。三陰交は足三陰経の交会穴であり、一方で肝兪、腎兪による補益肝腎を助け、一方で足三里による後天力の維持･向上をサポートすることができる。照海には補腎と補陰の作用があり、百会や神庭の健脳の作用を助ける作用がある。

4）痰濁阻竅（キーワード：脳、痰濁）

【主症状】

無表情、知力衰退、むやみに泣いたり笑ったりする、ぶつぶつと独り言をいう、あるいは終日無言、じっとしていてボンヤリする

【随伴症状】

食欲不振、腹部の脹痛・つかえ、口角の涎の泡、頭重感（締めつけ感を伴う）など

【舌脈所見】

舌質淡、舌苔白膩、脈滑

【治療方針】 去痰開竅、健脾化濁

【鍼灸処方】 足三里、脾兪、中脘、豊隆、陰陵泉、太衝、神堂、百会、印堂

【鍼灸処方解説】

足三里は胃の下合穴であり､脾兪を配穴することにより健脾和胃をはかり化濁を助ける。胃の募穴である中脘は去痰の要穴であり、また理気降濁をはかることができる。豊隆は

去痰の要穴であり、去湿の要穴である陰陵泉を配穴することにより、去痰去湿をはかる。太衝により理気解鬱をはかり気が順調に巡るようになれば、痰は上行しなくなる。神堂により醒神定志をはかり、百会、印堂により昇挙陽気、開竅醒神をはかることとする。

5）血瘀脳竅（キーワード：脳、血瘀）

【主症状】

無表情、言語不利、善忘、易驚、易恐、思惟異常、異常行動など

【随伴症状】

肌膚甲錯（さめ肌)、口乾するが飲みたがらないなど

【舌脈所見】

舌質暗、舌の瘀斑や瘀点、脈細濇

【治療方針】 活血化瘀、開竅醒脳

【鍼灸処方】 合谷、太衝、足三里、三陰交、百会、神門

【鍼灸処方解説】

合谷と太衝を配穴した四関穴により行気活血、去瘀生新をはかる。気の巡りをよくして瘀血が去れば、新血を生じることができる。足三里、三陰交は健脾・補気・養血の要穴であり、後天の本を助け、化源を充実させ、血脈の鼓動を促すことができる。百会への瀉法により行気化瘀をはかる。これに神門を配穴すると開竅醒脳をはかることができる。言語不利には廉泉、金津、玉液を配穴するとよい。

6）心肝火盛（キーワード：心、肝、実熱）

【主症状】

精神状態が恍惚、善忘、判断錯乱、話しに論理性がない、よく疑う、心悸不安など

【随伴症状】

眩暈、頭痛、心煩、不眠、咽頭の乾き、舌の乾燥、尿の色が濃い、便秘など

【舌脈所見】

舌質紅、舌苔黄、脈弦数

【治療方針】 清心清肝、安神定志

【鍼灸処方】 大陵、神門、行間、風池、内庭、百会、神庭

【鍼灸処方解説】

心包経の子穴である大陵、心経の子穴である神門により心実を瀉し、これに全身性の清熱の作用があるとされている内庭を配穴して心火の清熱（清心）をはかる。また肝経の栄穴であり子穴である行間により肝火の清熱（清肝）をはかり、肝実を瀉すこととする。内庭は肝火の清熱も同時に助けることができる。さらに風池、百会、神庭を配穴することにより安神定志（精神状態の安定）をはかることとする。

（河原保裕、兵頭明）

Ⅱ．中国における認知症に対する鍼灸治療の臨床報告

ここでは中国における認知症に対する鍼治療の情報の一部を紹介することとする。中国伝統医学の考え方にもとづき、中国で認知症に対する多くの臨床研究チームが各々どのような角度から認知症に対してアプローチを行っているかについては、ほとんど日本に伝わってきていない。今後の日本での認知症に対する鍼灸治療研究の参考資料として提供する。

1）認知症に対する鍼灸治療の処方解説

A．血管性認知症に対する鍼治療の臨床観察（６３症例）

陸衛衛、周健（南通市中医院神経内科・江蘇・南通）

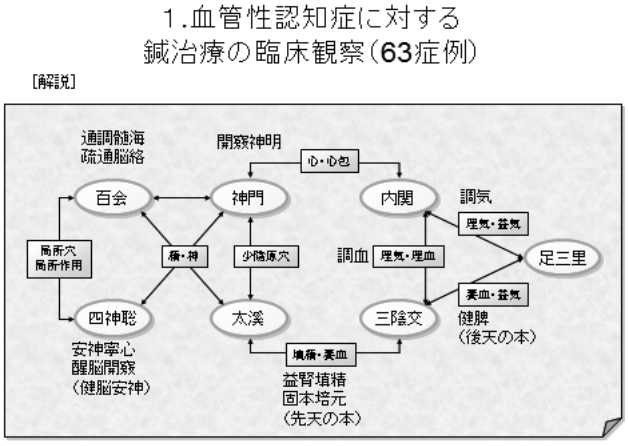
遼寧中医雑誌 2009 年第 36 巻第 10 期

[摘要]

治療組（32 症例）、対照組（31 症例）ともにヒデルギン（脳血流の改善薬）を毎回 1 錠、一日 3 回服用するものとする。

鍼治療処方：百会、四神聡、神門、内関、三陰交、太溪、足三里。

操作：1 寸鍼を用い、四神聡から百会に向けて透刺、パルスを 20 分。その他の治療穴は得気後に断続波を 30 分。1 日 1 回の治療とし、2 ヶ月連続で治療を行なった。



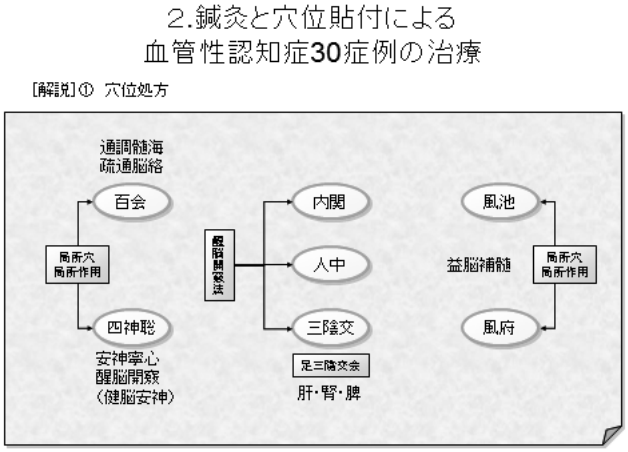
血管性認知症に対する鍼治療の臨床観察（63 症例）についての臨床報告である。この処方は小醒脳開竅法をベースにし、健脳（認知機能改善）を目的として百会、四神聡、神門を配穴している。さらに補腎を目的に太溪を配穴し、健脾を目的に足三里を配穴している。

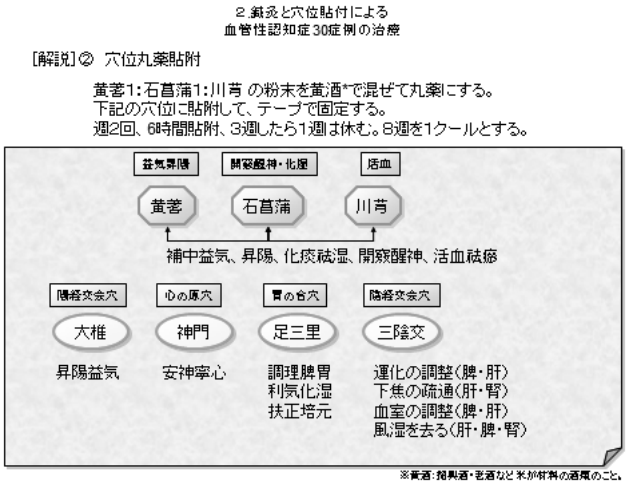
B．鍼灸と穴位貼付による血管性認知症３０症例の治療

辺暁東等（浙江省嘉興市中医院）

江西中医薬 2009 年 9 月第 9 期 40 巻第 321 期

[摘要] 醒脳開竅法加減
対照組は西薬（血管拡張、血液循環の改善、脳細胞活性薬等）を投与。
鍼治療処方：四神聡、百会、人中、内関、三陰交：風池と風府を配穴





鍼灸と穴位貼付による血管性認知症 30 症例に対する臨床報告である。この処方は醒脳開竅法をベースとし、健脳を目的に四神聡、百会を配穴し、補益脳髄（脳細胞の改善）を目的に風池、風府を配穴したものである。醒脳開竅法では醒脳（脳血流の改善）を目的として、一般的にはさらに風池、天柱、完骨が配穴されている。

穴位貼付は黄耆、石菖蒲、川芎を 1 ： 1 ： 1 に混ぜて粉末にし、老酒を加えて丸状にし、これを大椎、神門、足三里、三陰交に絆創膏で貼付する方法を採用している。

黄耆、石菖蒲、川芎三味による漢方処方には、補中益気、昇陽、化痰湿、開竅醒神、活血祛瘀の効あるとされている。これを大椎に貼付して昇陽益気をはかり、神門により安神寧心、足三里により調理脾胃、化湿利気、扶正培元をはかろうとしたものである。また三陰交は脾の運化機能を助け、下焦を疏通し、血室を整え、風湿を除去することを目的として選穴されている。

C．血管性認知症に対する鍼治療の効果観察

陳香妹、王徳平、陳雲竜（福建医科大学南平市第 1 医院教学医院・福建・南平）

甘粛中医学院学報 2009 年 10 月第 26 巻第 5 期

[摘要]

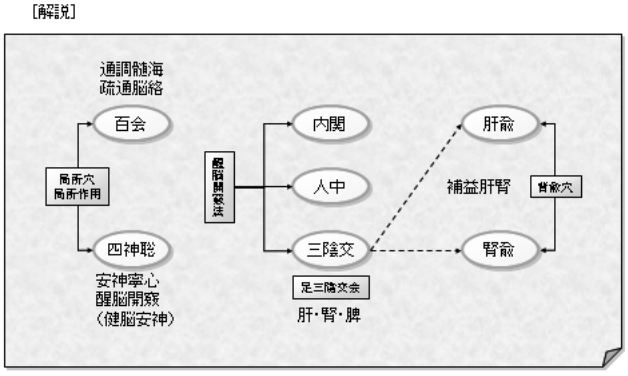
鍼治療処方：内関、人中、三陰交、百会、四神聡、肝俞、腎俞

①気血不足には、気海、膈俞を加える。

②痰濁中阻には、豊隆、中脘を加える。

③瘀血阻絡には、膈俞、委中を加える。

操作：内関、人中、三陰交は醒脳開竅法に準じる。百会は前向きに、四神聡は百会に向けて皮膚面から 15 度角で斜刺し、捻転補法を施す。1 日 1 回、1 回 30 分の治療とする。置鍼中 10 分ごとに手技を 1 回施す。30 回の治療を 1 クールとした。対照組は西薬治療とした。



血管性認知症に対する鍼治療の臨床報告である。この処方も醒脳開竅法をベースにしており、肝俞、腎俞を配穴して補益肝腎の作用の増強をはかろうとしている。醒脳開竅法の主穴の 1 つである三陰交の補益肝腎の作用をサポートしたものである。さらに随証配穴を行っており、気血不足タイプには気海、膈俞を加えて補気と補血をはかり、痰濁中阻タイプには去痰の要穴である豊隆、中脘を加えている。また瘀血阻絡タイプには活血化瘀を目的に膈俞、委中を配穴している。

D．アルツハイマー型認知症に対する鍼治療のポイント

唐青青（南京中医薬大学第 2 臨床医学院・江蘇・南京）

山東中医薬大学学報 2009 年第 33 巻第 5 期（9 月号）

4.アルツハイマー型認知症の
治療のポイント

〈姜国華グループ・鍼灸臨床雑誌・2004.20(4):1~3〉
〈賴新生グループ・中医雑誌1997.38(6):340〉
〈劉暢・中国医刊・2000.35(7):47~48〉

[摘要]
ADの基本病機は髄海不足、神機失用。
病理には虚と実があるが、　虚を本とし、実を標とする。
虚は髄海不足、気血虧虚であり、実は多くは痰瘀阻窺である。

[結果]

①髄海不足型〈虚証〉 〈益髄填精、培元補腎〉	主穴:百会、太渓、腎俞など。 副穴:懸鍾、関元。
②気血虧虚型〈虚証〉 〈調補気血〉	主穴:足三里、三陰交 副穴:関元、血海、合谷。
③痰瘀阻窺型〈実証〉 〈化痰通絡、理気逐瘀〉	豊隆、血海、太衝など。

【摘要】

AD の基本病機は髄海不足、神機失用であり、病理的には虚と実があるが、虚を本とし、実を標としている。虚は髄海不足、気血虧虚（不足）の証が多く、実は多くは痰瘀阻窺によるものであるとされている。

髄海不足型には百会、太渓、腎俞などが主穴となり、これに懸鍾や関元を配穴して益髄填精、培元補腎がはかられている。（賴新生グループ・中医雑誌 1997，38（6）：340）

気血虧虚（不足）型には足三里、三陰交の他に、関元、血海、合谷を配穴して調補気血がはかられている。（劉暢・中国医刊・2000，35（7）：47 ～ 48）

周辺症状との関係が密接とされている痰瘀阻窺に対しては、豊隆、血海、太衝などを配穴して化痰通絡、理気逐瘀がはかられている。これは抑肝散（釣藤鈎、柴胡で平肝、疏肝。蒼朮、茯苓で去痰、去湿。川芎、当帰で活血、和血。）的な狙いと共通するものと考えられる。（姜国華グループ・鍼灸臨床雑誌・2004，20（4）：1 ～ 3）

E．兪原配穴法鍼刺による血管性認知症治療の観察

李滋平（広東省中医院）

上海鍼灸雑誌 2010 年 4 月第 29 巻第 4 期

[摘要]

治療組：32 症例、対照組：30 症例

対照組はフランス製 Duxil を服用（1 回 1 錠、1 日 2 回）

鍼治療処方：心兪、脾兪、肝兪、腎兪、神門、太白、太衝、太渓

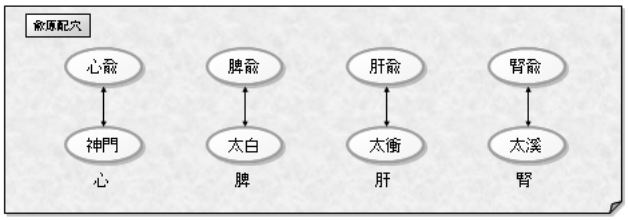
5. 兪原配穴法鍼刺による血管性認知症治療の観察

李滋平(広東省中医院)
上海鍼灸雑誌2010年4月第29巻第4期

[摘要]鍼治療群:32症例、コントロール群:30症例
コントロール群はフランス製Duxilを服用(1回1錠、1日2回)

[鍼治療処方]心兪、脾兪、肝兪、腎兪、神門、太白、太衝、太溪

[解説]



F. 鍼治療とリハビリにより治療した血管性認知症の臨床観察

王海燕、張莉梅、曹媛、黄家亮、呉軍君（広東省深せん市宝安区中医院）

湖北中医雑誌 2009 年 7 月第 31 巻第 7 期

[摘要]

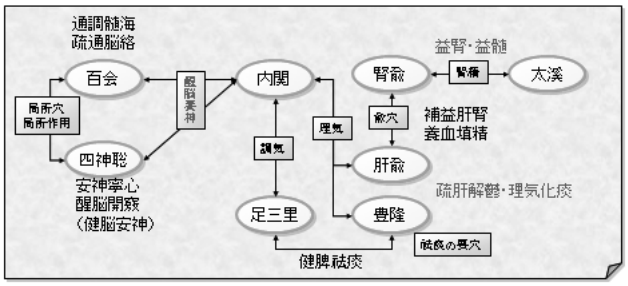
鍼治療処方：百会、四神聡、内関、腎兪、太溪、足三里、肝兪、豊隆

6.鍼治療とリハビリにより治療した
血管性認知症の臨床観察

王海燕、張莉梅、曹媛、黄家亮、呉軍君(広東省深圳市宝安区中医院)
湖北中医雑誌2009年7月第31巻第7期

[鍼治療処方] 百会、四神聡、内関、腎兪、太溪、足三里、肝兪、豊隆

[解説] 病機:肝腎精血虧損、気血衰少を本とし、肝鬱痰阻・五臓の精気が神明に上昇しない。



この研究グループは、血管性認知症に対して肝腎精血不足、気血不足を本とし、標としては肝鬱痰阻のために五臓の精気が神明に上昇しないために血管性認知症が起こっているものと考えている。

百会、四神聡、内関を主穴として醒脳養神をはかり、これに腎兪、太溪を配穴して補腎益髄をはかろうとしている。また一方で、足三里、肝兪、豊隆により健胃祛痰、解鬱行気をはかろうとしている。

2）認知症に対する鍼灸治療の文献紹介

A．益気調血・扶本培元鍼法（三焦鍼法）により治療した軽度認知障害（MCI）の効果

観察

馮春青、緒芹、石江偉、于涛（天津中医薬大学、第 1 附属医院・天津）

吉林中医薬 2009 年 10 月第 29 巻第 10 期

[摘要]

治療組：50 症例、対照組：49 症例

鍼治療処方：膻中、中脘、気海、外関、足三里、血海

治療前と治療 12 週後で効果の比較を行なっている。鍼治療は 1 週 6 回、毎回 30 分の鍼治療。対照組はドイツ製の慰安鍼（Special Acupuncture Needle）を使用。取穴と操作は治療組と同じとした。

B．電気鍼により治療した血管性認知症 92 症例

韓冰、何揚子等（深せん市第九人民医院康復医学科）

陝西中医 2009 年第 30 巻第 11 期

[摘要]

鍼治療処方：四神聡、百会、本神、風池、人中、足三里、豊隆、三陰交、太溪、腎俞

操作：

四神聡、百会、本神は平補平瀉法、人中、風池、豊隆は捻転提挿瀉法、三陰交、太溪、腎俞は捻転提挿補法。人中以外はパルス通電、毎回 30 分の置鍼。1 日 1 回、毎週 5 回の治療とし、連続して 8 週の鍼治療を行なった。認知リハビリ訓練を 1 日 2 回、1 回 20 ～ 30 分、持続して 8 週行なった。対照組は認知リハビリ訓練と西薬（尼莫地平片：Nimodipine Tablets）服用を 8 週行なった。

C．鍼治療と益智健脳果粒併用によるアルツハイマー型認知症の治療効果観察

Peng 賢文、董克礼（中南大学湘雅三医院中医科・湖南・長沙）

中国針灸 2009 年 4 月第 29 巻第 4 期

[摘要]

84 症例を 3 グループに分け、各グループ 28 症例とした。

1、鍼薬グループ：百会、四神聡、大椎、関元＋益智健脳果粒

2、中薬グループ：益智健脳果粒のみ服用

3、西薬グループ：アリセプト（塩酸ドネペジル）のみ服用

12 週の治療後にグループごとの治療前後の MMSE、ADL の評価を行なった。

操作：

百会は後ろに向けて 15mm 平刺し、平補平瀉を施す。四神聡は外へ向けて 15mm 平刺し、平補平瀉法を施す。大椎は上に受けて 15 ～ 20mm 斜刺し、百会と大椎に同時に平補平瀉法を施す。できるだけ百会の鍼感は脊椎に向かうよう、また大椎の鍼感は頭頂部に向かうようにさせる。その後、大椎に瀉法を施して刺激量を強くし鍼感が

四方に放散するようにし、患者の項部が弛緩したら抜針する。次に四神聡に平補平瀉法を施し、全頭部に鍼感がおよぶようにする。百会と四神聡は 30 分置鍼する。置鍼中は患者を平臥させ、生姜灸を関元に 4 壮施す。1 日 1 回の治療とし、6 回の治療後 1 日休むこととした。

