

高齢医療における鍼灸医療の役割と可能性

坂井 友実*

I. はじめに

我が国の医療は、疾病構造の変化、医療費の高騰、さらには患者の権利意識の高まりに加えて少子高齢化等が重なり、大きく変わろうとしている。かつては疾病構造の中心は感染症などの急性疾患であったが、現在では、生活習慣病、ストレス病、心の病が中心となり、治癒困難な疾病が増加している。こうした疾病構造に対しては現代医学だけでは対処できないとされ、他の医療の活用が求められるようになってきた。

また、生活習慣病などに対しては、予防が可能であること、さらに医療において最も重要なことは治療ではなく疾病を予防することであるといわれるようになり、予防医学・未病医学が注目されるようになってきた。

こうした動向は、欧米諸国においても共通にみられ、上述した課題に対処するために補完代替医療 (CAM: complementary and alternative medicine) が医療現場に積極的に取り込まれるようになった。最近では、現代西洋医学 (以下、現代医学) と CAM の関係をさらに発展させ、両者を補完・統合した新しい医療、すなわち統合医療 (integrative medicine) を構築すべく、様々な試みがなされている。

殊に高齢医療では、一人で多疾患・多愁訴を有し、慢性で治癒し難いなどの高齢者に特有な病態を呈することから、QOL (quality of life) の向上およびその維持を目指した包括医療に重点が置かれるようになり、東洋医学 (漢方・鍼灸) の有用性が注目されてきた^{1,2)}。なかでも鍼灸医療は、非薬物療法であり、自然治癒力を治療原理とすることから安全性は高く、身体にも優しい医療であり、高齢者医療においてはその活用が期待されている。

中国を起源とする鍼灸医療は、我が国に伝来されてから約1450年になるが、悠久の歴史の中で発展・進化し、日本の伝統医学として伝えられてきた。明治以降は、医療体制の枠外に位置づけられたものの、国民の健康保持・増進及び疾病の予防と治療に寄与し、「補完代替医療」や「統合医療」という概念や言葉がなかった時代から現代医学を補完し、患者及びその家族の生活を支えるという社会的な役割も果たしてきた。

我国においては、現代医学による一元的医療から CAM を取り入れた統合医療システムが期待されているが、高齢者の包括的医療として長年の実績を持つ鍼灸医療が、高齢医療に貢献できる可能性は

*東京有明医療大学 保健医療学部 鍼灸学科長 E-mail address: sakai@t-ariake.ac.jp

高いと考える。

本稿では高齢医療における鍼灸医療の役割と可能性について述べ、高齢医療における新しい医療モデルの提言ができればと考える。

Ⅱ. 日本の高齢化の特色

1. 高齢化の現状

平成20年の簡易生命表によると、日本人の平均寿命は、男性79.29歳、女性86.05歳となり、世界最高を示した。高齢者の定義は明確でないが、一般に人口動態上からは65歳以上をいう。平成20年10月現在で、日本の総人口は1億2,769万人で、このうち65歳以上の高齢者人口は2,822万人、総人口に占める割合（高齢化率）は22.1%である³⁾。

高齢者人口のうち、「65～74歳人口」（前期高齢者）が総人口に占める割合は11.7%、「75歳以上人口」（後期高齢者）が総人口に占める割合は10.4%となり³⁾、初めて10%を超えた。その要因は大きく分けて、①平均寿命の延伸による65歳以上人口の増加、並びに②少子化の進行による若年人口の減少である。