D．兪原配穴鍼刺法の血管性認知症患者の認知機能改善に対する臨床観察

周洪艶、趙軍、劉克新（黒竜江中医薬大学・黒竜江・哈爾浜）

鍼灸臨床雑誌 2009 年第 25 巻第 5 期

[摘要]

鍼治療処方：頭鍼の足運感区＋心兪、肝兪、腎兪、神門、太衝、太溪

足運感区：前後正中線の中点から左右 1cm 外方、正中線に沿って後ろへ 3cm の直線

操作：

15 度角で頭皮に沿って帽状腱膜下層に 3 cm 刺入、200 回転 / 分で快速捻転。背兪穴、原穴には平補平瀉法を施し、30 分置鍼。

治療間隔：1 日 1 回の治療とし、15 日を 1 クールとした。

対照組：西薬の脳復康片（一錠 0.4g）を 1 回 2 錠、1 日 3 回服用。15 日服用させた。

E．鍼と薬併用によるアルツハイマー型認知症 20 症例の治療効果観察

李若夢、董克礼、朱宏（中南大学湘雅三医院）

湖南中医雑誌 2009 年 7 月第 25 巻第 4 期

[摘要]

鍼治療組：

鍼治療処方：腎兪、膈兪、神門、百会（補腎活血法）

操作：

腎兪は直刺 1 寸で補法、膈兪は斜刺 0，5 寸で瀉法、神門は 0,5 寸直刺、百会は 1 寸平刺で平補平瀉法を施す。置鍼は 30 分、毎週 3 回の治療を 12 週行なった。

中薬組：益智健脳果粒

鍼薬組：益智健脳果粒＋上記の鍼治療

（青木春美、兵頭明）

第 3 節　認知症に対する代表的な治療穴（文献調査）

中国における認知症に対する鍼灸治療の臨床報告に対して文献調査を行った結果、以下の様な治療目的で経穴が用いられている。

認知症治療の常用穴

穴位	作用
百会	醒脳開竅、補益脳髄
四神聡	健脳安神
印堂	健脳安神、昇陽、開竅醒神
神堂	醒神定志
神門	益心寧神、和血通絡
神庭	清利頭目、安神定志開竅
正営、承霊、脳空	通絡昇陽、利竅醒神
風池	補益脳髄、醒脳
水溝	醒神
内関	寧神定志
大椎	補益脳髄
命門	補益脳髄
足三里	健脾、補益後天。

穴位	作用
三陰交	健脾、滋腎、柔肝、補益肝腎
太渓	補腎健脳
腎兪	補腎健脳
志室、懸鍾	填精益髄
照海	補腎、滋陰、寧神
大鍾	補腎益精、健脳寧神
湧泉	滋腎定志
関元	培補元気
豊隆	去痰の要穴
中脘	理気降濁、去痰の要穴。
陰陵泉	去湿の要穴
太衝	疏肝理気
四関	鎮肝熄風、行気活血

百会、神門、風池、四神聡、内関、水溝、神庭、印堂といった要穴は、醒脳開竅、健脳安神、醒神といった目的で選穴されている。太渓、腎兪は補腎健脳、足三里と三陰交は補益後天を目的に選穴されており、補益脳髄を目的としては大椎、髄会である懸鍾が用いられている。また豊隆、血海、太衝などは、周辺症状との関係が示唆される痰濁や瘀血の改善を目的に用いられている。

1）百会：　醒脳開竅、補益脳髄

※百会は頭頂部に位置しており、督脈に帰属し、手三陽経と督脈との交会穴である。「督脈は、巓上に交わり、入りて脳を絡い、……腎を絡う」とされている。このことから督脈は腎や脳と密接な関係にあることがわかる。百会は督脈を調理し、陽気を升提させ濁気を下降させ、醒脳開竅の作用があるとされており、また醒脳寧神の要穴とされている。

2）神門：　益心寧神、和血通絡

※手少陰心経の原穴である。益心寧神、和血通絡の作用がある。「神門は呆痴笑眺を治す」、「神門は心性呆痴を除く」と言われており、認知症を治療する要穴とされている。

3）神庭：　清利頭目、安神定志開竅

※督脈に帰属し、督脈と足太陽、陽明の交会穴であり、清利頭目、安神定志、開竅の作用がある。神志病を治療する要穴とされている。

4）内関：　寧神定志

※手厥陰心包経の絡穴、八脈交会穴の１つであり、陰維脈に通じている。「失智、善恐、心悲」などの疾患の治療に用いられ、寧神定志の作用があるとされている。

5）足三里：　健脾、補益後天

※土経の土穴であり、脾胃を調理し、後天力を増強する要穴である。脾胃の機能がよくなって水穀の精微が脳を充たせば、補虚安神をはかることができる。

6）三陰交：　健脾、滋腎、柔肝、補益肝腎

※足三陰経の交会穴であり、健脾去痰、滋腎生水、柔肝調血の作用があるとされている。ポイントは健脾、補益肝腎、補血の３つの作用である。三陰交は太渓と配穴して用いると、補益肝腎だけでなく、さらに補益精血をはかることができる。

７）太渓：　補腎健脳

※足少陰腎経の原穴である。補腎健脳の作用があるとされている。三陰交と配穴して用いると、さらに補益精血をはかることができる。補腎健脳の作用を増強させたい場合は、兪原配穴法により腎兪と配穴して用いるとよい。

８）腎兪：　補腎健脳

※補腎健脳の作用を増強させたい場合は、兪原配穴法により太渓と配穴して用いるとよい。

９）志室、懸鍾：　補益精髄

※志室は「精宮」とも言われ、懸鍾は髄会穴とされている。この２穴を配穴して用いると精髄を補益することにより、健脳をはかることができるとされている。

１０）照海：　補腎、滋陰、寧神

※足少陰腎経に属しており、また陰蹻脈気の生じるところである。補腎・補陰・寧神の作用があるとされており、百会の健脳の力を助ける作用があるとされている。

１１）大鍾：　補腎益精、健脳寧神

※足少陰腎経の絡穴であり、別れて足太陽に走り、並んで上りて心包の下に走る。大鍾には補腎益精、健脳寧神の作用があるとされており、神庭の健脳開竅、寧神増智の作用を助けるとされている。

１２）四関穴：　鎮肝熄風、行気活血

※合谷、太衝を配穴した処方を「四関穴」という。鎮肝熄風、開関利竅・明智の作用があるとされている。また行気活血、祛瘀生新の作用があり、瘀血が去れば新血を生じさせることができる。

１３）その他の常用穴

四神聡：健脳安神

印堂：　健脳安神、昇陽、開竅醒神

神堂：　醒神定志

正営、承霊、脳空：　通絡昇陽、利竅醒神

風池：　補益脳髄、醒脳

水溝：　醒神

大椎：　補益脳髄

命門：　補益脳髄

湧泉：　滋腎定志

関元：　培補元気

豊隆：　去痰

中脘：　理気降濁、去痰

陰陵泉：　去湿

太衝：　疏肝理気

（高士将典、兵頭明）

第４節　認知症治療における三焦鍼法の考え方

ここでは三焦鍼法の開発者である天津中医薬大学の韓景献教授の論文（『三焦気化失

常―衰老』相関論（『中医雑誌』2008,49（3）200-202,220）の中から基礎研究の部分および漢方と関係する部分は著者の同意のもと割愛し、中国伝統医学の考え方および認知症に対する鍼灸治療を中心とした論文の内容を中心として紹介させてもらうこととした。本論文は中国科学技術信息研究所により 2012 年度 F5000 論文（証書編号：G010200803002）に認定されていることを追記しておく。

Ⅰ．老化と抗加齢に対する中国伝統医学の認識と実践

老化の機序に対する中国伝統医学の認識は、概括すると先天説、後天説、臓腑虚損説、精気神虚損説、陰陽失調説、気虚血瘀説、津液不足説、邪実説、気運失常説などがある。その中で「臓腑虚損説」には腎虚老化説、脾胃虚弱老化説、腎虚血瘀老化説、脾腎両虚挟瘀老化説、脾腎虚衰・腸胃鬱滞老化説、肝鬱老化説、多臓器虚損と気滞血瘀痰濁老化説等が含まれている。

多くの研究者の中には、腎虚の増悪を老化の核心・根本とする者、あるいは肝の虚実を老化始動の因子とする者、脾胃虚弱を老化の重要信号とする者、心神労傷を老化の促進因子とする者、陰陽失調を老化の内在的な動的因子とする者、痰・瘀・積滞を老化の発病因子とする者などがいる。これらはすべて老化の一面のみを捉えたものであり、全身的に老化の根本を把握したものではない。

兪征宙らは 878 名の中高年者を対象に中医証候疫学調査を行なった。その結果、年齢の増加に伴い二臓あるいはそれ以上の臓器虚損のパーセンテージが著しく増加していることがわかった。このことは老化が全身的な変化の過程であり、ある一つの臓器単独の虚損によるものではなく、多臓器が相互に影響しあってそれが進行し全身性の機能減退となって起こるものであることを示している。

兪らの調査ではさらに痰濁証、血瘀証の罹患率と年齢増加との間に著しい相関が認められており、また心虚、肺虚、肝虚、腎虚証の罹患率と年齢増加とでは極めて著しい正相関関係が認められている。上海地区の 268 名 45 歳以上のグループ調査では、腎虚者 78.9%、心虚者 58.2％、肺虚者 34.2%、脾虚者 29.5% という結果がでており、これは老化が五臓虚衰（五臓の機能減退）の結果であることを充分に実証したものである。五臓虚衰（五臓の機能減退）の全体の過程の中では、気滞、血瘀、痰濁、積滞等の問題は個別的な発生、存在にすぎないのである。

以上の研究者達は中国伝統医学の整体観（統一体観）にもとづき、老化が多くの素因の総合的作用の結果であるとの認識を示している。ただし老化の過程の中で各臓器がどのように相互に影響しあっているのか、どのように老化を加速させているのかといったメカニズムに対する系統的な論述はまだされていない。

Ⅱ．三焦気化失調―老化相関説について

三焦は気血津液が昇降出入する通路であり、気血津液精が化生（生成）される所でもあ

る。五臓は三焦気化を通じて一緒に連係しあっており、五臓は五行から派生する相生と相剋の関係の他に、気化により五臓が連係しあって人体の正常な生命活動を維持しているのである。三焦は気化の総司令であり、五臓六腑の機能活動を統括しているのである。原気は生命の根本であり、臍下腎間に集まっている。原気は腎中の先天の精から生じ、元陰（腎陰）によって滋養されており、「陰平陽秘」の状態になることにより始めて絶えることなく生じるのである。肝の昇発の作用のもとで、腎元の気は中焦脾胃の運化・腐熟の機能を温煦・推動し、また水穀の気の滋養を得て、上焦に出、肺系が吸入する天陽の気と結合する。宗気は胸中に集まり、心脈を貫き、肺の呼吸と心血の循環を推動している。また肺の粛降の作用のもとで、下行して腎に帰す。

三焦の気化機能が正常であり、気血津液の昇降出入の通路が通暢していて、始めて健康無病の状態を保証することができるのである。歳をとるにつれて臓腑の気化機能はしだいに低下する。上焦の心肺、中焦の脾胃、下焦の肝腎の中のどの一臓（腑）にでも気化機能の異常が現われれば、最終的には三焦全体の気化失調を引き起こし、気血津液の昇降出入の通路が不暢となると、風、火、湿、熱などの諸邪が内生したり、痰や瘀、濁毒等の病理産物が内生するようになる。

こういった気化失調の状態は、多くの老年期疾患発生の根源となり、疾病の存在はさらに三焦気化失調の状態の増悪をまねき、老化を促進することにつながってくるのである。このように「老化により病に罹りやすくなり、病により老化が加速する」といった悪循環を形成するようになるのである。

したがって正常な老化が生理的なものであっても、老化の生理的な変化と病理的な変化の間には、はっきりとした境界線は存在しない。動脈硬化症、退行性関節疾患、骨粗鬆症といった疾患は老化の過程で同時に発生する。また高血圧症、糖尿病、老年性認知症、腫瘍、自己免疫疾患といった疾患は、加齢とともに増加する。三焦気化失調が、まさに老化の根本機序であり、多くの老年病の「鍵」となる病機なのである。

筆者は三焦気化の角度から、日本人の長寿の原因分析を行なった。日本は世界一の長寿国家である。発達した経済水準、良好なる環境整備と空気水準のほかに、合理的な食システムと養生習慣が、人口平均寿命において欧米諸国を越える重要な原因の 1 つと考えられる。中国伝統医学の理論にもとづくと、空気の汚染が少なければ天地の清陽の気を吸入することが可能であり、上焦の心肺を養うことが可能となる。飲食はあっさりとしていて節制がなされ、調理の面では食材のもつ本来のうま味の保持に注意がはらわれており、これにより中焦の脾胃を養うことが可能となる。これに加えて養生や摂生を重視することにより補益肝腎がはかられているのである。このように上、中、下の三焦がすべて養われることによって長寿を実現しているのである。

Ⅲ．認知症に対する考え方

老年性認知症は老化に伴って出現する代表的な疾患の 1 つである。筆者は 90 症例の患

者の観察を行なったが、85 症例に耳や目の機能の障害、毛髪のトラブル、頭暈、健忘、腰膝の軟弱化、二便のトラブル、舌質淡、舌苔少、脈細無力といった肝腎虧損（不足）、髄海不足による現れが見られた。80 症例に肌膚甲錯（さめ肌）、舌質紫暗、舌下静脈の著しい怒張、脈細濇といった血瘀による現われが見られた。また 72 症例には言語のトラブル、挙動不審、哭笑無常（むやみに泣いたり笑ったりすること）、喉の痰鳴、頭部や体の重だるさ、胸脘痞悶、舌苔膩、脈滑といった脾胃痰湿による現れが見られた。17 症例には心煩、易怒、不眠、多夢、口渇、尿黄、舌辺と舌尖紅といった心火上炎による症状が見られた。

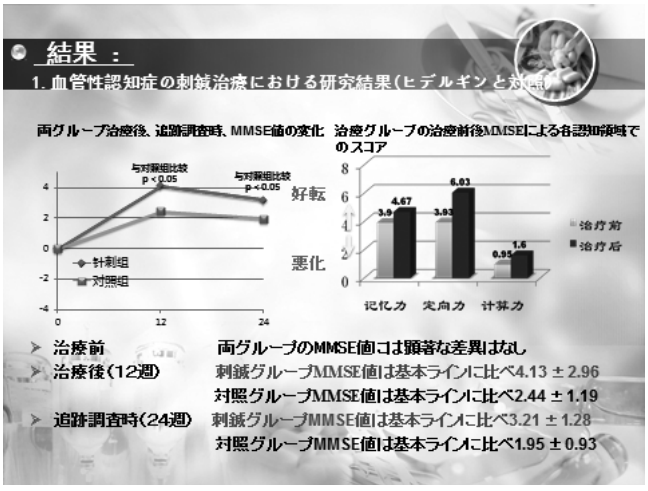
これらのことから老年性認知症は、某単一の因子による某単一の臓器の病変によるものではなく、上焦、中焦、下焦の多くの臓腑が関与していることが明らかとなった。

筆者は、老年性認知症は老化による三焦気化の失調、気血津液精の衰退、痰瘀毒濁の発生、陰陽失調により発症すると考えている。清陽が昇らないと神は栄養を失い、濁陰が降りなければ神は障害され、病により元神（脳）が損傷することによって認知症が起こると考えられるのである。

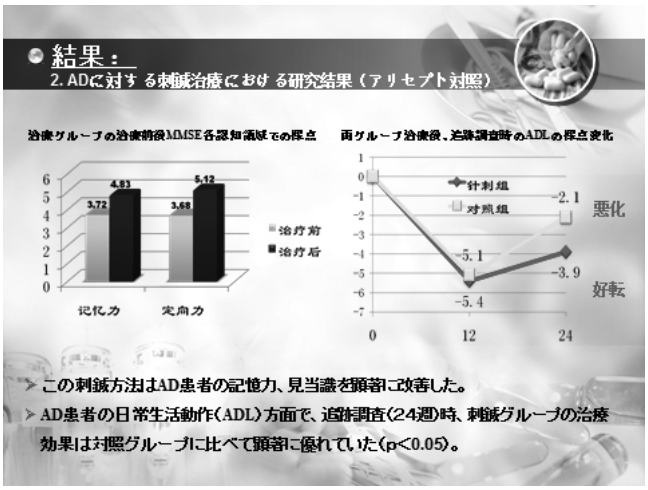
したがって老年性認知症に対しては、一般的には腎サイドからの論治、心サイドからの論治、肝サイドからの論治、胆サイドからの論治、腑実サイドからの論治、痰サイドからの論治、瘀サイドからの論治、濁毒サイドからの論治といった多くの観点が提起されているが、これらの観点はすべて、三焦全体の気化失調の中で出現するある発病段階の個別的な側面にすぎないのである。

Ⅳ．三焦鍼法による臨床研究の概要

三焦鍼法には、「三焦の気を動かし、三焦の血を整え、後天の本を助け、先天の元を培う」という効果があり、老年性認知症患者の知能状態と生活能力を改善することができた。臨床研究および基礎実験研究により、本治療法は脳老化と骨老化に対して確かな効果が認められることが実証されている。さらに一定程度、動物の生存期間と生殖期間を延長させることが実証されている。



435 名の血管性認知症と老年期認知症患者に対する臨床試験研究を通じて、本治療法の血管性認知症（ＶＤ）に対する短期効果と長期効果が、ともにヒデルギンによる効果よりも著しく優れていることが実証された。知能状態と生活能力が著しく向上を示し、また良好な状態を維持できることも実証された。本治療法は血管性認知症（ＶＤ）患者の記憶力、見当識、計算力を著しく改善することができ、とりわけ見当識の改善に対しては特に顕著な効果が認められた。これらの効果は、コントロール群（ヒデルギン服用群）と比較しても著しく有意であった。軽度の血管性認知症（ＶＤ）に対する治療効果は、いっそう高く、持続効果もすぐれている。



アルツハイマー型認知症（ＡＤ）患者に対して、本治療法は記憶力、見当識の面で著しい改善がみられ、アルツハイマー型認知症（ＡＤ）患者の日常生活能力の面においては、24 週後の追跡調査時の治療効果は、コントロール群（アリセプト服用群）よりも著しく有意であった。

「三焦気化失調－老化」相関説の核心は、中国伝統医学の整体観（統一体観）と弁証論治を基礎として、三焦気化失調が老化の根本機序であること、そして種々の老年病の「鍵」となる病機であることを提起したことである。

養生学の角度からは、人体を六気に適応させて六淫を避け、七情を調えて良い心理状態を維持させ、上焦は天の陽気により心肺を養い、中焦は飲食を調えて脾胃を養い、下焦は節度ある労逸により肝腎を養うことが重要であることを提起した。このように人体の内外を調え、三焦を調えれば、老化を遅延させ、健康寿命を延ばすという目的を達成させることができるのである。

治療の角度から言うと、臨床上では三焦気化の調節を重視すべきであり、これにより老化に対して良性の介入を実施し、老化時の悪循環を阻止すれば、老年病の発生や進行を抑止し、疾病治癒の目的を達成することができるのである。筆者は、この学説を提起することによって、老化が多くの因子の総合的な作用の結果であることを明らかにし、中国伝統医学における老化の病機（メカニズム）の内容を充実させることができた。

（天津中医薬大学　韓景献：編集　兵頭明）

【参考文献】

[1] 薛雨芳 . 中医衰老学说研究的再思考 [J]. 北京中医药大学学报 , 1997;20(3):11~12.

[2] 秦秋 . 从医学的目的诸问题之探讨兼论中医未来发展方向 [J]. 中国中医基础医学杂志 ,1998;(4):52.

[3] 杨建伯 . 中国人口平均寿命及流行病学意义 [J]. 中国地方病学杂志 ,2003;22(2):137~140.

[4] 金军华 , 张铁梅 , 童坦君 . 热量限制延缓衰老作用机制的研究进展 [J]. 中华老年医学杂志 , 2004;23(1):66-68

[5] 俞征宙 , 陈文发 , 俞宜年 , 等 . 从增龄对本虚标实证的影响探讨中医衰老机理 [J]. 中国中西医结合杂志 ,1992;12(2):80 ～ 82

[6] 林水淼 , 周如倩 . 中医论衰老机理 [J]. 上海中医药杂志 ,1994;15(12):15.

[7] 瞿延晖 , 张六通 , 梅家俊 . 析中医学衰老机理—兼论多虚实因素综合致衰老 [J]. 中国中医基础医学杂志 ,1996;2(1):27.

[8] Yu Jianchun, Zhang Xuezhu, Liu Cunzhi, et al. Effect of Acupuncture Treatment on Vascular Dementia[J]. Neurological Research. 2006; 28 (1): 97 ～ 103.

[9] 韩景献 , 于建春 , 于涛 , 等 . 针刺干预脑衰老的临床及基础研究 [J]. 天津中医药 ,2005; 22(5):438.

[10] 褚芹 , 于建春 , 韩景献 . 针刺对快速老化模型鼠 SAMP8 认知功能的改善作用 [J]. 中国行为医学科学 ,2005;14(11):964 ～ 965, 994.

[11] Yu Jianchun, Liu Cunzhi, Zhang Xuezhu, et al. Acupuncture improved cognitive impairment caused by multi-infarct dementia in rats[J]. Physiology & Behavior. 2005; 86(4):434 ～ 441.

[12] Liu Cunzhi, Yu Jianchun, Zhang Xuezhu, et al. Acupuncture prevents cognitive deficits and oxidative stress in cerebral multi-infarction rats[J]. Neurosci Lett. 2006; 393(1):45 ～ 50.

[13] 张月峰 , 于建春 , 李谈 , 等 . " 益气调血 , 扶本培元 " 针法对快速老化小鼠 SAMP8 海马和颞叶皮质神经元数量及形态的影响 [J]. 上海针灸杂志 ,2005;124(9):40 ～ 43.

[14] Yu Jianchun, Yu Tao, Han Jingxian. Aging-related changes in the transcriptional profile of cerebrum in senescence-accelerated mouse (SAMP10) is remarkably retarded by acupuncture[J]. Acupuncture & Electro-Therapeutics Research. 2005; 30(1-2): 27 ～ 42.

[15] Ding Xiaorong, Yu Jianchun, Yu Tao, et al. Acupuncture regulates the aging-related changes in gene profile expression of the hippocampus in senescence-accelerated mouse (SAMP l0) [J]. Neurosci Lett. 2006; 399(1-2):11 ～ 16.

[16] 刘存志 , 张雪竹 , 于建春 , 等 . 针刺对快速老化骨质疏松模型小鼠 SAMP6 骨生物力学的

影响 [J]. 中国中医药科技 ,2006;13(3):137 ～ 138.

第５節　認知症に対する海外での鍼灸治療研究の動向と成果
～外国文献分析結果からの現状～

Ⅰ．はじめに

伝統的中国医学で鍼灸、中薬、推拿を３大治療法とするように、現在、本邦で行われている東洋医学診療（Kampo medicine）にも、薬物療法である漢方（湯液）療法（Japanese herbal therapy）と物理療法である鍼灸・手技療法（Acupuncture & Moxibustion & manual therapy）がある。

近年、高齢者のみならず認知症に対する東洋医学研究（漢方・鍼灸）や論文が多く検討されている。例えば、水上[1)]は認知症の周辺症状に対する抑肝散の行動・心理症状（中核症状により生活上の困難にうまく適応できない場合に、本人の性格、環境、身体状況が加わって起こる症状）への効果を報告し、その有用性を示唆している。しかしながら、NIH 合意形成声明書（表 .1）の中にも認知症の鍼治療の有効性は記載されていない。また、認知症に対する非薬物療法[2)]の論文等でも、1) 精神療法、2) 認知リハビリテーションと 3) 作業活動療法、4) 芸術療法、5) 運動療法、6) その他の中に鍼灸療法は含まれていない。

そこで今回我々は、本領域における鍼灸治療の可能性を検討する為に、海外における認知症の鍼治療研究論文を検索し、本領域の鍼灸研究の現状を検討したので報告する。

NIH Consensus Statement (1997)

1）成人の手術後または化学療法による吐き気，嘔吐と術後歯痛に対して有効

2）薬物中毒，脳血管障害のリハビリ，頭痛，月経痛，テニス肘，線維性筋痛症，筋性疼痛，変形性関節症，腰痛，手根管症候群，喘息の治療の補助または代替医療として有用な可能性あり

表 .1 NIH合意形成声明書

（表 . 1）

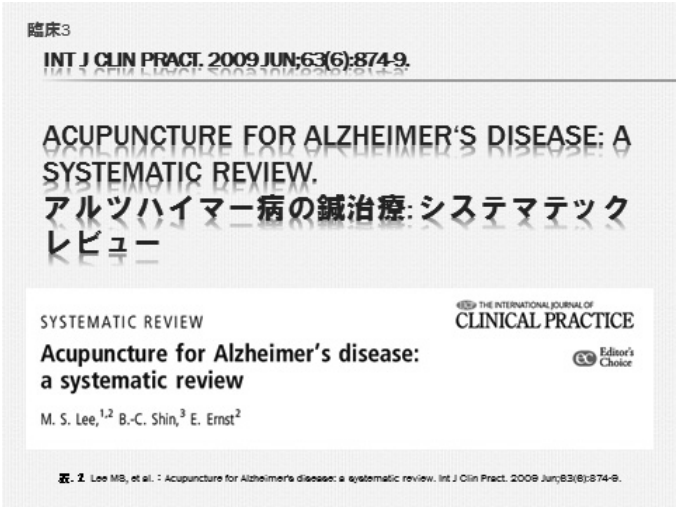
Ⅱ．対象と方法

方法は、過去 10 年間（2001 年～ 2010 年）に欧米で刊行されている医学雑誌から、Complementary and Alternative Medicine：CAM、Oriental medicine または Chinese medicine、Integrated medicine、Acupuncture 等に関する専門誌は除外し、“Acupuncture（鍼）”と

“Dementia（認知症）”、“Alzheimer's d's（アルツハイマー病）”、をキーワードに抽出された 16 文献について解析した。

Ⅲ．結果

その結果、本領域の論文は臨床研究 9 論文と基礎研究 6 論文中、Cochrane Database Syst Rev（2007）[3]、Systematic review（Int J Clin Pract,2009）[4]（表 .2、表 .3、表 .4）が含まれ、基礎論文では認知症モデルラットやマウスに対して、鍼治療が記憶障害等の防護効果[5,6]や、酸化的ストレスへ影響した抗加齢作用[7]、電気鍼による認知能力改善に神経成長因子や神経栄養因子（BDNF）が関与し脳細胞増殖の可能性を示唆している[8,9]。


臨床3

INT J CLIN PRACT. 2009 JUN;63(6):874-9.

ACUPUNCTURE FOR ALZHEIMER'S DISEASE: A SYSTEMATIC REVIEW.
アルツハイマー病の鍼治療:システマテックレビュー

SYSTEMATIC REVIEW

THE INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL PRACTICE

Editor's Choice

Acupuncture for Alzheimer's disease: a systematic review

M. S. Lee,[1,2] B.-C. Shin,[3] E. Ernst[2]

表. 2 Lee MS, et al. : Acupuncture for Alzheimer's disease: a systematic review. Int J Clin Pract. 2009 Jun;63(6):874-9.

（表 . 2）

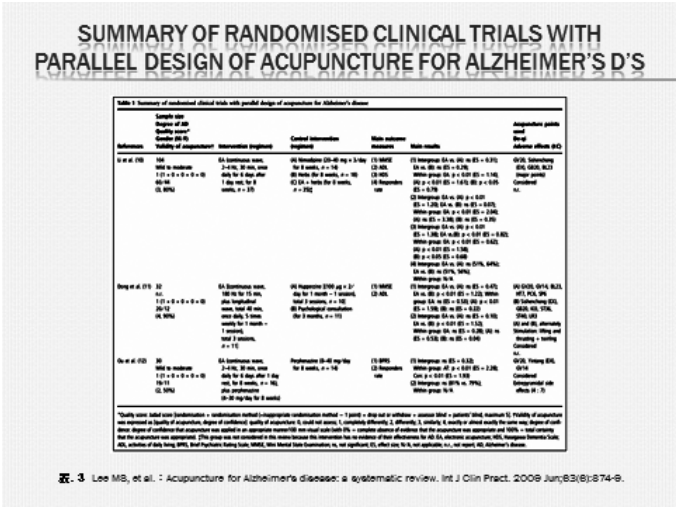

SUMMARY OF RANDOMISED CLINICAL TRIALS WITH PARALLEL DESIGN OF ACUPUNCTURE FOR ALZHEIMER'S D'S

表. 3 Lee MS, et al. : Acupuncture for Alzheimer's disease: a systematic review. Int J Clin Pract. 2009 Jun;63(6):874-9.

（表 . 3）

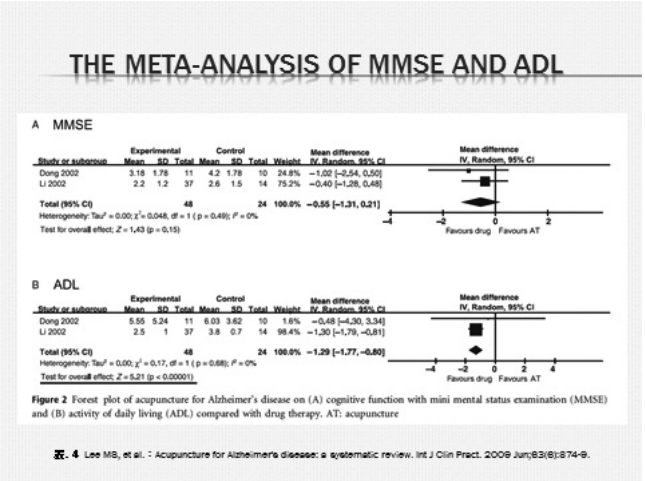


Figure 2 Forest plot of acupuncture for Alzheimer's disease on (A) cognitive function with mini mental status examination (MMSE) and (B) activity of daily living (ADL) compared with drug therapy. AT: acupuncture

表. 4 Lee MS, et al. : Acupuncture for Alzheimer's disease: a systematic review. Int J Clin Pract. 2009 Jun;63(6):874-9.

（表．4）

また、臨床研究では鍼治療は血管性認知症患者で脳のグルコース代謝を増加[10, 11]させ、中核症状やMMSE、HDS-R、およびADLスコアの改善[12, 13]をもたらすこと。また認知症の不安と憂うつに対する効果[14, 15]を示唆した。さらに、鍼刺激でないものの、顔面部のTENS効果や指圧療法の効果も解説されていた[16, 17]。（表.5、表.6）

Authers	Title	Source	Institution/Nationality
Lee MS,et al.	Acupuncture for Alzheimer's disease: a systematic review.	Int J Clin Pract. 2009 Jun;63(6):874-9.	Division of Standard Research, Korea Institute of Oriental Medicine, Daejeon,South Korea.
Helen Lavretsky,et al.	Complementary and alternative medicine use for treatment and prevention of late-life mood and cognitive disorders.	Aging health. 2008 February 1; 3(1): 61–72.	Department of Psychiatry & Biobehavioral Sciences, and Semel Institute for Neuroscience & Human Behavior, David Geffen School of Medicine at UCLA,Los Angeles, CA, USA.
Feng Wang, et al.	Acupuncture protected cerebral multiinfarction rats from memory impairment by regulating downregulation of apoptosis related genes Bcl-2 and Bax in hippocampus.	Physiology & Behavior 93 (2008) 122–131.	Molecular Biology Laboratory, Acupuncture and Moxibustion Research Institute, the First Hospital affiliated to Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, 314 West Anshan Avenue,Tianjin, China.
Luigi Manni, et al.	Changes in cognition induced by social isolation in the mouse are restored by electroacupuncture.	Physiology & Behavior 93 (2008) 337–342.	Istituto di Neurobiologia e Medicina Molecolare, CNR, via del Fosso di Fiorano 64, 00143-Roma, Italy& IRCCS, Fondazione Santa Lucia, via del Fosso di Fiorano 64, 00143-Roma, Italy.
Haiyan Chang,et al.	Acupuncture improves cognitive deficits and regulates the brain cell proliferation of SAMP8 mice.	Neuroscience Letters 432 (2008) 111–116.	Tianjin Key Laboratory of Acupuncture and Moxibustion, Molecular Biology Laboratory, Acupuncture and Moxibustion Research Institute, First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China.
Augustine Laurence Choo, et al.	Acupuncture as a Treatment Technique for Aphasia and Cognitive Impairments	Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders 12:107-113 October 2002.	Communication Disorders Program, Georgia State University Atlanta, GA ,USA .
Feng WY,et al.	Acupuncture for vascular dementia.	Cochrane Database Syst Rev. 2007 Apr 18;(2):CD004987.	Guang'anmen Hospital, Acupuncture, No.5 Bei Xiao Jie Street, Beijing, Xuanwu District, China.

systematic review

表.5 抽出された16文献①

（表．5）

Authers	Title	Source	Institution/Nationality
Huang Y, et al.	Acupuncture increases cerebral glucose metabolism in human vascular dementia.	Int J Neurosci. 2007 Jul;117(7):1023-37.	Department of Traditional Chinese Medicine, Southern Medical University,Guangzhou, China.
Yang NM, et al.	The efficacy of acupressure for decreasing agitated behaviour in dementia: a pilot study.	J Clin Nurs. 2007 Feb;16(2):308-12.	School of Nursing, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan, Republic of China.
			Acupuncture and Moxibustion Research Institute, The First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine,314 West Anshan Avenue,Tianjin 300193,China.
Yu J, et al.	Effect of acupuncture treatment on vascular dementia.	Neurol Res. 2006 Jan;28(1):97-103.	Gerontological Department, the First Hospital Affiliated to Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193,China.
Gao-Zhi Liu, et al.	Acupuncture prevents cognitive deficits and oxidative stress in cerebral multi-infarction rats.	Neuroscience Letters 388 (2006) 42–48	Gerontological Department, The First Hospital affiliated to Tianjin College of Traditional Chinese Medicine,314 West Anshan Avenue,Tianjin 300193, China.
Yu J, et al.	Acupuncture improved cognitive impairment caused by multi-infarct dementia in rats.	Physiol Behav. 2002 Nov 12;76(4-5):631-41. 2002.	Gerontological Department, The First Hospital affiliated to Tianjin College ofTraditional Chinese Medicine, Tianjin, 300193, China.
Murray LL, et al.	A review of select alternative treatment approaches for acquired neurogenic disorders: relaxation therapy and acupuncture.	Semin Speech Lang. 2004 May;25(2):133-49.	Department of Speech and Hearing Sciences, Indiana University, Bloomington 47405,USA.
Guo Y, et al.	A study on the rehabilitation of cognitive function and short-term memory in patients with Alzheimer's disease using transcutaneous electrical nerve stimulation.	Front Med Biol Eng. 2002;11(4):237-47.	Institute of Biomedical Engineering, Nagaoka University of Technology, Kamitomioka, Nagaoka 940-2188,Japan.
Lombardo, Nancy B., et al.	Acupuncture as Treatment for Anxiety and Depression in Persons with Dementia: Results of a Feasibility and Effectiveness Study.	Alzheimer's Care Quarterly. 2(4):33-41, 2001.	Spencer S. Eccles Health Sciences Library, 10 North 1900 East, Building 589, Salt Lake City, UT 84112, USA.

表.6 抽出された16文献②

（表．6）

Ⅳ．考察と結論

抽出された過去の報告において、基礎研究は少ない結果であったが、先進的な評価を使った解析方法が比較的多くみられた。しかし、臨床研究では、RCTs が無いことや研究の規模が小さいことから、血管性認知症のための鍼治療の有効性は不確実であり、これまでの研究成果はアルツハイマー病の鍼治療の有効性を示さなかった。また、軽度認知障害等の重症度別のトライアルや投薬群と投薬＋鍼群の比較のような研究内容が進められることが重要と考える。

以上のことから、本領域の鍼灸研究は、今後ランダム化された系統的臨床研究が急務かつ必須であり、AD 治療ガイドライン[18]に掲載されるような、質の高い研究成果が求められる。

（小俣　浩）

参考文献）
１）水上勝義：BPSD の治療；老年期認知症研究会誌（18）78-83，2011.
２）深津　亮：認知症に対する非薬物療法；老年精神医学雑誌（18）6 2007.