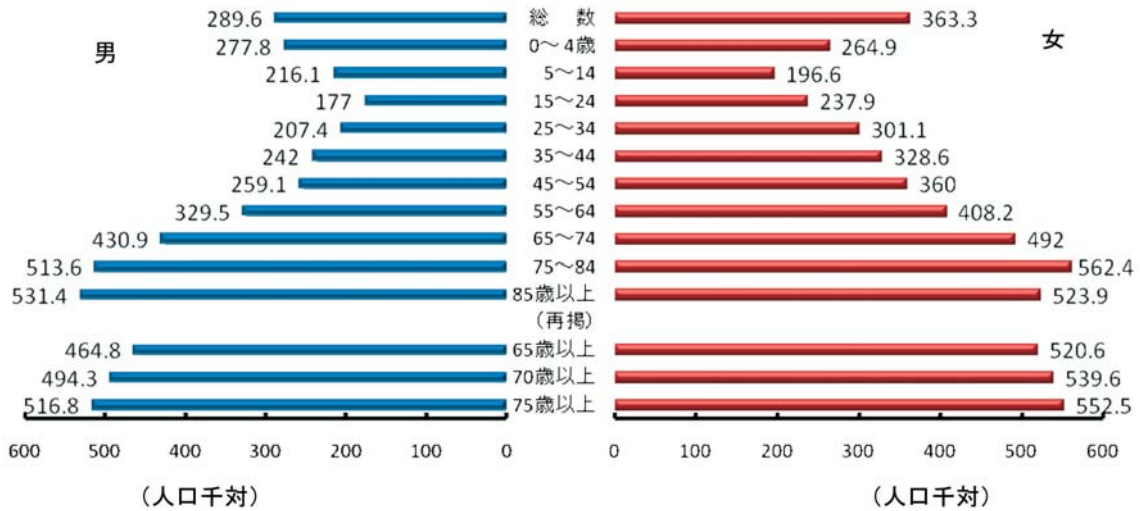
WHOによれば、65歳以上の高齢者人口が全人口に占める割合が7%以上の社会を「高齢化社会」といい、14%以上を「高齢社会」という。この「高齢化社会」から「高齢社会」への移行期間は、ドイツが40年、イギリスが47年、イタリアが61年、アメリカが70年、スウェーデンでは85年、フランスでは実に115年の期間を要している。これらに対し、我が国は、1970年に7%を超えると、その24年後の1994年には14%に達している。さらに、2005年に20%を超え、超高齢社会に突入した。このように、我が国の高齢化は、世界に例をみない速度で進行している。

2. 高齢者の健康状態⁴⁾

以上のように、我が国の平均寿命は著しく延び、高齢化が急速に進行しているが、問題は高齢者の心身の健康状態にある。

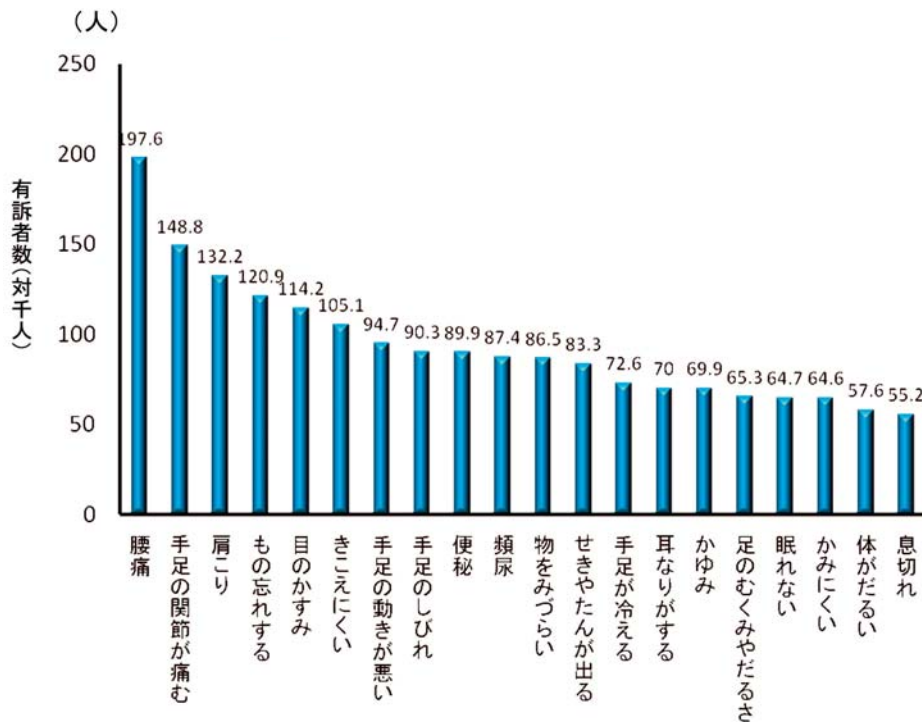
平成19年の国民生活基礎調査によると、65歳以上の高齢者の有訴者率（人口千人当たりの「ここ数日、病気やけが等で自覚症状のある者」の数）は496.0と約半数近くの者が何らかの自覚症状を有している（図1）。その主要な症状は「腰痛」、「手足の関節が痛む」、「肩こり」、「もの忘れする」、「目のかすみ」、「きこえにくい」、「手足の動きが悪い」、「手足のしびれ」の順であり（図2）、これらの症状は、老化を起因とする退行性病変による慢性症状である。