3) Peng WN,et al.：Acupuncture for vascular dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Apr 18;(2):CD004987.
4) Lee MS, et al.：Acupuncture for Alzheimer's disease: a systematic review. Int J Clin Pract. 2009 Jun;63(6):874-9.
5) Helen Lavretsky,et al. Complementary and alternative medicine use for treatment and prevention of late-life mood and cognitive disorders. Aging health. 2009 February 1; 5(1): 61–78.
6) Tong Wang, et al. Acupuncture protected cerebral multi-infarction rats from memory impairment by regulating the expression of apoptosis related genes Bcl-2 and Bax in hippocampus. Physiology & Behavior 96 (2009) 155–161.
7) Luigi Manni, et al. Changes in cognition induced by social isolation in the mouse are restored by electro-acupuncture. Physiology & Behavior 98 (2009) 537–542.
8) Haiyan Chenga,et al.Acupuncture improves cognitive deficits and regulates the brain cell proliferation of SAMP8 mice. Neuroscience Letters 432 (2008) 111–116.
9) Jacqueline Laures-Gore, et al. Acupuncture as a Treatment Technique for Aphasia and Cognitive Impairments.Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders 18 107-113 October 2008.
10) Huang Y, et al. Acupuncture increases cerebral glucose metabolism in human vascular dementia.Int J Neurosci. 2007 Jul;117(7):1029-37.
11) Xiaorong Ding , et al.Acupuncture regulates the aging-related changes in gene profile expression of the hippocampus in senescence-accelerated mouse (SAMP10). Neuroscience Letters 399 (2006) 11–16.
12) Yu J, et al. Effect of acupuncture treatment on vascular dementia. Neurol Res. 2006 Jan;28(1):97-103.
13) Cun-Zhi Liu, et al. Acupuncture prevents cognitive deficits and oxidative stress in cerebral multi-infarction rats. Neuroscience Letters 393 (2006) 45–50.
14) Murray LL, et al. A review of select alternative treatment approaches for acquired neurogenic disorders: relaxation therapy and acupuncture. Semin Speech Lang. 2004 May;25(2):133-49.
15) Lombardo, Nancy B., et al. Acupuncture as Treatment for Anxiety and Depression in Persons with Dementia: Results of a Feasibility and Effectiveness Study. Alzheimer's Care Quarterly. 2(4):28;41, 2001.
16) Guo Y, et al. A study on the rehabilitation of cognitive function and short-term memory in patients with Alzheimer's disease using transcutaneous electrical nerve stimulation. Front Med Biol Eng. 2002;11(4):237-47.
17) Yang MH, et al. The efficacy of acupressure for decreasing agitated behaviour in

dementia: a pilot study. J Clin Nurs. 2007 Feb;16(2):308-15.
18）東海林 ,Ad 治療ガイドライン - 本邦と海外との比較 -Prog.Med.30;2127-2131,2010.
[図・表]
（表 .1）NIH 合意形成声明書
（表 .2）Lee MS, et al.：Acupuncture for Alzheimer's disease: a systematic review. Int J Clin Pract. 2009 Jun;63(6):874-9.
（表 .3）Lee MS, et al.：Acupuncture for Alzheimer's disease: a systematic review. Int J Clin Pract. 2009 Jun;63(6):874-9.
（表 .4）Lee MS, et al.：Acupuncture for Alzheimer's disease: a systematic review. Int J Clin Pract. 2009 Jun;63(6):874-9.
（表 .5）表 .5 抽出された 16 文献①
（表 .6）表 .6 抽出された 16 文献②

第３章　認知症に対する鍼灸治療

第１節　治療システムについて

Ⅰ．三焦鍼法について

三焦鍼法とは、抗加齢処方をベースに認知症の治療に対応したものである。

「三焦気化失調―老化相関論」に基づいて、天津中医薬大学の韓景献教授が三焦気化の調節という角度から老化を遅らせ、さらに老年病の予防と治療を目的に、「益気調血、扶本培元鍼法」として開発したものである。

三焦鍼法の治療方針は「益気調血、扶本培元」である。

Ⅱ．基本処方

１）基本経穴部位

膻　中：（任脈）前胸部、前正中線上、第４肋間と同じ高さ。
〈心包経の募穴、八会穴の気穴〉

中　脘：（任脈）上腹部、前正中線上、臍中央の上方４寸。
〈胃経の募穴、八会穴の腑会〉

気　海：（任脈）下腹部、前正中線上、臍中央の下方１寸５部。

足三里：（足陽明胃経）〈胃経の土合穴、四総穴、胃の下合穴〉
下腿前面、犢鼻と解渓を結ぶ線上、犢鼻の下方３寸。

血　海：（足太陰脾経）〈血証の要穴〉
大腿前内側、内側広筋隆起部、膝蓋骨底内端の上方２寸。

外　関：（手少陽三焦経）〈三焦経の絡穴、八脈交会穴〉
前腕後面、橈骨と尺骨の骨間の中点、手関節背側横紋の上方２寸。

２）基本処方解説

Ａ．「益気調血・扶本培元」

〔膻中〕〔中脘〕〔気海〕はそれぞれ上焦・中焦・下焦の調節をはかる。

〔外関〕を配穴して三焦を通調し、佐として〔足三里〕により補益後天をはかり、〔血海〕により調血和血をはかるものとした。

本治療法は脳老化と骨老化に対して確かな効果があり、さらに動物の生存期間と生殖期間を一定程度延長させることが実証されている。

Ｂ．三焦に対する配穴

「益気調血・扶本培元」は「三焦気化失調―老化相関論」を基礎に確立したものである。

〔膻中〕は上焦の気機の調節・調補宗気により気血を巡らせる。
〔中脘〕〔足三里〕は中焦の気化を促進して気血の生成を促す益気和中の効果があり、痰濁を化す。
〔気海〕は下焦の気化を総合的に調節し、元気を補い発奮させ昇発させる。
〔外関〕は三焦を総合的に調える。

C．気機の調節
〔膻中〕〔中脘〕〔足三里〕〔気海〕〔外関〕の５穴で三焦の各部に所属する臓腑の気機の調節をはかる。この方法により、気機における上下の流通を貫通することで一体化させ、各部位を協調・共済させることは、全身の気化機能による通暢・条達を安定させる。さらに〔血海〕は行血・養血・調血の作用があり、扶正培元の効果を高め、脳の正常な智能を回復させる。また、〔膻中〕〔中脘〕〔気海〕はすべて陰経 (任脈) 上にあり、「陰から陽を引く」の意味がある。
以上によって、三焦のもつ「上焦は霧の如し、中焦は漚の如し、下焦は瀆の如し」と言う生理状態を維持し、全身の気機を流暢にして気化を正常化させる。

３）基本経穴刺鍼法

基本経穴	刺鍼方向	手法	方意
足三里（写真 1）	直刺	捻転補法	補益後天
血　海（写真 2）	直刺	捻転平補平瀉法	調血和血
外　関（写真 3）	直刺	捻転平補平瀉法	通調三焦
気　海（写真 4）	直刺	捻転補法	三焦（上焦・中焦・下焦）調節
中　脘（写真 5）	直刺	捻転補法、呼吸補法	
膻　中（写真 6）	上に向け水平刺	捻転補法	

（写真 1）

足三里

捻転補法

（写真 2）

血　海

捻転平補平瀉法

（写真 3）

外　関

捻転平補平瀉法

（写真 4）

気　海

捻転補法

（写真 5）

中　脘

捻転補法・呼吸補法

（写真 6）

膻　中

捻転補法

第２節　手技について

韓景献教授（天津中医薬大学）の開発した認知症に対する鍼灸治療法「三焦鍼法」を施すにあたり、中医鍼灸の特徴でもある得気と補瀉手技をマスターしなければならない。

その鍼灸補瀉手技は天津方式のものを採用する。

三焦鍼法をマスターするためには、次の４つのステップで習得していくことが望ましい。

ステップ１．得気の定義を理解し施せる

ステップ２．補瀉手技の定義を理解し施せる。

ステップ３．「三焦鍼法」の処方を理解し施せる。（第２章参照）

ステップ４．弁証論治に基づき患者の個々の問題に対し処方・治療ができる。（第２章参照）

Ⅰ．得気の概念

得気は「鍼感」とも「響き」とも言われている。

得気は､鍼を一定の深さに刺入したときに得られる鍼独特の感覚であり､「酸(だるい)」「麻（しびれる)」「重（おもい)」「脹（はる)」といった表現をされることが多い。得気は鍼下に得られるものであるが、時に流注に沿って感覚が伝わることもある。

得気の有無は治療効果とも関係し、全く何も刺鍼感覚のないものは治療効果が出にくい。補瀉手技も原則、得気後に施すものである。

正確な取穴・角度・方向・深度が前提であり、刺鍼しても得気を得ない場合は、得気を促進する方法として候気法と催気法がある。

1）候気；置鍼して気が集まるのを待つ。

2）催気；一定の補助手技をして、経気を促進する。

A. 循法；経穴の上下部位を経絡の循行に沿って軽く押しさする方法。

B. 弾法；指で鍼柄を弾く。

C. 剃法；拇指で鍼頭を押さえ、示（中）指で鍼柄をさする。

D. 揺法；手指で鍼柄を挟み揺らす。

E. 飛法；・拇指と示指で鍼柄を強く挟み、素早く指を離す。

・拇指と示指で鍼柄を軽くひねり、素早く離す。

F. 振顫法；鍼柄を持ち、小さな幅で振顫（上下）する。

Ⅱ．補瀉手技（手技量学）

補瀉手技の目的は、補瀉法を用い病態（虚実）に対して調節を図ることである。

補法は正気を補う目的で行い、瀉法は邪気・病理産物を取り除く目的で行う。

補瀉手技の種類は数多く存在するが、基本補瀉手技（単式補瀉手技）と総合補瀉手技（複式補瀉手技）に大別することができる。

基本（単式）補瀉手技；捻転、提挿、捻揉、徐疾、九六、呼吸、迎随、開闔など

総合（腹式）補瀉手技；焼山火純補、透天涼純瀉、陽中隠陰、陰中隠陽など

☆　鍼の操作は､鍼を「左右に回転させる（捻転法)」と「上下に動かす（提挿法)」に集約され、この２種類の補瀉法が全ての手技の基本となる。

1）捻転補瀉法の定義

A．捻転補法　（1）振幅；90 度以内

（2）頻度；120 回以上／分

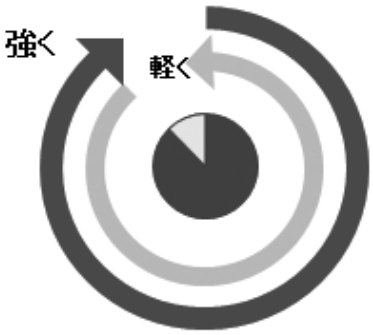
（場合によっては高速捻転で 200 回／分）

90度以内で強く母指と示指で挟み込むように強く引き、軽く戻す。(1回)

【 120回以上/分 】

B．捻転瀉法　（1）振幅；180 度以上（360 度以内）

（2）頻度；60 回／分



180度以上(360度以内)で力強く引いて、軽く戻す。(1回)

【 60回/分 】

☆注意点

ａ．いずれも得気した後に手技を行うこと。

ｂ．捻転させるときに行きと帰りで力の差をつける。
鍼の捻転（回転）を止めるときの指の圧が力となる。
帰りは力を緩め軽く戻す。

ｃ．手技の継続時間は治療効果と密接な関連性を持つ。
石学敏教授（天津中医薬大学）らの実験結果より一般的には各経穴に対し１～３分間の手技が効果的である。

Ｃ．捻転平補平瀉法　（１）振幅；90 ～ 360 度以内
（２）頻度；60 ～ 120 回 / 分
（３）力方向；特になし

平補平瀉法は気機を補と瀉いずれにも偏らせない手技である。振幅・頻度ともに補法と瀉法の中間位が望ましい。捻転法は補瀉それぞれの回転方向の行きと帰りに力加減の差をつけるが、平補平瀉法の捻転は行き帰りとも同程度の力加減で連続的に行う。

90度～360度以内で引く力と戻す力の差を変えない。

【 60～120回/分 】

☆補足

石学敏氏の提唱した「手技量学」や韓景献氏の開発した「三焦鍼法」の手法においても、捻転補瀉法には「力の方向」が定義されているが、この「力の方向」にはいくつかの問題点もあり今回は捻転補瀉法の定義から省略させていただいた。

《力の方向定義》

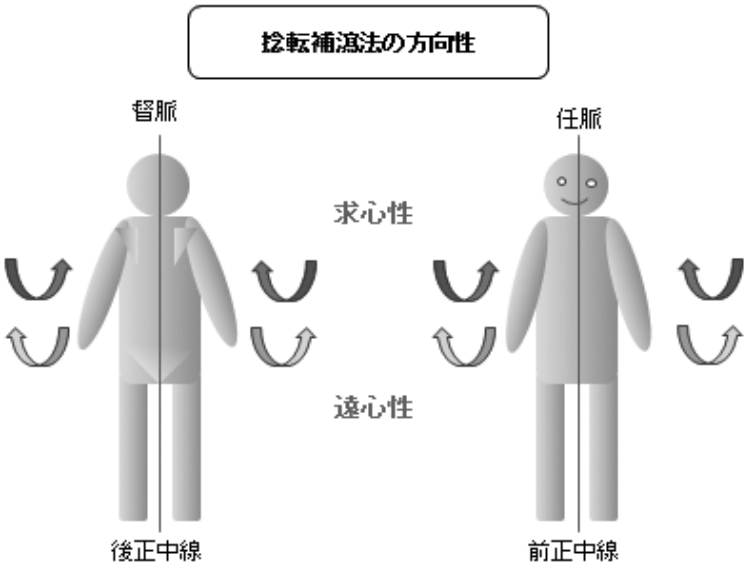
「捻転補法は任脈または督脈に対して求心性

（右半身では反時計回り、左半身では時計回り）

捻転瀉法は任脈または督脈に対して遠心性

（右半身では時計回り、左半身では反時計回り）

捻転平補平瀉法は力の方向性は定めていない。



その問題点とは

ａ．任脈、督脈上の経穴には方向性が付けられない

ｂ．身体の外側の経穴および上肢の経穴において同じ経穴であっても仰臥位と伏臥位では方向性が異なってくる

ｃ．今回の三焦鍼法では任脈の経穴（膻中・中脘・気海）に補法を施し、足三里以外は平補平瀉法を施す

以上のことから、今回は捻転補瀉法の定義から省略したが、本来は「力の方向」を含めた三要素として定義付けられていることをご承知おきいただきたい。

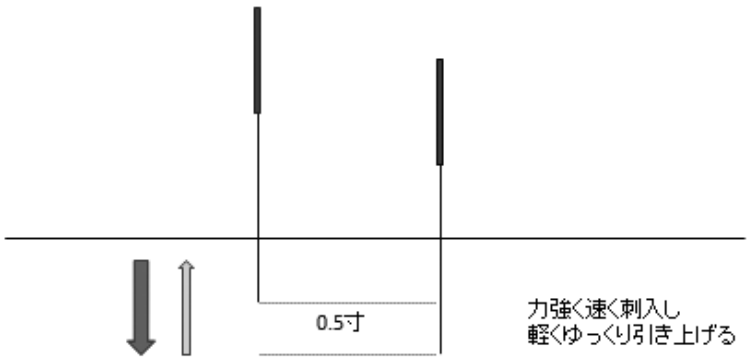
2）提挿補瀉法の定義

提挿補瀉手技には三要素（速度、力作用、幅）が必要不可欠である。

A．提挿補法　（1）速度；緊按慢提（素早く刺入、ゆっくり抜く）

（2）力作用；重挿軽提（力を入れて刺入、軽く抜く）

（3）提挿幅；0.5 寸



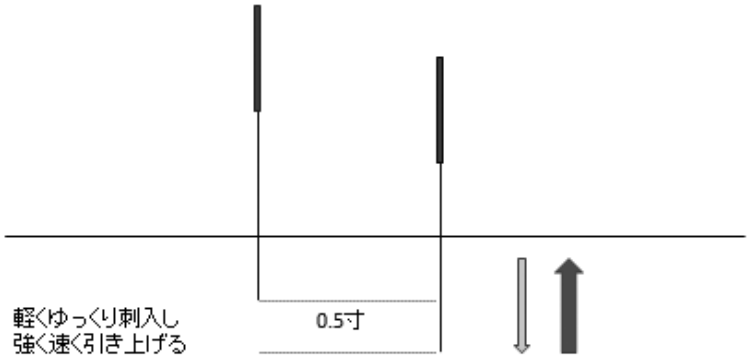
【 提挿幅がある 】

※ 提挿は同筋中で施す！

B．提挿瀉法　（1）速度；慢按緊提（ゆっくり刺入、素早く抜く）

（2）力作用；軽挿重提（軽く刺入、力を入れて抜く）

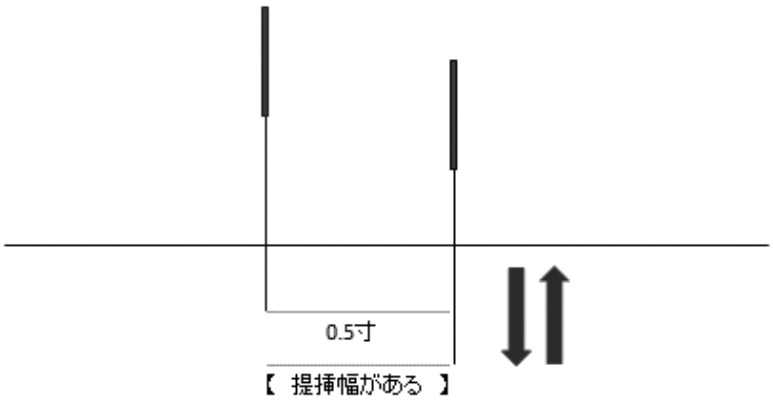
（3）挿幅；0.5 寸



【 提挿幅がある 】

※ 提挿は同筋中で施す！

C．提挿平補平瀉法　（1）速度；刺入も引き上げも同じ速度
（2）力作用；刺入も引き上げも同じ力
（3）提挿幅；0.5 寸



☆注意点

a．いずれも得気した後に手技を行うこと。

b．まず力を込めて一定の幅で挿入・提出することを習得する。
一定の幅で手技を施さないと鍼が深く入りすぎたり、抜けたりするので要注意。

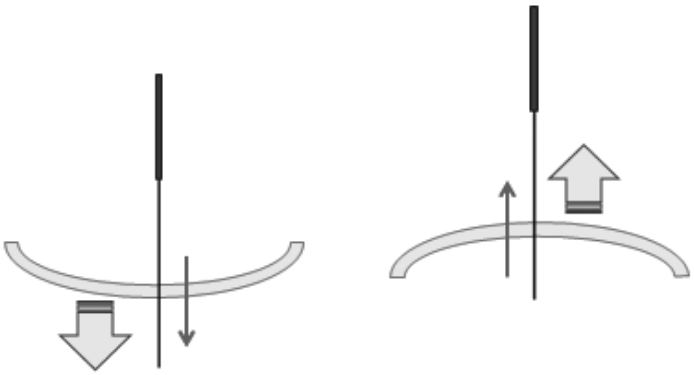
c．提挿幅は必ずしも 0.5 寸ではなく、刺鍼部位（経穴）により長短の差を考慮すること。

3）呼吸補瀉法の定義

呼吸の補瀉法は、鍼の刺入および抜鍼を患者の腹式呼吸に合わせて行う補瀉の手法である。

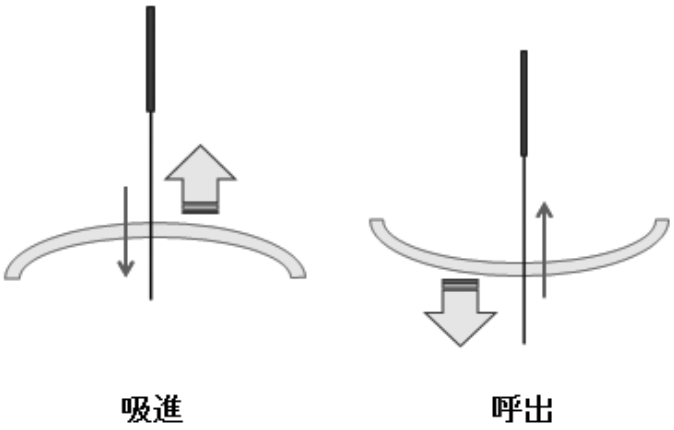
A．呼吸の補法

患者の呼気時（腹部がへこむとき）に鍼を刺入し、吸気時（腹部が膨らむとき）に鍼を引き上げるもしくは抜鍼する。



B．呼吸の瀉法

患者の吸気時（腹部が膨らむとき）に鍼を刺入し、呼気時（腹部がへこむとき）に鍼を引き上げるもしくは抜鍼する。



（河原保裕）

第４章　日本における認知症に対する鍼灸治療の事例報告

本章では、一般社団法人老人病研究会（会長　川並汪一）が認定している認知症専門鍼灸師（Gold-QPD 育成講座の修了生）から寄せられた在宅・高齢者入居施設・通所介護施設で施術した事例報告の幾つかを紹介する。MMSE 検査および N-ADL 測定は、原則として初診および 4 週ごとに 1 回測定を行なうこととしている。

第１節　在宅における鍼灸治療の事例報告

【事例報告１】アルツハイマー型認知症（脳血管障害を伴う）

男性　73 歳　　要介護（―）

アルツハイマー型認知症（脳血管障害を伴う）、海馬傍回の萎縮

[現病歴]

数年前より、もの忘れが目立ってきており、奥様が病院受診を勧めていたが、本人に自覚がなく、病院受診を拒んでいた。

平成 X 年、旅行先でお土産を買ったが、自分で何を買ったのか思い出せなくなり、病院を受診することを決意する。

平成 X 年 3 月脳外科を受診し、アルツハイマー型認知症と診断を受けた。

同じ話を繰り返す、物の置き忘れ等の記憶障害が目立つ。人と話をすることが億劫になり、外出が減った（以前はお酒が好きでお酒の席に出る事が好きだったが、ope 後アルコールを摂取すると動悸が起こり、苦しくなるので現在は全く飲んでいない。また、コミュニケーションは十分可能だが、会話をすることがストレスに感じるとの事で、人との接触を避けてしまうようである）。

ADL は維持しており、現在は自宅で田んぼや畑の仕事をしている（一人では何をすれば良いか解らなくなるため、奥様の指示を受けて作業をしている）。

色々な事に興味が無くなってきたが、時々パチンコに出かけたり、花植えを楽しんでいる。毎日の散歩（1 時間 30 分）は欠かさず行なっている。

[既往歴]

・心疾患：平成 X+ 1 年 ope（ペースメーカー）

自覚症状はなかったが、検診にて不整脈を指摘され、詳しい検査を行なったところ、ペースメーカー ope が必要との診断受けた。

[家族歴]

・実父：認知症

[服用薬]

・アリセプトD 10mg
・ビオフェルミン
・バイアスピリン錠
・ガスオール 40mg
・サアミオン錠
・セレキノン 100mg

[家族状況]

・家族と同居
・日中家族が一緒
・介護能力（有）：主たる介護者は妻

患者に対応する場合は、初診から 4 診くらいまでの対応法が重要であるので、ここでは 4 診までは患者情報のポイントを紹介することとする。その後は 4 週ごとの状態を紹介し、特記すべき変化がある場合は個別に紹介することとした。

[治療経過]

初診：鍼灸は初めて。注射は苦手(嫌い)とのこと。身体の痛み等は特になし、頚肩(L<R)・背腰部（膨隆）・四肢筋緊張（+）特に陽明経。食後の腹部の張り感（+)、腹部が硬い、舌質紅、舌苔やや黄膩。

・治療穴：三焦鍼法の基本６穴（外関、足三里、血海、気海、中脘、膻中）

２診：左第２指が時々攣れて痛いことがある。食後の腹部の張り感（+)。排便に時間がかかる（便の状態は良い)。舌質紅、舌苔やや黄膩。

・治療穴：基本６穴＋左曲池・手三里・合谷・豊隆

３診：今日は雨が降っていたため、散歩は行けなかった。台所の掃除を手伝っていた。左手指の攣れは、今週は無かった(奥様談)。背腰部筋緊張(+)。舌質紅、舌苔薄白。

・治療穴：基本６穴＋　腎俞、大腸俞

４診：今日は鍼灸治療の日だと覚えていて、自分で支度を整えて待っていたとのこと(奥様談)。食後腹部の張り感（+)、下腿部胃経緊張（+)、背腰部筋膨隆（+)、舌質紅、舌苔やや黄。

・治療穴：基本６穴＋　百会、風池、腎俞、大腸俞

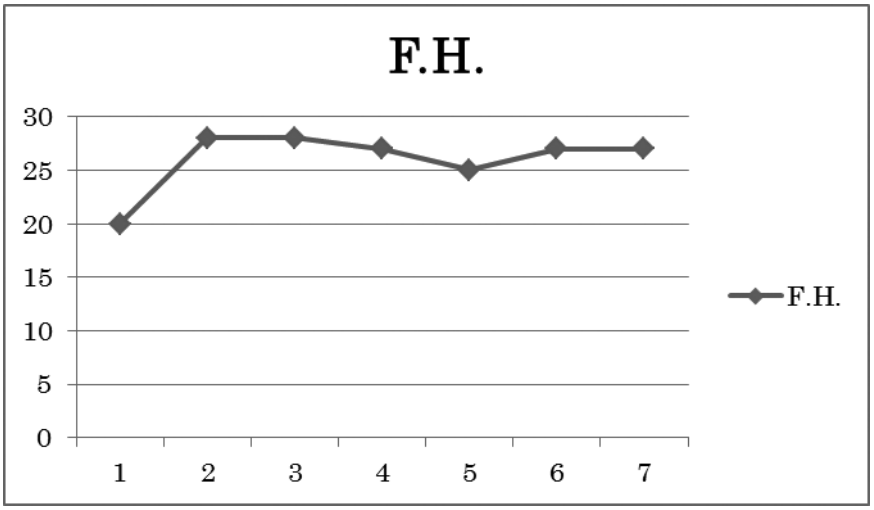
８診：昨日は某県へ葬儀に出かけてきた。出かけた事は覚えているが、何処へ何をしに出かけたか思い出せず、奥様に言われて思い出す。MMSE 検査時も、昨日息子さん・奥様と一緒に出かけたので今日は月曜日との認識 (遊びに出かけたと思っていたようである)、見当識が相変わらずである。計算は前数字を忘れずにスムーズに行えた。舌質紅、舌苔やや黄。

・治療穴：基本６穴＋四神総・膈兪・腎兪・大腸兪

12診：今日は雪が降ったので、散歩は中止し庭の雪かきをした。特に疲れは無いが、左第２指が攣れた。右頚肩部・前胸部筋緊張(+)、両前腕（肘周囲）筋緊張(+)、背腰部の筋膨隆（＋）。食後のげっぷ（＋）。舌質紅、舌苔白。

・治療穴：基本６穴＋腎兪・大腸兪、百会・風池、曲池・合谷

13診～24診については、12診までと同様に不定愁訴に対しては個別に追加穴を配穴して対応した。



[考察]

年月日等の見当識に関する質問については、終始悩み不正解になることが多かったですが、計算の解答もテンポよくできるようになったように思います。また、施術の日ということは覚えておられないが、今日は鍼の日だよと奥様が伝えると「じゃあ、布団を干さなきゃな」と布団干しをする等、少しずつだが意欲が出てきたようです。

（症例報告：花輪貴美）

【事例報告２】アルツハイマー型認知症

男性　86歳　　要介護１

アルツハイマー型認知症

[現病歴]

ADLはほぼ自立だが易疲労あり。歩行時に両下肢がすり足傾向で、転倒リスクが高い。症状は記憶障害(短期記憶)、判断力や問題解決能力の障害、見当識障害がみられる。また、周辺症状として、抑うつや不安といった症状が見受けられる。性格は非常に穏やかで攻撃的な面は見られない。ご家族によると、平成Ｘ年頃から完全に仕事（ぶどう農家）を退き、物忘れがひどくなったり、会話が減ったり、表情が乏しくなってきたとの事。五十肩（右）もある。

[既往歴]

・膀胱癌：66 歳頃。膀胱摘出術を受け代用膀胱に置換。尿意が無いため 3 時間毎にトイレへ行っている。

・胃潰瘍：平成 X 年　投薬治療にて完治。

・腎盂炎：平成 X 年 10 月上旬　1 週間ほど入院治療。

[服用薬]

・ドグマチール 50mmg　1 日 3 錠

・ラソブラン OD 15mmg　1 日 1 錠

・アリセプト D 錠　5mmg　1 日 1 錠

・アリセプト D 錠　3mmg　1 日 1 錠

・抑肝散エキス顆粒　7・5g　1 日 3 回

[家族状況]

・妻、次女、孫娘と同居

[キーパーソン]

・次女

[治療経過]

初診：無表情。何をされるのかと緊張している様子。MMSE 検査の質問に対し、日付や曜日は新聞を見て答えた。

・治療：三焦鍼法をベースとし、個々の不定愁訴に対しては個々に対処することとした。

4 診：MMSE 検査の説明をしたのち、実施するも妻に対して「お前がやってもらえ」との発言があった。無表情で反応が弱い。中脘穴に硬結あり。

5 診～ 12 診の推移：

・MMSE 値は 21 → 17 に悪化（施術 8 回目）。

・初めて笑顔を見せてくれた（施術 11 回目）。

・妻とデイサービスを利用開始したが、本人は「温泉」に行っているつもりである。

・横になるとすぐ眠ってしまう事が多い。

・玄関まで見送りをしてくれた。

13 診～ 48 診の推移：

・表情や感情表現が豊かになってきた。

・デイスタッフの名前を覚えようとする努力がみられる。

・妻が他界し落ち込んでいたが、感謝の言葉が聞けた。

・会話が続く事が増えてきた。

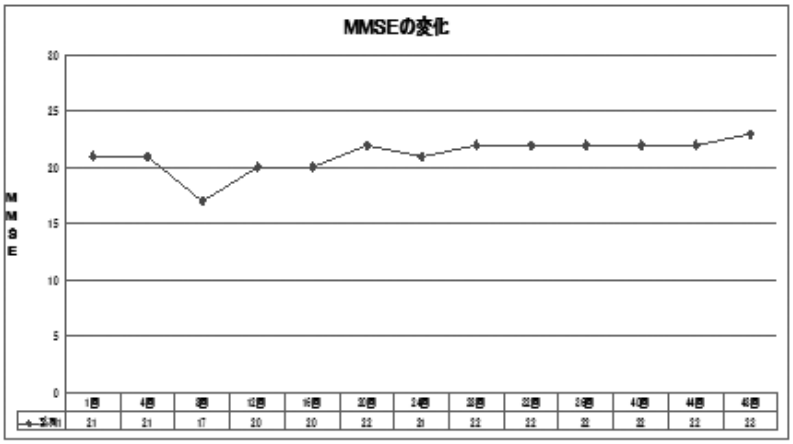
・洋服を反対に着たが、すぐに気づいて直した。

・自ら体調に関しての発言があった (右肩甲内側の凝り感)。

・新聞を細かいところまで読むようになった。

・時々部屋を間違える。

MMSEの推移



[考察]

・第 1 クール（初診～ 12 診）

数的評価に大きな変化はなかった。しかし 11 回目の施術で初めて笑顔を見せてくれたり、答えられない質問に対しての粘りが見られるようになった。また、施術を継続していく中でデイサービスの利用回数が増えたことは、ご本人やご家族にとって大きな変化であった。当初は乗り気でなかったようだが、週 3 回出かけられる精神的・肉体的な余裕が生まれたのではないかと考察している。社会的な交流時間が増加することにより、今後鍼治療がより効果的に作用することを期待したい。

8 回目施術の際の MMSE 検査時は同行見学者がいたこともあり、緊張されていた様子で評価にも影響があったように感じた。この点は次回への反省点となった。右肩甲骨周囲にコリ感と疼痛を訴えていたのでマッサージ施術を加えたところ非常に喜んで下さり、その後の鍼施術にスムーズに移行することができた。もっと早い段階で信頼関係を構築することができれば、より良い治療ができたのではないかと感じた。

・第 2 クール（13 回～ 24 回）

筆者を「鍼の人」として覚えてくれた様子である。体調や ADL に大きな変化は見られないが、日によって笑顔が見られるようになってきた。MMSE 検査では、長い文章を書いてもらう設問に対し､「今日は女房と温泉（デイサービスのことを言っている）

に行ってきました」と、２回連続で同じ回答が見られた。以前は奥様と温泉に通っていたらしく、デイサービスで入浴することがきっかけとなり、その頃の記憶を呼び起こしているのではないかと感じた。また認知症という主症状以外の訴え（この患者の場合は､右肩甲骨内側の筋緊張）に対するアプローチが､施術をスムーズに進めるきっかけになっており、信頼関係の向上にも繋がったと感じる。

・第３クール（25 回～ 36 回）

5 月初旬に奥様が他界され、落ち込んでいた。また、最近はキーパーソンである同居の娘さんの仕事が忙しい時期となり、娘さんは不在がちである。奥様のご逝去などで状況が変わり、会話をする機会も減っていると思われる。私を覚えて下さったと思っていたが、31 回目の施術にて「鍼は今日が初めてです」との発言があり驚いた。本人は週に３回デイサービスに行っているものの、依然として「温泉」に行っていると思っているようである。しかしながら MMSE 検査などの評価には大きな変化は見られず、認知機能は２１~２２を維持している。出血傾向が見られ、手背などは少しぶつけただけでも広範囲に内出血を起こすため、施術時は十分に気を付けて行っていきたい。

・第４クール（37 回～ 48 回）

奥様の他界に悲しんでいたが、徐々に生活のリズムを取り戻してきている。しかし話し相手が居なくなったためか、以前よりも放心しているような印象がある。著者は奥様の施術も担当していたが、そのことはしっかりと覚えていてくれた。施術中はこちらの問いかけに対して答えてくれるが、自発的な発言はほとんど見られない。しかし施術前に「シャツは脱いだ方がいいですか？」といったような確認をされることが増えてきた。これは嬉しい変化である。

MMSE 検査では前回までと比較し､注意と計算の項目（100 から 7 を引いていく問題）で加点しており､第48回の時点で23まで上昇している｡N-ADLは46を維持している。

[まとめ]

・週１回､1 年弱にわたる鍼灸マッサージ治療によって患者は笑顔を見せるようになり、筆者のことを「鍼の人」と認識できるようになった。さらに、自らマッサージを希望する、挨拶・見送りをする、亡くなられた妻への施術に対する感謝の言葉を述べるなど、MMSE 値だけでは見えてこない認知症の方の「内面的な力」を一定程度ではあるが、サポートすることができたことを、大変うれしく思う。

・またキーパーソンや家族がそばに居ることによって状態が安定する傾向がみられることから、認知症の方にとって信頼・安心できる存在がいかに重要かを再認識した。鍼

灸マッサージ師は治療家として知識や技術の向上に重きを置きがちだが、それ以前に人と人との関係性､人間的なふれあいが大切なのではないかと感じた。それとともに、鍼灸マッサージ師自身が認知症の方にとって信頼・安心される存在にならなければならないこと、それが治療効果のさらなる向上に繋がると確信した。その一助として、不定愁訴を改善することが認知症の方との信頼関係を構築する上でとても大切であることに気づかされた。

・認知症は現在の医学では治せないかもしれないが、鍼灸マッサージ治療による全人的総合的なサポートを行なうことによって、認知症の方の人格の尊厳を守り、認知機能低下の予防、周辺症状の緩和、ADL の改善、QOL の向上を総合的にはかることは、可能だと思われる。

（症例報告：矢野司）

【事例報告 3】パーキンソン病（アルツハイマー型認知症の疑いあり）

75 歳　男性　　要介護 2

アルツハイマー型認知症の疑いがあるパーキンソン病の患者

[現病歴]

パーキンソン病。X-5 年ころからすくみ足の症状が出始め、X-4 年にパーキンソン病の診断を受けた。歩行時に転倒をしやすく、ベッドからの起き上がりや、椅子からの立ち上がりが困難で妻の軽介助を要する。室内ではすり足、前傾歩行だが自立。自宅近くの散歩が日課となっており妻が手を引きながらゆっくり歩行している。

左手の震え（ピルローリング)、すくみ足、突進歩行、声が出にくい、歩行中後の腰痛、全身的な筋緊張、便秘傾向、足の冷えの訴えがある。腹部の張りは薬の服用で改善している。下腿の引き攣れは鍼灸治療で改善している。呼吸時に喘鳴があるが、呼気困難の自覚はない。表情が硬いが笑顔のみられる時もある。

体格は肥満傾向にある。皮膚が薄く張り詰めている感じがする。(特に腹部と両下腿)。下肢の血行不良で、端座位を取ると足部が紫に変色してくる。

[既往歴]

・若い頃にぎっくり腰。その他大きな怪我、病気はない。

[服用薬]

・シンメトレル 50（朝夕 1 錠）
・アーテン 2（朝夕半錠）
・メネシット（朝 2 錠、昼夕 1 錠）

・その他、抗不安剤、睡眠導入剤、消化剤を服用

[家族状況]

・自宅で妻、長女と暮らす

・日中は妻と二人

[治療経過]

初診：血圧 117/76mmHg、脈拍 80/ 分

歩行時に前傾姿勢が強くなってきて腰痛がある。声の出が悪い。質問に対する反応が遅い感じがする。

・治療穴：膻中、中脘、気海、足三里、血海、外関、外金津、外玉液、上廉泉、百会、天柱、肩中俞には、寸６の３番（セイリン社製 M タイプ）で刺鍼。腎俞、大腸俞に温灸（達磨灸レギュラー：以降同様）。

・備考：MMSE で日付が答えられなかった事に妻が驚いていた。計算は 1 回だけ行い諦めてしまった。文章は何も書けなかった。図形は左の五角形が六角形となり、見本に対して小さく 1/4 程度であった。

２診：前回の MMSE テスト内容について、難しくうまく答えられなかったと、自ら感想を述べた。声の出は気にならない。

４診：歩行時前傾があり､体幹の動きが硬く､緊張あり。伏臥位で大腿四頭筋のストレッチ後、緊張が緩和し、ROM 徐々に広がる。

７診：顔が赤く足が冷たい。体幹部の筋緊張が強い。寝返り困難なこともあるが、今日はスムーズであった。

８診：今週は体調がよい。発声もよく、声が明るい。体幹部の筋緊張あり。施術後に緩和しているが良い状態の維持には至らず。

10診：今日は寝返り困難。便秘と歯痛の訴えあり。声は出しやすい。四頭筋の緊張がゆるみ、膝関節屈曲の可動域が広がる。

16診：また便秘傾向にある。体幹と下肢の筋緊張が普段より軽い。今日は体調がよく、顔色が落ち着いていた。

18診：歩行時の腰痛が少なくなってきた。暖かくなってきてから体調はまあまあ。便通がなく苦しい。腹部の張りが強い。

22診：話したいが言葉の出が悪い。話を始めるが途中で話の内容がわからなくなってしまう。本人からは呂律が悪いとの訴えあり。

26診：少し歩くと腰の痛みが強くなるが、休みながらの朝の散歩はできている。左手の振戦が普段よりも大きいが、刺鍼後は振戦がやや小さくなった。

30診：２～３日ごとに排便がみられている。声が出しやすくなっており、呂律も良い様子である。歯痛に対しては楽になるので、指導したとおりに自分でマッサージを続けている。

32診：今日は声がだしやすい。治療終了時に気持ちが良くなったとのコメントがあっ

た。この 1 週間は排便が少ない。

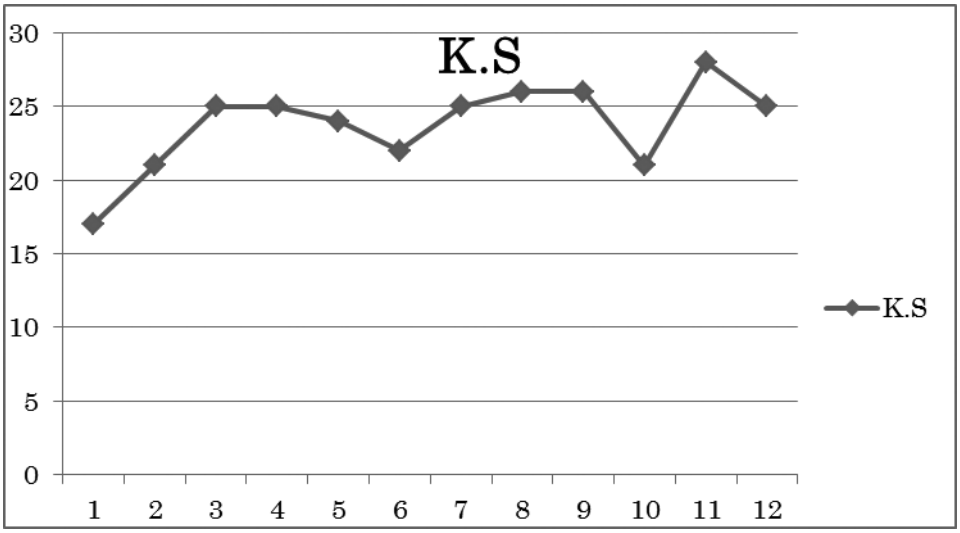
35診：このところ週に 2 回程度だが、定期的に便通がみられる。妻は少しほっとした様子であった。今日は声の出が悪く、言葉につまってしまう。

41診：体調は良好、声がはっきりしており、目もぱっちりしている。排便も週 2 回継続して見られている。

43診：今日の体調は結構良い。声もはっきりしていて、自発的な会話があった。筆者の出身や両親のことなどを尋ねられた。施術に関しての要望も伝えられた。

47診：今日は調子が良く散歩に出ることができた。腰の痛みが少なく、休憩を入れる回数が少なく済んだとのことであった。便通は 3 日に 1 回で定期的にみられている。

48 診の日の午前中、妻が外出している間に一人で外出をしてしまった。いつも通院時に呼んでいるタクシーで移動し、降車してから動けなくなってしまったとのことであった。救急車でかかりつけの医院に搬送されたが、診察と点滴を行って経過観察となった。今までに一人で外に出るようなことはなかったので、妻は驚いており、本人は外出した先で動けなくなってしまったことにショックを受けていた。