図1 年齢階級別に見た有訴者率（2007年度）



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」平成19年

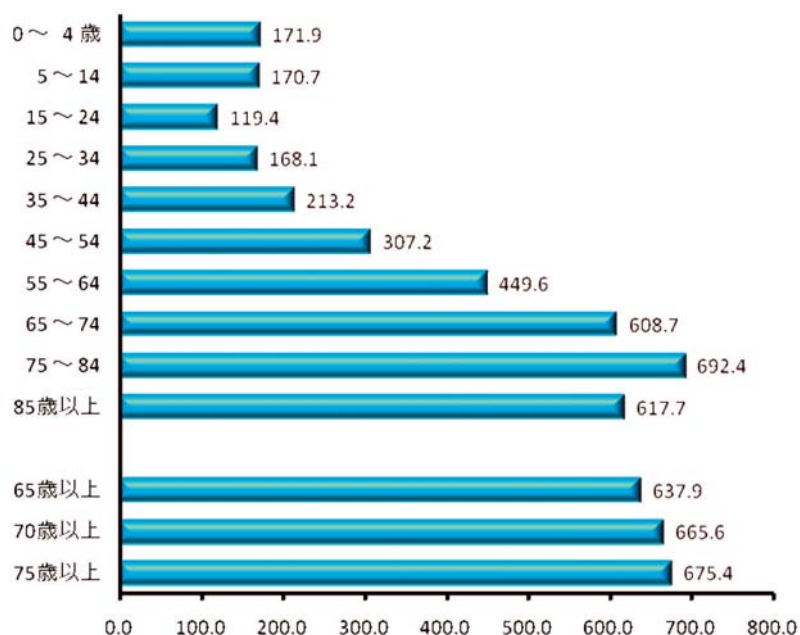
図2 高齢者の愁訴別有訴者率 上位20位（2007年）



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」平成19年

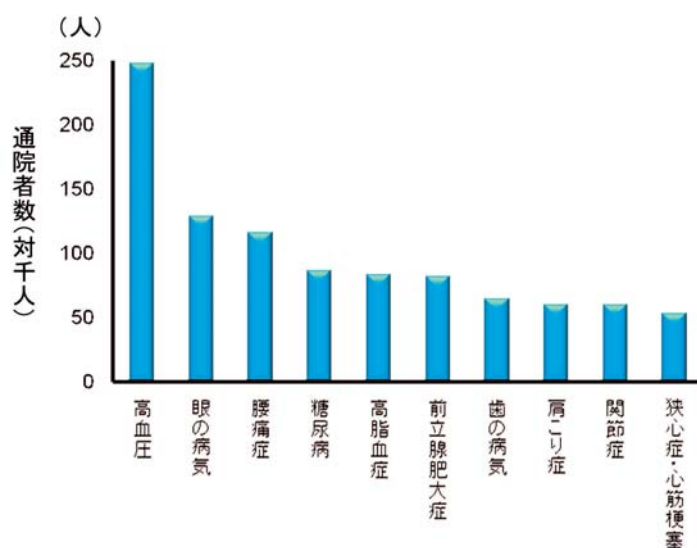
また、傷病で医療施設（往診、訪問診療を含む）、施術所などに通院している者（通院者率：人口千人当たりの通院者の割合）は、65歳以上では638.0で（図3）、通院理由は「高血圧」が圧倒的に多く、次いで「眼の病気」、「腰痛症」、「糖尿病」、「高脂血症」、「前立腺肥大症」、「歯の病気」、「肩こり症」、「関節症」、「狭心症・心筋梗塞」の順である（図4）。これらの疾患の多くは、生活習慣病、あるいは老化を起因とした老年病であり、愁訴と同様に治りにくい、慢性疾患で占められている。