[考察]

MMSE の変化は、初回では最低の 17 点であったが、2 回目以降では 28 点を最高として、21 点を下回ることはなかった。質問形式に慣れた結果とも考えられるが、数字以外の変化を振り返ると、初回ではわからない事はすぐに「わからない」と答えていたが、2 回目以降では「日付を普段から意識するようになった」、「計算問題に諦めずにチャレンジするようになった」、「文章が出てこないと言いながらも、とにかく書いてみる」など、質問に対して何とか答えようと努力をする姿勢がみられるようになった。

N-ADL は 33 で維持されていたが、「同じ距離を歩くにも時間が短くなった」、「休みを入れないで歩ける距離が延びた」など、客観的な感想が聞かれるようになった。また、「膝に力が入らないのはどうしたら改善するか」、など前向きな発言があった。実際に下肢筋力の向上のための運動指導を行ったが、実行は難しかったようである。

小歩や突進歩行のために転倒をしやすい状態だったが、大きな怪我もなく、めげることもなく日常生活を送っていた。終盤の外出騒ぎのあとからは、歩く自信を喪失してしまい、外に出る意欲がなくなってしまった。そのため臥床時間が長くなり、下肢筋力の低下をまねき、室内での転倒により大腿骨外側骨折をしてしまった。入院を余儀なくされたが、ご家族の献身的なサポートによって、徐々に前向きなリハビリに取り組まれていると、後日奥様より伺った。

[まとめ]

- 年齢を重ねるごとに身体、思考、意識、趣向に個体差が大きくなるので、高齢者という枠だけで考えず、個別的な対応を念頭に置かなければならない。
- 疾病を抱えている事により、筋力・体力・活動性の低下が起こり、自信の喪失、身体的・精神的依存性が高くなり、介護量が増加してしまう。
- 認知症の周辺症状とうつ状態の混在が人間関係での誤解を生じ、精神的な苦しみとなり、症状の悪化を招いているという事も考えられる。認知症の周辺症状の改善は、介護量の軽減や、本人と介護者との関係改善、相互理解にも通じ、うつ傾向の改善につながることを期待したい。

（症例報告：海老澤武士）

第２節　高齢者施設等における鍼灸治療の事例報告

【事例報告１】アルツハイマー型認知症

女性　91 歳　　要介護２

アルツハイマー型認知症

[現病歴]

記憶障害、見当識障害、“ 物を盗られた ” との訴えが時々ある。尿意・便意は間に合わない等がある。高脂血症、糖尿病もある。

[既往歴]

- 脳梗塞（平成 X 年）

[服用薬]

- ジャヌビア錠 25mg1 錠
- ビオフェルミン配合散
- 重質酸化マグネシウム「ホエイ」

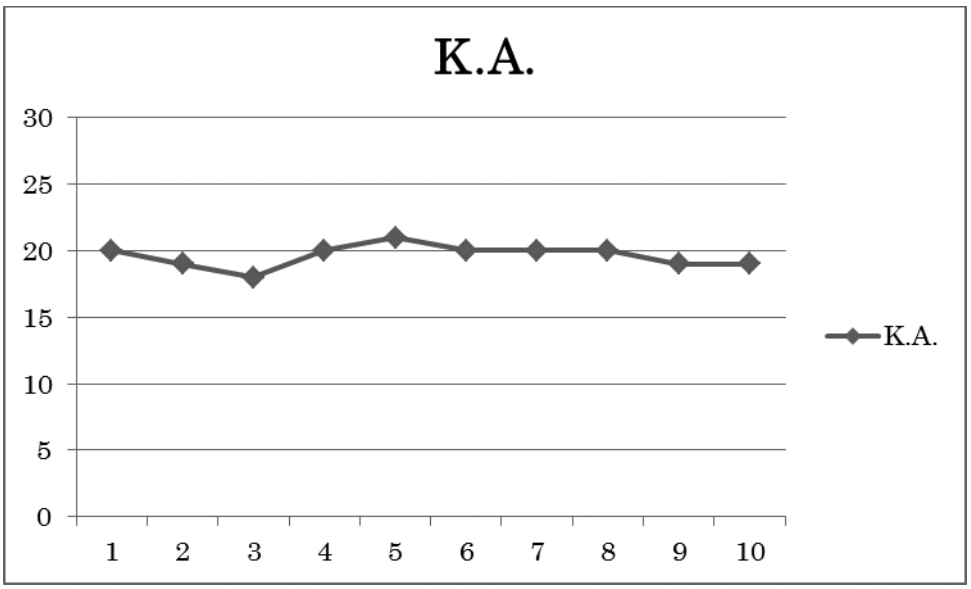
・バイアスピリン錠 100
・メバロチン錠 10mg
・グリミクロン HA 錠 20mg

[住居]
・グループホーム

[東洋医学的所見]
・舌診：淡紅舌　薄苔
・脈診：滑
・問診：睡眠、食事、二便ともに特に問題なし
・その他所見：左膝内側に痛み

[治療方針]
・認知機能の維持と改善：益気調血、扶本培元鍼法（三焦鍼法）を基本とする

[治療経過]
初診：淡紅舌　薄苔　脈滑　　脈拍 61/ 分
・睡眠、食事、二便ともに特に問題なし
・治療穴：足三里、血海、外関、気海、中脘、膻中、百会
・備考：数学が得意でクラス皆がノートを借りに来た、身内に医者が多いと話される。施術前は緊張していたが途中から「こんなに優しい医者は初めて」と言われ、また診に来てほしいと言われた。



初診～ 12 診：
・ADL：11 で変化はなかった。
・小学生では優等生。親族の話をされたり、父親や外国旅行の話をされていた。
・筆者を内科医と間違えていた。

・脈をチェックしているとき「バクバクしとるじゃろ、ええ男じゃけ」と冗談を言われた。
・施術後に部屋を出る際は「ありがとうございました。また来てください」と言われる。
・5 回目に 21 ポイントとこれまでで最も良い数字となった。
・リビングで「こんにちは」と挨拶した際、走りよってきたり、抱きついてきたり、腕を組んできて部屋まで移動することがあり介護職員が驚くことがあった。
・部屋や患者の手が冷えていた際はカイロを手に持っていただいていたが、「いつも、カイロをありがとう」と近々の出来事を覚えておられた。
・医者と鍼灸師を混同している。

13 診～ 28 診：
・「鍼で月に 2、3 度くるね」と、また近々の記憶があるように話された。
・「また鍼に来てね」と言われる。
・5 回目の MMSE 測定値で最も高い２１点が出た。
・「お兄さんは人として普通に接してくれるから嬉しい」と言われた。
・「いつもよりチクチクしないね」といつも鍼をしているように言われる。
・「週に 1 度来られるわね」と毎週来ていることを理解しているように話された。
・23 回目の施術で、ひどく鍼を痛がる（怖がる）ようになった。
・27 回目からは下腿のマッサージを加える
・28 回目の施術後、ご本人の部屋（２階）のベランダから「先生、気をつけて帰ってね。ありがとうございました」と嬉しそうに挨拶をされた。

29 診～ 36 診：
・前回同様、２階のベランダから笑顔で挨拶された。
・下腿マッサージ後、鍼を実施するが無理せず弾入切皮程度で百会、外関、足三里の１～３穴程度で実施
・和裁に長年従事していたと初めて話され、家族（娘さん）に確認したところ事実であった。
・足三里に鍼を打つ前から「痛い」と言われる。痛いというイメージもある様子。
・「お兄さんが来るのは嬉しい。感謝します。また来てね」とは言ってくださる。

[エピソード]
・脈診時「バクバクしとるじゃろ（速い）、ええ男じゃけ」と冗談を言われた。帰り際「ありがとうございました」と言われ握手をしてきた。（4 診目）
・「こんにちは」と挨拶した際、ハグしてきて腕組みをされ部屋にむかった。施術者の

認識をどこまでしているかはわからない。(6 診目)

・前回ほどではないが、施術者を認識している様子であった。部屋が冷えている時や手が冷えている時にカイロを手に持って頂くが、「いつも暖かいのをありがとう」とカイロのことを覚えていた。(10 診目)

・施術者だという事は覚えていたが鍼灸師と医者とを混同している。MMSE 検査の「何か文章を書いてください」では、これまで「good morning」「春が訪れてやがて夏になる」などの短い文章であったが、今回は「6 時 15 分前に内科の先生が見えましてとても優しく接して下さって心より深く感謝しております。有難うございました」と長い文章を書かれた。(12 診目)

・施術後には、いつものように「ありがとうございました。感謝、感激、雨あられ」と笑いながら言われる。(17 診目)

・施術中「いつもよりチクチクしないね」と鍼を週に一度していることを記憶しているような話し方であった。「お兄さんは人として普通に接してくれるから嬉しい」と言われた。(19 診目)

・部屋(2 階)のベランダから「先生、気をつけて帰ってね。ありがとうございました」と嬉しそうに挨拶をされた。(28 診目)

・ご家族(娘さん、お孫さん、ひ孫さん)、介護職員同席で最後の施術近況を説明する。32 診目の施術時など数回にわたりご自身が和裁に従事していたと話されていたが、娘さんに確認したところ事実であった。当初は全く出なかった記憶が会話に出たのは興味深い事実であった。「今思うと注射は嫌っていた」と娘さんが話されていた。

(症例報告:山本竜正)

【事例報告 2】血管性認知症

男性　73 歳　　要介護 3

血管性認知症

[現病歴]

記憶障害・見当識障害がある。尿意・便意がある時は車椅子を自走しトイレまで行くことができる。脳卒中後遺症で右上下肢にマヒ、関節拘縮があり一部介助が必要。まれに興奮し怒る。高血圧あり。

[既往歴]

・脳出血(左)(平成 X － 1 4 年)

・右大腿骨頸部骨折(平成 X 年)

[服用薬]

・バイアスピリン

・ノルバスク

・フェロミア

[住居]

・特別養護老人ホーム

[東洋医学的所見]

・舌診；淡紅舌（ときに紅舌、ときにやや胖大)、舌苔白（ときに白厚、黄膩）

・脈診；脈滑（右は沈弱）

[問診]

・食事は 3 食出たものを残さず食べる

・便は 2 ～ 3 日ごとに下剤で出す、尿は細い、常に残尿感がある

・睡眠は夜 2 ～ 3 時間おきに目覚めるが寝不足感はない。日中はほとんど寝ない

・体重はここ何年も変化なし

・運動は施設内を車椅子で回る程度だが不足感はない

・酒、たばこも脳卒中後にやめている

[治療方針]

・認知機能の維持と改善：三焦鍼法を基本とする。ADL の改善をはかる。

[治療経過]

初診：脈拍 55/ 分　体温 36.7 度

・MMSE 検査を含め会話からも記銘力は比較的あるが、見当識、計算力、思考力がやや弱い。自主リハビリを億劫がるなど、積極性、意欲にやや欠ける面が見える。

・治療穴：基本 6 穴（外関、足三里、血海、気海、中脘、膻中）

・追加施術：マヒ側上下肢にマッサージ（関節モビリゼーション、筋リラクゼーション）

・効果・変化：認知機能の変化はまだ不明だが、関節拘縮がわずかに弱まる。

・備考：1 週間前の初顔合わせとその際のマッサージを覚えていて機嫌が良く、問診や施術に協力的であった。

3 診：感情障害、異常行動は見られない。

・治療穴：基本 6 穴 + 左頭鍼（上下肢運動区に運動鍼)、マヒ局所に単刺

・効果・変化：抜鍼後に「気持ちいいー」と大声を発する。

・備考：生い立ち、8 人兄弟など、記憶はあいまいながらも話してくれる。

5 診：感情、行動の異常は見られず、むしろ肯定感が増している様子である。
拘縮が強い肩、膝は自動で可動域がわずかに拡大。肘、手関節も他動で若干拡大。

・治療穴：基本 6 穴 + 頭部上下肢運動区への運動鍼、マヒ局所への単刺

・効果・変化：MMSE が改善（見当識を中心に)。関節拘縮が若干緩和。

・備考：①開口一番「朝、手（マヒの右手のこと）が勝手に動いて、こんなとこまで（かつてなかったレベル。話している時点ではそこまでいかないが）上がった」と、嬉しそうに話す。
②「父親が夢に出てきて鉄筋の話をした（親子とも元とび職人だった)」

と話される。「俺に厳しいばかりだった」と否定評価しかしなかった父親を、嬉しそうに肯定的に話す。

③施術中に初めて寝た。施術後に「気持ちよかった」と話す。

6診：億劫がっていた想起、追憶だが、初めて自発的に中卒後「研ぎの会社」、次いで「ガラス製造の会社」などの勤務歴を披露、社名や所在地を思い出そうとする。

・治療穴：基本6穴＋頭部上下肢運動区に運動鍼、マヒ局所に単刺

・効果・変化：拘縮は再び強まっていたが、施術後にまた緩和した。「やるぞー」と自主リハへの期待と意欲を示す。心身全体的に前向き姿勢が見えるようになってきた。

・備考：訪問時、臥床位が常だったが、定刻2時に初めて部屋の入口で車椅子での笑顔で迎えられる。「いつも寝ていたら悪いから」とおっしゃる。

8診：右足首より先に白癬菌感染の疑いあり。水虫か？　就寝時にやや痒い程度とのこと。この部位は初めて靴下をとってもらっての治療とした。

・治療穴：基本6穴＋頭部上下肢運動区に運動鍼、マヒ局所に単刺

・効果・変化：「夜中1～2時頃、自然に（拘縮している）肘、手首、指が伸びてくる」、「朝起きたらまた固まってるけど」、「でもそのときは自分で動かそうとすると動く」と嬉しそうに話す。「夢ではない。このところ毎日のよう」とのことであった。だが所見はとれず、本人の申告に止まる。

・備考：水虫の疑いは、よく調べてから施設側に伝えることにする。

9診：前回の水虫の疑いを、朝、看護主任に伝える。「後で診る」とのことであった。

・治療穴：基本6穴＋頭部上下肢運動区に運動鍼、マヒ局所に単刺（右足首より先は避ける）

・効果・変化：「頭がこのところずっとスッキリしている」「昔のことをよく思い出すようになった」と話す。

・備考：①治療中よく眠るようになった。

②「わたしは何をしに来たのでしょうか？」との問いに「遊びに」と明らかな軽口を楽しめるようになった。

12診：関節拘縮を除いては、体調で気になるところや不満は「ないね」とおっしゃる。総じて当初から大きく変わらず、「五快」も悪化要素は見当たらない。特記するとすれば、①便秘傾向は一進一退を続け、下剤使用は週2回程度に除々に改善している。②運動は車椅子での回遊は基本変わらないが、立ち歩きが徐々に増える。歩くことに「自信出てきた」と言う。

・他所見：①水虫を含む発疹はやや軽快。②マヒの上下肢は今回の施術前から温かみがある。本人いわく「以前は氷みたいに冷たかった」と。

・治療穴：基本6穴＋頭部上下肢運動区に運動鍼、マヒ局所に単刺（薬剤塗布部位

は避ける）

・効果・変化：①記銘・想起は引き続きよくできる。見当識、計算力、構成力が改善している。

②ここの人（看護師さん）から「頭がよく利くようになった、といわれる」とのこと。看護主任によれば「最近本人の体調がいいようです」とのことであった。

・備考：①本人いわく「(最近は）杖を使わないで窓から窓まで歩ける」と。「危ないから杖は必ず使ってくださいね」と伝える。

②心身に自信を強めてきている印象がある。

［まとめ］

・MMSE：１９／３０(初回）⇒２２／３０（５診）⇒２５／３０（１２診）

右手が不自由なため、書字、作図など作業項目は、左手で苦戦していた。

・ADL：１９／５０（同）⇒１９／５０（５診）⇒２０／５０（１２診）

一部自信が芽生え、生きる意欲が湧き始めたようにみえる。本人もそれを口にしている。書画など「苦手」なことには「苦手」との自覚を率直に語ることができ、（マヒや関節拘縮にはリハビリ）目標をもって努力しようとする姿勢がみられるようになった。（施術者との）良好な人間関係を保とうとする気持ちも垣間見える。

もはやこの患者さんは、認知症を脱し、健常高齢者の年齢相応の認知機能に戻ったといっていいのではないか。

（症例報告：原正輝）

【事例報告３】認知症の疑い（未確定診断）

通所介護施設（デイサービス施設）との連携による 24 回（２クール）にわたる鍼灸マッサージ治療による症例報告である。三焦鍼法を基本として治療を行った。週 1 回の治療ではあるが施術中に患者とかわした話題、治療後の変化、体調などの患者情報を施設長はじめ多くの職員と共有することによって、認知症患者に安心と安らぎを提供し、信頼関係を構築し維持することができたと思われる。本症例報告では、MMSE 値や N‐ADL 値の変化だけでなく、治療中の会話の内容、治療後の変化などについても紹介することとする。

94 歳　女性　　要介護 4

認知症（未確定診断）

[現病歴]

・記憶障害、見当識障害がみられる。

・高血圧

[既往歴]

・大腿骨骨折（10 年前）

・両膝痛（1 年前）

[服用薬]

・降圧剤

[住居]

・自宅（娘家族と同居）

[東洋医学的所見]

・舌診：舌質は紅、舌苔は少ない。

・脈診：浮

・問診：①手足の冷え　②睡眠、食事ともに問題なし　③便通 1 回 / 日　④歩くと疲る

・その他の所見：両下腿の浮腫（＋）

[治療方針]

・認知機能の維持と改善をはかるために三焦鍼法（益気調血、扶本培元鍼法）を基本とする。また ADL の改善をはかることとする。

[治療経過]

初診：脈拍：68/ 分

足三里のみの刺鍼とした。鍼灸治療初回のため下肢の陽明経、太陰経、前腕の少陽経にマッサージを行い、その後に足三里に刺鍼した。

２診：三焦鍼法による治療をスタートする。

前回の鍼灸治療のことを忘れていたので、鍼灸治療の説明を行う。下肢前面のマッサージの後、足三里から刺鍼した。

４診：本日は鍼灸に対しての拒否はなかった。毎回が初対面の反応であったが、今回は施術後に「身体が軽くなった。いつもありがとう」と言われる。この言葉が単なる挨拶のものかどうかは、今後の経過をみて判断できるものと思う。手足の冷えが改善されていた。

５診：はじめにこちらから「お久しぶりです」と声をかけると、「いつもの先生ね」と返事をされる。また治療中に「あなたの会社はどこにあるの？」、「このやり方を研究して本でも出すの？」などいろいろ質問をされた。その他に、最近ではあまり話題にしなかった教職をしていた頃の話をしていた。両下腿の浮腫が改善している。治療後、「身体が軽くなった。スッキリした」と喜ばれる。

８診：今週は拒否もなく施術ができた。MMSE 検査の文章構成力のテストでは、「今、風が静かに吹いて緑の木々がひっそりと木々が立ち並んでいます」など、目の前の情景を書き表していた。これまでにみられなかった情緒的な表現が含まれている。