図3 通院者率（人口千対）



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」平成19年

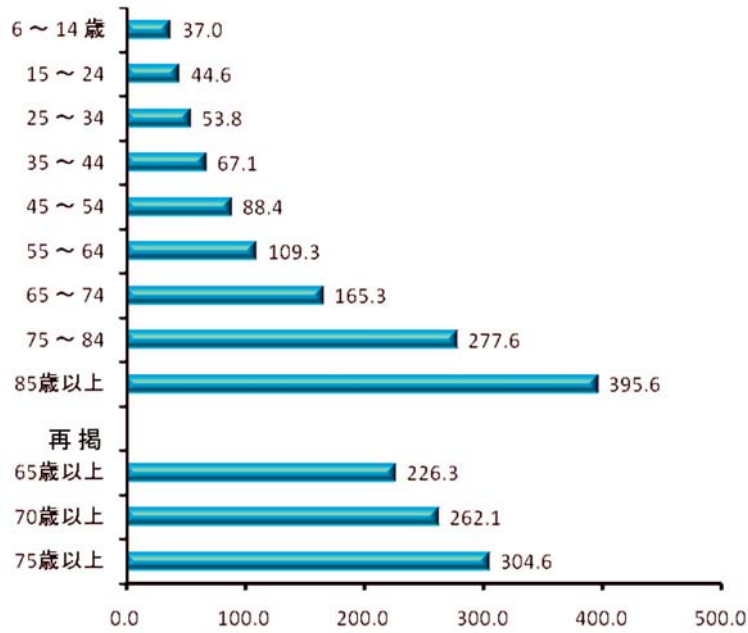
図4 高齢者の通院者率 上位10位（2007年）



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」平成19年

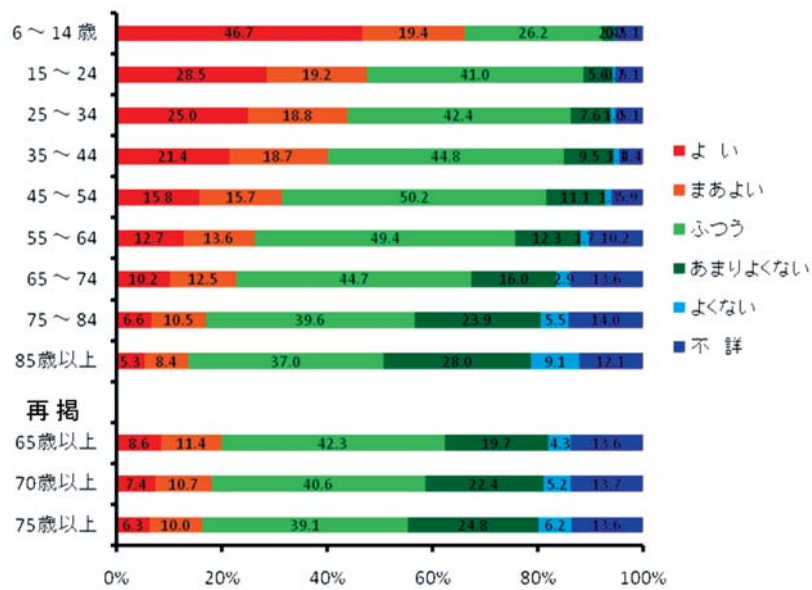
こうした健康障害は、当然、日常生活にも影響を及ぼす事になるが、日常生活に影響のある者率（人口千人当たりの「現在、健康上の問題で、日常生活動作、外出、仕事、家事、学業、運動等に影響のある者」の数）は、65歳以上では226.3、75歳以上では304.6であり、高齢とともに増加する（図5）。また、健康意識も年齢とともに「よい」、「まあよい」が少くなり、「あまりよくない」、「よくない」が多くなる（図6）。

図5 日常生活への影響がある者（人口千対）



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」平成19年

図6 健康意識の構成割合



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」平成19年

以上のように、我が国の半数以上の高齢者は種々の症状や疾病を抱え、2割以上が日常生活に支障をきたしている。実際、後期高齢者（75歳以上）では、要支援・要介護を必要とする割合は29.6%（平成17年度）と急増しており、我が国の高齢者は必ずしも良好な健康状態にあるとはいえない。

3. 高齢者と医療費

高齢者の健康状態からわかるように、我が国の高齢者は健康長寿から大きくかけ離れた状況にある。当然ながら高齢者の医療費は増大することになるが、平成18年度の国民総医療費は33兆1276億円（国家予算の約10%）で、この内65歳以上の医療費は実に51.7%を占めている。一人当たりの国民医療費は25万9300円であるが、65歳未満は15万8200円であるのに対して65歳以上は64万3600円と、総医療費の半分を費やしている⁵⁾。

医療費が増加する要因として、①入院する日数が長い、②薬の価格が高く、使用量が多い、③医療材料の価格が高い、④検査が多い、⑤受診回数が多い、⑥高額医療機器の導入や延命を目的とした末期医療、などがあげられているが、こうした要因の多くは高齢者の医療と深く関わっている。

このような現状から、これからの高齢医療は、単に寿命を延ばさせることなく、まず、慢性疾患に罹患する年齢をできるだけ遅らせることである。次に慢性疾患による機能障害から日常生活動作が阻害されて介助を必要とする期間を出来るだけ短くすることにある。そして、健康障害を抱えながらも自立機能を維持し、QOLの向上を図ることである。換言すれば一病息災の健康観に基づいた健康寿命の延伸であり、広義の未病医療である。このことは、コストパフォーマンスに優れた高齢医療にも繋がることである。