10診：施設長から、先週のことであるが「今日は鍼はないの？」と質問をされたこと、

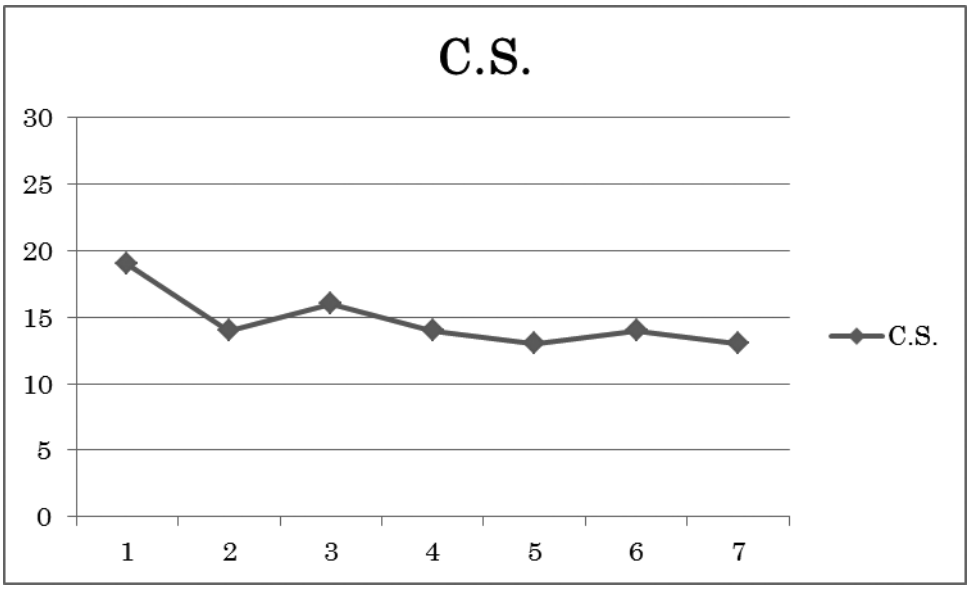
また施設でのお風呂の順番が遅れたところ、「まだ入ってないんだけど」と話されたとの報告をうけた。また施設の職員からは、「最近は落ち着いている感じがする。昼寝が短い。足のむくみがなくなっている。体調が良い。」との報告をうけた。

12診：施術前に MMSE 検査を行う。前回と比較して場所見当識、注意と計算の項目から 1 点ずつ減点している。しかし「ここは何階ですか？」の質問には今までは迷ってから答えていたが、今回はすぐに「1 階です。」と答えられる。また、構成の項目で文章を書くところでは、前回同様に室外の景色を見て「外は風もなく静かです。」と書かれた。

鍼灸治療中、小学校 1 年生の時にブランコから落ちて左腕を負傷し、マッサージを受けて治療したことを話していた。この話は施設長も聞いたことがなかったとのことだった。

22診：施設長からの報告によると、4 月頃から車で送迎時にシートベルトを使えるようになったとのことであった。今まではどうやって装着したらよいか戸惑っていることが多かったが、4 月頃よりスムーズに装着できるようになり、他の人にも使い方を教えていたとのことであった。治療中､治療後ともに笑顔で会話していた。

24診：今回の MMSE では前回から 1 点減点となった。日時見当識 0 点、場所見当識 1 点、記名 3 点、想起 0 点、言語 6 点、構成 2 点は前回同様、注意と計算が前回 2 点のところ今回は 1 点となる。注意と計算の質問項目について話すと「これ難しいんだよ、1 回はできるけど…」と、質問項目を記憶しているかのような口ぶりで話していた。



[考察]

・第 1 クール

MMSE の変化では、初回に比べ 1 クールの治療後では 5 点減点している。それぞれの項目別に考察すると日時見当識、場所見当識、想起の項目では得点は 0 点～ 2 点であった。記名、言語の項目では満点か 1 点減点の範囲である。注意と計算に関しては 1 点～ 4 点と毎回得点に増減があった。構成の項目では毎回 1 点減点（図形）であったが、回を重ねるごとに図形の描写が向上している。文章の構成力のテストでは、3 回目、4 回目で室外の景色を見て、具体的に文章化している。

また、身体面では、施設の職員からも「浮腫が軽減している、なくなっている」「体調がよい」などの報告があり、他覚的にも改善がみられた。鍼灸治療中の会話においては、以前と現在の時間の比較、施設の職員が聞いたことのない話や、エピソードの細かい点に言及がみられ、会話の奥行きが増してきている。4 回目以降、ほぼ毎回治療の最後に「いつもありがとうございます。自分だけこんなに気持ちよくしてもらって、もったいない」と感謝の言葉を述べていたのが印象的であった。

・第 2 クール

今回 2 クール目の施術を行ったが MMSE は場所見当識、注意と計算の項目で点数の増減がみられ、他の項目については毎回同じであった。第 1 クールの所見にも記述したように、構成の項目の図形描写では点数は毎回 0 点であったが、回を重ねるごとに描写力が向上しているようにみられた。また、14 回目の治療以降、ほぼ毎回治療後に布団の上で正座をし「いつもありがとう」と感謝された。何度か「(研究の対象としての)材料が悪くてごめんなさい」と謝られたので、「A さんがお元気でいらっしゃれば、それが一番です」とお答えした。

[まとめ]

・24 回（2 クール）の治療の中で、患者がしだいに鍼灸治療を理解できるようになり、施術者を鍼の先生として認識できるようになることで、以後の施術がスムーズに行えるようになった。

・治療を通じて、過去の出来事を思い出し、室外の景色の描写力の向上、図形描写の向上、笑顔の増加、鍼治療への興味、施術者に対する気遣い・感謝、会話の奥行きの増加、長くお世話をしている職員も聞いたことのない話題の思い出しが増えているなどの変化がみられた。また、手足の冷えや両下腿の浮腫が改善後、再発しておらず、ADL も維持されており、よい体調を維持している。14 回目の治療後からは、布団の上に正座をしてお礼の言葉を述べるようになった。

・本治療により一定程度ではあるが、生活の質の改善がみられたと考えている。患者と施術者との信頼関係がしだいに構築されていくプロセスを見ることのできる症例報告

である。

（症例報告：田嶋健晴）

（編集：小倉千都世、兵頭明）

第５章　認知症鍼灸施術サポートガイド

本章では、認知症患者に対する施術を行う前に、認知症専門鍼灸師として事前学習やトレーニングを行った２０名の GOLD-QPD 修了生が、実際に施術にあたり体験した事例や感じたエピソードを集積しまとめたものです。

患者の年齢や家族構成、症状の程度や社会的背景などにより対応は様々ですが、経験者の生の声は、これから認知症鍼灸施術（三焦鍼法）に携わる鍼灸師にとってサポートになるものと思われます。日本における認知症に対する鍼灸施術については現在、症例集積している段階ですが、情報を共有することで、経験の浅い者は安心でき、経験している者も今後の患者対応に活かせるものと考えています。

特に認知症患者に対する施術は、在宅や施設に訪問することも多く、施術場所に応じた配慮も必要になってきます。介護福祉系教材の第３章第３節の「認知症緩和ケア理念」では、４本の柱としてコミュニケーション、チームワーク、症状の緩和、家族支援に関する内容が比較的多く取り上げられています。すなわち福祉領域での対応とリンクした施術が必要です。

本章では目次の順に分けて、各場面における要点ならびにエピソードをコラムとして示します。

第１節．在宅訪問での対応

Ⅰ．プライベートな生活空間であることを念頭に

・ご家庭に訪問させていただくため、清潔感を感じさせる身だしなみと、挨拶、態度、言葉遣いに気を配ることが大切です。明るい笑顔で挨拶を心がけます。
・普段の患者さんの状態をお聴きします。日記を用意し家族からの情報収集を行った施術者もいます。在宅生活でのエピソードを１週間単位で記録することを継続して行うことで、家族が治療に参加している意識も芽生え、治療のモチベーションを上げることができたというケースもあります。
・在宅では施術環境を整える必要があるため準備が必要になります。鍼の道具など必要な物品を持参して施術を行いますが、施術場所や敷布団やタオルなど使用させていただくものについては相談して決めていきます。また、施術ベッドは「治療ベッド」ではなくあくまで「寝台」であるということです。プライベートな空間にあげて頂いているという意識がないと患者様に失礼になります。ご家族のプライベートを配慮し、トイレなど施術する部屋以外のエリアを利用しないようにします。またご家族の生活へ干渉しないなどの配慮を行い、生活リズムを崩されないよう訪問時間を厳守します。
・風雨や降雪により、交通機関が乱れる、あるいは濡れて衣類が汚れている状態での往診などがあります。また悪天候や湿度の高い日は、気分が晴れず治療に対しても好意的には見られないと感じる場合があります。また寒冷な時は施術者も手指が冷たくなってる

場合が多いですし、猛暑の時は汗だくになりかねない状況です。時間制限があったり、急いでいると注意力が低下して事故につながりかねません。時間に余裕をもった行動を心がけましょう。

・お茶やお菓子などを出していただくなど気を遣っていただくことがありますが、長居はご家族に迷惑をかけることもありますので、時間を区切り超過しないようにすることも必要です。そのために、丁寧に素早く準備し、片付けの際も手際よく行いましょう。

・ベッド柵や車いすの位置、布団の位置など必ず原状回復を行った後で、患者さんの状態の説明、次回の訪問予定日時をはっきり伝えましょう。カルテ・報告書・予定表などの写しを残すことも、ミスコミュニケーションを防ぐ対応になります。最後に「寒くなるので気をつけて下さい」等、ご家族の方を労う一言を伝えながら、笑顔で「また来ますね」と挨拶します。

Ⅱ．ご家族への配慮を忘れずに

・患者本人はもとより、日々生活を共にされているご家族の立場や心情に対し、感情移入し、安心、信頼してもらえる存在になれるように言動に注意します。また患者と家族に対する言葉遣いに差が生じないように気をつけます。ご家族は実際に治療を受けていないので、効果を実感することが難しいこともあります。分かりやすい言葉で治療の目的や内容について説明することも必要になってきます。

・特に鍼治療を初めて受ける場合は、本人のみならず家族にも鍼施術の不安をなくすよう努めます。これから行う韓景献先生の症例などを通し三焦鍼法について話し、あわせて治療の回数･進め方･期待できる効果を説明します。継続治療により効果がみられるケースが多いですが、途中でやめることができることもきちんとお話ししておきます。

・在宅訪問は患者の生活環境を知ることができるため、何かにつけて役立ちますが、家族により考えが異なりますので、深入りしないことも必要です。家族の介護などの悩みなども聞くようにして信頼関係を築くことも大切ですが、訪問時に家族と患者が口喧嘩をしていたなどのケースもあります。家族間での問題にはどちらかの肩を持つ発言、行動はしないように心がけます。また一般的な常識を押し付けない、あるいはできないことを探さない、日常生活の指導は事例の紹介程度にとどめるといった対応もみられます。

Ⅲ．コラム ‐ 在宅訪問でのエピソード ‐

・施術が終わって帰ろうとすると、私の腕を握って帰ってもらいたくないような顔をされた。それを見て、奥様はご主人が施術を望んでいると実感され、施術を継続していくことができました。

・訪問施術を毎回、楽しみにしていてくれています。

・亡くなった奥様の施術を担当したことを知り、感謝の言葉を頂きました。

・治療効果か記憶力が上がった気がします。

・施術回数が増え信頼関係も築けると、施術時間に家族が一息つける時間になった。
・介護をされているご家族の方からも、施術の依頼を受けるようになりました。
・同行者を連れていたため患者様が緊張してしまい、MMSE の結果が悪化してしまったことがありました。以降連れて行っていません。
・鍼を落してしまった時に探すのが大変でした。
・家族の介護疲れや主張の傾聴に徹したあまり、本人が蔑ろにされてしまっていると感じることがありました。
・家に訪問されることを喜ばないような顔を感じたケースがありました。そのために、車で送迎し、自分の治療院で施術しました。
・費用対効果が悪いということで、治療中断になったことがありました。

第２節　施設訪問での対応

Ⅰ．多職種連携 － 介護スタッフとの連携を大切に －

・在宅訪問と違って関わっているスタッフが多岐にわたります。受付、担当者、責任者への報告・連絡・相談の流れを作ることから始まります。初回は施設長がわざわざ出迎えてくださったケースなどもありますが、施設にとって負担にならないようにします。毎回必ず施設側の責任者に会えることもないため、初回の治療が始まる前に施設側と施術する曜日・時間帯をきちんと決めておくと便利です。場合によっては、保健室など施術スペースを設けていただいたこともあります。
・介護スタッフからの協力が得られなければ施術継続が困難になります。施設側にとって無理や負担がより少ない治療日時の設定をします。食事時間､入浴日時､レクリエーション時間等、施設のスケジュールを把握し、施術者側の訪問が負担にならないように気を配ることがとても大事です。また移動、移乗、介助についてどこまでをスタッフにお願いするのか、お願いできるのか、お互いに確認しておき、状況に応じて適宜見直すこともあります。介護スタッフの方々の業務内容の理解は、あればあるほど良いので、できることならば電話や文書だけでなく、担当者会議などを通じ、顔の見える双方向のやり取りを心がけます。あくまで場所と時間を借りていることを念頭に、関わらせていただいているという謙虚な気持ちが大切です。まれにトイレや、食事などでスケジュールがずれることもあり時間が延長されることがあるため、余裕を持った訪問予定を組むと心にゆとりが生まれます。利用者様の利益を優先し、自分たちの立場も確保するといった姿勢が重要です。
・病院の看護師さんや施設の介護士さんは、一番長く入居者・利用者と接する機会が多いため、介護スタッフと積極的にコミュニケーションを取り、１週間の様子や変化を教えてもらうことが大切です。ただし介護スタッフは多くの方を担当しているため忙しく、挨拶と状況報告をタイミングよく行うことが大切です｡忙しそうなときは挨拶のみとし、数分でも話せそうであれば状況報告をします。特に治療中の変化など、気付いたことは

手短にお話しし、逆に日常生活でのちょっとした変化やエピソードなどいろいろな情報について教えてもらえるよう心がけます。多忙で話ができる時間がないような状況に際しては、気が付いたことを情報提供書などのメモで用意し、お伝えした施術者もいます。手間を取らせないように、出来ることはこちらで行うことも大切ですが、患者さんのお体に変化がある場合（疼痛、傷、発熱など）は、必ず施術前にスタッフに確認することが必要です。ベッド柵を外したまま、部屋から出てしまい介護職員に迷惑をかけてしまった事例もあります。最後にサイドレールや車椅子の位置、掛け布団等、最初の状態に戻すことを心がけます。他の施設利用者、施設職員へ配慮しながら退出し、受付で挨拶をしてから帰ります。

・施術時のご本人の様子、次回の来院日時について、介護スタッフに一声かけます。本人からの要望や、施術者からみたアドバイスがあれば、伝えておきます。枕が高いと感じながら、本人は言えずにいたので、こちらからのアドバイスとしてお話しさせていただいたこともありました。可能な限りキーパーソンを通した連絡とし、窓口を複数にしないことで行き違いを防ぐこともできます。

Ⅱ．ご家族との連絡

・患者にとってのキーパーソンを見つけ、身体状況等こまめに情報提供しましょう。多くの場合、家族もしくは介護スタッフとなりますが、在宅と違い家族と直接お会いできないケースもあります。機会を得られるよう、施設のスタッフの方に要望されたケースもあります。都合がつかない場合は、施設内のイベントなどでご家族と面会できることもあります。

・できれば初診時に一度治療に同席してもらい、実際の施術を見ていただいたり、どのような治療を行っているか、鍼灸治療をする事の意味、予測される効果、治療後の反応などを説明します。それぞれのご家族の状況によりケースバイケースでの応対となります。ご家族の立場を理解し、鍼灸治療に対して何を期待しているかを聴取します。また患者の生活状況や好みなど把握しておくと、治療中のスムーズな会話にもつながります。過度な期待をもたれていることもあるので、効果の現れ方には個人差があることなどを説明する必要があります。

・施術開始前の説明だけでなく、時折状況説明をすることが必要です。時間に合わせて来られないことも多いので、訪問時の様子がわかるように記録を部屋に残して、見ていただきます。定期的に連絡を取れる状況を作っておくと、施術者が感じた変化やご家族が感じられた変化などを共有することができます。

Ⅲ．鍼灸の啓蒙 － 理解促進の工夫を －

・鍼灸治療に対する理解があるスタッフと、そうではないスタッフがいるのが現状です。認知症患者が治療を始めるきっかけは、スタッフからの薦めであることも多いので、施

設長の許可が得られ且つ時間と場所が許せば、介護スタッフへの施術も可能とする仕組みを作れると良いです。無料体験などスタッフに対する治療を行なう機会を設けたり、介護スタッフにも、鍼施術で良い変化があることを認識してもらうことで、協力的になっていただくこともあります。どうしたら協力してもらえるかを考えましょう。

・東洋医学や鍼施術のことを分かりやすく説明して、理解してもらう努力をしたケースもあります。特に鍼治療で好ましい変化があった時には細かいことでも報告したり、逆にすべての疾患が治ると誤解されないように説明することは、施設で認知症治療を継続して行う上で重要です。過度な期待があると、鍼施術は効果がないという判断をされてしまうこともあります。また、東洋医学セミナーを開催し、我々がどのような考えのもと治療を行なっているか、説明する機会を設けたことで施設側の鍼灸治療受け入れ態勢が整ったケースもあります。

Ⅳ．コラム - 施設訪問でのエピソード -

・週に 1 回の施術のため、本人だけからの情報では限界がありますが、幸い施設スタッフの協力があり、鍼灸治療後の 1 週間の状況を把握することができました。

・介護スタッフが、自分と患者さんの仲介役を行ってくれました。また患者さんに対する治療前後のフォローなどをしていただきました。

・患者からは毎回施術後に感謝の言葉を頂きました。いつも笑顔で挨拶してくだされたり、訪問する日時を楽しみに覚えていてくれていました。

・治療をはじめてから病状が良くなったと、家族だけではなく施設のスタッフからも言っていただけるようになりました。

・「お兄さんは人として普通に接してくれるのが嬉しい」と言われたり、2 階の窓から「ありがとうございました。気をつけて帰ってね。また来てね」と言われました。MMSE や ADL の数値では現れにくいですが、体調や表現、表情などで改善している様子が伺えました。

・当初患者本人は施術に前向きでありませんでしたが、すぐに三焦鍼法を行わず、マッサージや一穴刺鍼から始め、様子を見ながら途中にやめても良いと話しました。認知症だけでなく、筋萎縮の予防、運動の改善も含めて施術できることもアピールしました。あわせて施設で家族説明会を行ったところ、ご家族も含め少しでも良くなればと協力的になっていただきました。

・施術を通して、利用者のみならず、介護スタッフやご家族とも交流できました。また、他の家族の方からもご依頼を受け、施術するようになったこともありました。

・管理者と家族は乗り気でしたが、介護スタッフに施術中ずっと付き添わないといけないと思われ、スタッフに嫌な顔をされました。落ち着いていれば問題ないことを伝え、緊急時のみ対応していただくようにお願いして理解を得られました。また、施術前に様子を伺い、日常何が問題になるかを把握し、施術後に実施した内容を伝える事を繰り返す

うちに、信頼関係が構築できていきました。誤解をされないよう普段からコミュニケーションを取ることが重要だと感じました。

・施術翌日の入浴介助中に利用者様が「何故か今日は肩が痛む」との訴えをされた際、介護スタッフが「鍼のせいでは」と発言して以降、その利用者様が鍼を避けるようになったことがありました。その施設の週会議に出席させてもらい、説明することで誤解を解くことができました。

・患者が右脇の痛みを訴えており、あわせて施術を行いました。施術後に施設に報告しましたが、施設では痛みを訴えていることを認識していなかった様で、自分の過失ではないかという目で見られ、その一件以降、施設から好意的でない対応をされてしまったことがありました。

・経過が良好な患者の話を聞いて、鍼灸治療の依頼をされた家族に対して、効果の出方には個人差があること､症状によっては時間がかかることなどを説明していなかったため、治療効果が思わしくないことを理由に、１０回ほど治療したところで中止を宣告されました。少しずつでしたが好転反応が出現していたと感じていただけに、非常に悔いの残る症例となりました。

・鍼灸の道具を施設側の医療室に預かっていただいたが、スタッフ不在のため道具を引き取ることができず、すぐ治療ができないことがありました。以降、毎回持参し、持ち帰るようにしました。

・施設から治療室を用意して頂いていたが、初めてその部屋を訪れた患者さんは普段の環境との違いに戸惑い緊張感を持っていた。その緊張感を取り除く努力を怠った結果、終始リラックスした状態を作り出すことができなかった。自室での治療が可能な患者さんは、なるべく慣れ親しんだ環境で治療を行ったほうが良いのではないかと感じました。

・施設に、保険、自費など複数の鍼灸師あん摩マッサージ指圧師のスタッフが関わっており、利用者が混乱されていた。いろいろな選択枝があるのは嬉しいことだが、患者ご本人にとってみると、曜日や人の見当識がつかないために煩わしい思いをさせてしまったと感じました。

第３節　鍼灸施術時における対応

Ⅰ．施術前について

1）ラポールの形成－不安にさせない－

・治療にスムーズに入れるように、まずは第一印象を大切にします。警戒心、恐怖心を与えないように表情、話し方、動作に注意します。表情は笑顔で、目線は同じ高さで、話し方はハッキリしっかり柔らかな口調で、馴れ馴れしい言葉は避け敬語を用い、動作はゆっくり落ち着いて行います。安心してもらえる存在として認めてもらえるように気を配ります。こちらの独り言は避けたり、驚かせないように背後から不用意に近づかないなど、不安を和らげ精神的に安定した状態にするよう心がけます。できることなら初回

あるいは本人との関係ができるまではキーパーソンの方に立ち会ってもらうことで不安が軽減されることもあります。介護福祉系教材の中で触れられている、認知症の方とのコミュニケーションや接し方の実践を心がけてください。

・問診時にうまく会話が成り立たないこともあります。おかしいなと思う発言があったとしても、否定せずに傾聴します。ただしすべての内容を鵜呑みにすると混乱することもあります。しつこく質問をしないように、ご家族に前回の施術と一週間の身体状態を聞くなど事前に症状の確認をしておきます。普段の生活を知っている家族やスタッフからの情報収集は大切ですが、自尊心を傷つけないようにします。本人を無視して家族とばかり話をしないといった配慮が必要です。

2）現病歴と既往歴の確認

・基本的なことですが、どのタイプの認知症なのか現病歴を確認するとともに、服薬歴や既往歴の確認を行います。ワーファリンを服薬されていた処方箋を確認せぬまま施術し、内出血をおこしてしまったケースがあります。

・そのうえで身体状態の確認を行います。特に高齢者は、こちらが思っている以上に体調の変化が激しいという認識が必要です。また認知症の方は、自分の症状や状態を上手く表現できないことも多いので注意します。バイタルサインのチェックと四診をしっかり行います。脈診時、いつもより数脈なので体温を測ったら３８.６℃あり、受診するとインフルエンザということもありました。内出血や打撲痕の有無を確認すると共に、痛みなどの愁訴があり仰臥位になれないことがある場合は、側臥位や座位で施術を行うといった臨機応変な対応が求められます。

3）施術前の準備

・鍼施術は肌の露出が多くなるので部屋の温度調節は気を遣い、エアコンの調整などご家族へ協力を仰ぐようにします。また施術者の手の温かさ、表情、雰囲気を整えます。冬場では手が冷たいと触れた瞬間に嫌がられてしまい、その後の施術へと移れなかった報告もあるため注意が必要です。

・自分のことを忘れられていたら、初対面のように丁寧に説明して対応します。施術者が緊張していると患者さんも緊張するので、リラックスに心がけて笑顔で接すると安心感は増します。いわゆるバリデーション技法の中のセンタリングが大切です。「顔色が良くなってきましたね」「脈が落ち着いてますねだとか」「お腹が硬いです」と言ったちょとした変化も伝えながら、全体的な様子を観察します。また消毒のためのアルコール綿花の冷たさにびっくりさせてしまったケースもあります。「ちょっと冷たいですよ」と声かけしながら行いましょう。

・話は途中で切らないようにし、基本的に急かさずに患者のペースに合わせます。こちらの都合を説明するのではなく、「枕の位置はここで良いですか」など治療の態勢になる

のに必要なことを質問して、気持ちを誘導していきます。スムーズな施術や鍼の抜き忘れ・紛失を防ぐためにも、施術前にトイレの確認と鍼数の確認を行いましょう。

・精神的に不安定な場合（興奮状態、傾眠傾向など）は、会話をする、傾聴する、軽いマッサージ、運動療法などその方に合った最良の方法で精神的に安定した状態にしてから施術を開始します。不穏な場合できれば治療開始時にスタッフや家族に付き添っていただくと良いですが、それでも改善されない場合は施術を早めに切り上げたり、施術を行わないこともあります。通常の三焦鍼法以外に、他の症状に対して施術を追加するケース、また時間的・刺激量的に通常の施術に耐えられないと判断した場合は、軽微な刺激に変更したり、施術が不適当と判断した場合には中止するといった４通りのケースがありました。

・施術前の機嫌を把握せず怒らせてしまったという報告もあります。普段は怒らないことでも機嫌次第では怒られます。また、いつも施術を受けていても「鍼をします」と話したところ、「鍼は痛いので嫌だ」と施術を拒否されることもあります。そのときは優しくマッサージして施術を受ける態勢になってから、できる範囲の施術を実施します。

Ⅱ．施術中について

1）体動に注意し目を離さない

・施術中に身体を大きく動かしてしまうことがあるので、不用意な体動に目配りする必要があります。施術前に体の状態のことを聞いておかず、施術時に体の状態を伺うと、場所を説明しようとして手足を動かしたり、体を起こしたりしてしまうことがあります。また眠ってしまう方やトイレの近い方も注意が必要です。カーテンで仕切った隣のベッドであっても、置鍼したままその場を離れてはいけません。三焦鍼法以外に対症治療を行った場合で、体動の危険性が高い場合、鍼を浅く置鍼しておいて、手技をする時のみ必要な深度まで鍼を刺入するなどの対応も必要です。万一体動してしまった場合、慌てずに落ち着いた声掛けで鍼が刺さっていることを伝えます。強引に抑えるのではなくご自分で姿勢を戻してもらい、痛みがないことを確認して抜鍼し本数の確認をします。

・急な体動のみではなく、施術の鍼を患者さんが自分で抜いてしまうケースもあります。治療室にベッドが２台あり、それが隣同士であっても２人同時に治療を行うことは控え、置鍼中に目を離さないよう１人ずつ治療を行うようにしましょう。

・ちょっとした動きや何気ない仕草、視線などに注意を払い、言語にならない様々な情報をキャッチできるよう局所のみならず全体を観察することに集中します。

2）刺鍼にあたり

・一度に多くのことを長く話しても伝わらないことがあるので、一度に一つの意味の内容を簡潔に伝えます。例えば、「お腹に鍼をしますね」「腰にお灸をしていきます」など次に何をするかを伝えてから施術することで、恐怖心を取り除くこともできます。傾眠状

態の方や、こちらの声掛けに反応がなく理解されているかどうか確認が困難な方にも同様に話しかけます。

・心地良い鍼施術を心がけるのはもちろんですが、初めての方は、切皮痛によって嫌がられこともあります。最初に前揉撚をしっかり行ったり､足三里や百会に丁寧に刺鍼して、鍼は痛くないものであることを知っていただいたうえで、少しずつ鍼数を増やし患者の様子を見ながら三焦鍼法を行うこともあります。

・数回施術をすると、途中に鍼が痛いと訴えられることもあります。その日には鍼施術を行わず、肩こりや足のむくみなど他の愁訴のマッサージから入り、施術を行うこともあります。刺鍼により多少の痛みを伴う場合、治療後にタクティールケアなどのマッサージを行うことでリラックスしてもらい、患者さんが「次回も来てほしい」という記憶を残して終了する様にすることも、継続につながると思います。

・患者の緊張を和らげるため、会話をしながら刺鍼することで、緊張感が出ないよう心がけます。特にバリデーション技法の中のレミニシングや回想法を取り入れ、ご本人のお話を聞きながら施術を行うことでスムーズに進むこともあります。趣味や娯楽などを把握しておくと会話もはずみます。施術者が鍼を刺すことに患者さんが気を集中させてしまうと切皮痛も増してしまうので､「しりとり」や「テレビを観てもらう」などして気をそらせる工夫をした方もいます。

Ⅲ．施術後について

1）施術内容の説明と申し送り

・必ず施術が終わりである事を告げます。当然、会話能力の無い方にも同じように挨拶して退出します。施術部位・治療内容の説明と養生の話をし、普段の生活を知っている家族やスタッフへの申し送り、特に普段と違う反応を示すことがある時はしっかりお伝えし、次回訪問のお知らせと挨拶を行います。口頭で伝わらない場合、予約日をノートやカードなどに記載、あるいはカレンダーに記載してもらい、目のつく場所に貼るなどミスコミュニケーションを防ぐ手立てを行います。

・自分で姿勢を修正することが困難な方の場合は、楽な姿勢になっているかどうかを確認し修正します。例えば施術中は仰臥位でも、仰臥位を長く続けるとつらくなる場合は、側臥位等ラクな姿勢に修正します。クッション等のパッキングをしている方は原状回復を行います。ベッドのサイドレールを戻す、車椅子をベッドに近づける等、転倒やケガ等が起こらないように細心の注意を払い、ベッドや布団などを移動したら最初の状態へ戻します。

2）有害事象の確認

・鍼の抜き忘れがないか鍼数を確認し、「終わりました。どうでしたか」と本人の気持ちを確認します。

・一般の施術同様抜鍼後の出血が無いか、少し時間を置いてからも確認します。出血やアザになりそうな時には、本人だけでなく介護者にも伝えます。
・治療効果を焦り番手を上げたところ、後遺感を強く訴えられたケースがあります。結果を出そうと焦るあまりドーゼを強くしないことも遺感覚を防ぐ一つの方法です。施術後に気分や遺感覚などの確認を行います。鍼灸での施術を諦め、徒手での対応に切り替えるなど臨機応変な対応も必要です。

3）評価とフィードバック
・MMSE は毎回なるべく同じ状況で測定するようにします。1 回の施術で一喜一憂せず 1 ヶ月単位で評価を行います。テストに反映されない様子については、漠然と感想を聞くのではなく、「さっきは ••• だったですが、今はどう変わりましたか」など、体で気になっていたところや、気分などを具体的に聴取します。また適宜話しかけながら反応を診たり、時々同じ質問をして、答え方の変化などを診ることでちょっとした変化に気付くこともあります。

Ⅳ．コラム ‐ 鍼灸施術時のエピソード ‐

1）施術前のエピソード
・毎回行っている施術でも、初回と同じように説明をしてから施術していました。そのことで、安心してスムーズに治療を受けていただけたような気がします。
・ポーチに大切な書類や現金を入れ、いつも肌身離さない男性に対し、靴を脱ぐ時うっかり預かろうとしてひっぱたかれ、叱責されてしまいました。本人が気にしている、あるいは大切にしていることを尊重することを学びました。
・「○○さん、今日の体調は如何でしょうか」と挨拶したところ、「今日は遠慮しておくわ」と断られてしまい、撤回できないため休止にせざるを得なかったことがありました。また継続して行っている方に対して「これから施術してもよろしいでしょうか」とお話しし、逆に混乱させてしまうこともありました。「〜してもよろしいですか」を基本としても、時には「〜しますね」と施術全体のリズムをとることも重要だと感じました。
・施術前に目線を合わせるなどのコミュニケーションが取れないまま、時間の制約があったため施術をしてしまった。その後、しばらく施術のみならず他のケアなども拒否するようになってしまった。
・住居の近くで大きな音の出る工事や、植木・草刈りなどの大きな音で普段と環境が違ったり、蛍光灯の光がチラついたりしていたときの施術では、不穏になりやすいと感じました
・ソワソワしていておかしいなと思いトイレに行ってもらったところ、お腹を下されていたようでした。その便の処置がうまくいかず、治療着を汚したまま戻ってきました。本人には、便で治療着が汚れていることは伝えず、自尊心を傷つけないよう治療を終えま

した。その後、スタッフに報告しベッドをハイターで消毒したり、治療着を洗濯したり片づけを行いました。
・普段は置鍼中落ち着いている患者さんが、目を細かく動かしたり手足をせわしなく動かしていました。おかしいなと思っていたら、ベッド上で排尿してしまっていた。スタッフを呼び、治療室のトイレで着替えてもらいました。
・冷たい刺激が嫌いということを知らなかったため、いつも通り消毒を行なった結果、急に不機嫌になってしまいました。その時はなぜ不機嫌になってしまったのか、原因が分からないまま治療を終えましたが、娘さんに同席して頂いた際に初めてそのことを教えて頂き、その後は消毒する際の声かけを徹底しました。
・キーパーソンとの事前の連絡が出来なかったため、鍼灸治療を受けたことがないことを知らないまま治療を始めてしまった。刺鍼したところ、「俺を殺す気か」と怒鳴られた。その後、マッサージなどを行いながら何とか落ち着かせることはできたが、鍼に対する警戒心を取り除くのに時間がかかってしまった。

2）施術中のエピソード
・置鍼中に他の患者さんの治療を行っていたら、自ら鍼を抜いてしまっていた。運悪く下腹部の鍼がオムツの中に入ってしまい、自分では取りだすことができなくなってしまった。治療終了後スタッフに事情を説明し、着替えの際に鍼を回収してもらった。
・切皮痛が出た際、続けて施術が難しくなる場面がありました。鍼を打とうとすると刺鍼前にも何度か痛いと言われてしまったことがありました。そのためマッサージを加えたり会話に切り替えたりと工夫しました。
・触られたくない部位を配穴の加減で触ってしまい怒られてしまい、しばらく触らずに施術を行いました。配穴の必要性を説明することも必要ですが、触られたくない部位も聞いておくと良いと感じました。
・施術中に寝られ記憶がなかったためか、施術を受けていないと連絡があったことがあります。帰りに挨拶をして返事をしていても覚えていない場合があったので、施術のみならず会話を印象付けるように内容を考えて話すようにしました。
・筋力のある男性の施術で、マッサージの際に力が入りすぎてしまい「痛い」と言わせてしまったことがありました。
・孫が帰ったばかりなど、いつもの生活と変わる後に施術した時、患者の落ち着きが悪く、施術がいつもよりスムーズに進めないことがありました。

3）施術後のエピソード
・患者が「気持ち良い」と言ってくれて、機嫌がよくなったり、リラックスしていると感じることがあります。
・抜鍼後に出血があり、圧迫止血を確認したが本人に伝えずにいたところ、止血に時間が

かかっていたようで､夜にご家族の指摘で寝具に血が固まって乾いているのが見つかる。すぐに鍼が思い当たり、騒動にはならなかったが、クレームになり得る状況だった。抜鍼後に出血があった場合、施術後に道具を片付ける時間は横になっていてもらい、時間をおいて出血を再度確認することが大切だと感じた。

・灸による火傷を負わせてしまったことがありました。その時は本人・施設スタッフ・ご家族に対し、謝罪と説明の上、経過観察をお願いし次回の施術時に状態を確認しました。

・背部の血流改善・筋緊張緩和目的で吸角を行なったが、入浴担当のスタッフが背中の痕に驚き未知の皮膚疾患と勘違いした結果、看護師を巻き込んで騒動になってしまった。吸角を行なう様子を一緒に見てもらったり､治療後すぐの入浴を控えるよう要望したり、灸治療後の発赤・水疱形成の可能性を伝えたりするなど、スタッフへの申し送りを徹底するようにしました。

・養生法の説明や注意事項が分かりにくかったためか、何度も電話連絡をもらうことがありました。説明、指導などが誤って理解されないように、家族・介護者などにも同じことを話しておきました。忘れてしまうことを見越して、思い出せるようにプリントなどを準備し配布しました。

第４節　これから施術を行う方へのメッセージ

Ⅰ．人と人とのかかわり

・育成講座でお話のあった「理屈は無くなっても、感情は残る」と言う内容のお言葉が心に残っており、大切にしています。初めは戸惑うかもしれませんが、認知症の方から学ばせていただく気持ちで優しく接してみてください。きっと自分も成長できていると実感できると思います。

・患者と施術者としての関わりではなく、一対一の人間としての関わりを大切にして欲しいと思います。

・患者対施術者として接する以前に、人対人として接し関係構築に努めること。そのために表情、言葉、動作に気を配る。

・思うようにならないことが多々ありますが、認知症の方の人格の尊重を第一に考え、対等の人間として敬愛の念をもって寄り添う覚悟が必要です。

・色々なお話をしてくださる方が多かったので、治療中もそうなのですが、人生の先輩として本当に色々勉強になりました。お話を聞かせていただける、お話をさせていただける貴重な時間だと思います。

Ⅱ．相手のニーズを考える

・病気の理解、症状の理解はもちろん大事な事ですが、すべては人間関係、信頼関係の上に成り立っています。各家庭の中でも各個人の考えが異なります。一般的な事がすべて正解ではなく、正誤のみで判断できない場合もあります。その時点で何がより良い形な

のか、相手のニーズを把握しながら、一緒に考えて作り上げていければ良いと考えています。

・まずは本人や家族の訴えを受容、共感し、その上で必要と思われる情報や方法を提案・実施できるものを実践していきます。鍼灸マッサージ以外の選択枝を使うことも多いので、対人援助職の内の一専門職として自らの強み・特性を活かして関わってください。
・その人・家族にとって本当に必要な処置・施術なのか常に考えつつ、鍼灸施術をして欲しいです。
・先ずは、接遇力とも表現されるコミュニケーション能力が求められます。信頼関係を築けるか否かで､施術効果に差が出ると感じています。次に「育成講座」や「認知症サポーター養成講座」などで習得する認知症に対する理解と予備知識が必要です。

Ⅲ．認知症に対する理解と学習を怠らない

・鍼灸師としての技術はもちろんのこと、世の中から見た認知症に対する見かたや西洋医学的知識、認知症に対する制度や対策など、認知症についての知識を増やしておくことが重要だと感じます。
・認知症患者さんを理解する為に、認知症に対する理解と知識が必要となります。その上で、患者さんの訴えに耳を傾け、結果を焦らず長期的な視点で治療を進めてください。
・「認知症＝何も分からない」ではない。レベルがあり、患者様の話すスピード・理解力・家族や介護の協力があると、施術に携わることもコミュニケーションを取ることも行えることが多い。
・結果はすぐに出るものではないので､『焦らずゆっくり』『決して諦めない』という気持ちで、気長にこつこつと治療していくこと。

Ⅳ．今後の課題

今回は施術者の目から見たエピソードを集積しましたが、施設側、家族側にも同様な内容を伺ってみることも必要であると思われます。また、上記内容は質問紙形式でまとめていったものですが､インタヴューや討論会を行うことで得られることも多いと思われます。

さらに施術費については無料で行った場合もあれば、有料で行っているケースもあります。今後は病状の進行具合に応じた対応や費用対効果なども検討する必要があります。

これからも事例の集積を重ね、認知症に対する鍼灸施術の理解者を 1 人ずつでも増やしていくことのきっかけになれば幸いです。

（中村真通）

平成２６年度文部科学省委託事業
成長分野等における中核的専門人材養成等の戦略的推進事業

超高齢社会における認知症患者に寄り添う
医療・介護連携型の中核的鍼灸専門人材の育成プロジェクト

事　業　成　果　物

認知症の人およびそのご家族を支えるための
西洋医学系・介護福祉系・鍼灸医学系３分野連携型モデル教材

【発行日】　平成 27 年２月５日
【発行者】「中核的鍼灸専門人材育成プロジェクト」実施委員会
学校法人後藤学園　東京衛生学園専門学校
〒143－0016　東京都大田区大森北４－１－１
TEL　03-3763-6621　FAX　03-5763-7303

※本書の内容を無断で転記、記載することは禁じます。