Ⅲ. 高齢者の身体および精神機能の変化と高齢疾患の特徴

1. 生理的観点からみた高齢者の特徴⁶⁻⁸⁾

高齢者は加齢に伴い全身の身体的機能は低下し、記憶力を中心とする認知機能も低下するが、個体差が極めて大きい。以下に代表的な心身機能の変化について記す。

- 1) 心・血管系：動脈硬化が進行し、血管弾性が低下する。血管壁が肥厚し、末梢血管抵抗が増加するために、高血圧や不整脈、心筋梗塞、脳梗塞をおこしやすくなる。また、心拍出量が低下し、心臓が肥大し、ストレスに対する反応が低下してくる。
- 2) 呼吸器・消化器・腎・泌尿器系：呼吸器系では、肺炎をおこしやすくなる。消化器系では、消化機能の低下、蠕動運動の低下により便秘がおきやすくなる。腎・泌尿器系では、腎臓の排泄機能が低下し、残尿、頻尿、尿失禁などが多くなり、尿路感染をおこしやすくなる。
- 3) 筋・骨格器系：骨に含まれるカルシウム、コラーゲンの減少、骨量の減少により、骨粗鬆症になりやすくなり、骨折が増大する。神経・筋機能・運動機能が低下し、関節の可動性の低下、運動神経の鈍化、瞬発力、敏捷性の低下により、転倒しやすくなる。
- 4) 感覚器系：視覚・聴覚機能が低下し、白内障、難聴傾向となる（高音域が聴きづらくなる）。
- 5) 精神機能：加齢とともに、知的機能、人格、感情に変化が現れる。特に計算、知覚、空間認知、記憶、推理などが、中年から老年にかけて低下する。また、健康意識が低下し、経済的自立が困難となる。さらに家族・社会での人間関係が疎遠となり、生活目標を喪失する。こうした経済的、

社会的要因から不安・抑うつ状態などに陥りやすくなる。

2. 高齢者の病態および疾患の特徴⁶⁻⁸⁾

高齢者にみられる病態および疾患には、成人期と比べて、以下のような特徴がみられる。

- ① 慢性の疾患が多い。
- ② 1人で複数の疾患に罹患していることが多い。
- ③ 症状や経過が非定型的である。
- ④ 個人差が大きい。
- ⑤ 生体防御力が低下し、疾患が治癒しにくい。
- ⑥ 薬物に対する反応が成人と異なる。副作用が出やすい。
- ⑦ 入院しても全治は難しく、入院すると院内感染など新たな疾病を発症しやすい。
- ⑧ 精神的、社会的因子（特に家族の関与）が大きい。
- ⑨ 過度の安静や持続的な臥床により、要介護者となりやすく、早期リハビリテーションの必要度が高くなる。
- ⑩ 俊敏性や反射的運動能が低下するため転倒しやすく、また軽い転倒で骨折しやすい。

このように高齢者の病態および疾患は、成人とは大きく異なり、個体差も大きいことから、一人一人に応じたテーラーメイドの医療が求められる。

IV. 高齢疾患に対する鍼灸治療の効果と有用性

次に代表的な高齢疾患に対する鍼灸治療の効果と有効性や有用性を紹介する。

1. 変形性膝関節症

変形性膝関節症（knee osteoarthritis；以降、膝 OA）は、高齢者の歩行を妨げ、日常生活を阻害する大きな要因となる疾患である。本疾患に関する鍼灸治療の効果と安全性、および費用対効果についての臨床研究が世界各国で行われている。

米国の Brian Berman ら⁹⁾は、570名の膝 OA 患者を対象に、鍼群とシヤム鍼群、教育訓練群の3群に割り付け、WOMAC（膝 OA の効果を判定する評価票）、6分間歩行距離、SF-36（心身の健康状態を評価するもの）を用いて評価した。その結果、鍼群はシヤム鍼や教育訓練の対照群に比して統計的に有意に改善されたとし、鍼治療は膝 OA の補助療法として機能改善や疼痛軽減に役立つと報告している。

スペインの Jorge Vas ら¹⁰⁾は97名を対象に、実験群（鍼＋ジフロフェナク）と対照群（プラセボ鍼＋ジフロフェナク）をランダムに割り付け、WOMAC と VAS（痛みの評価）を用いて検討した。その結果、実験群は対照群に比して疼痛の軽減とジフロフェナクの服用量が有意に減少したとし、鍼治療は膝 OA に有効であることを報告している。

ドイツの Witt CM ら^{11,12)}は ART (acupuncture randomized trial) と ARC (acupuncture routine care study) の 2 つの研究結果を報告している。ART では 294 名の患者を対象に、鍼治療群、微鍼治療群 (非経穴にごく浅い鍼)、無治療群の 3 群にランダムに割り付け、WOMAC を用いて検討した。その結果、鍼治療は微鍼治療群および無治療群に比して優れているとした。また、ARC では、632 名の患者を対象に日常の通常医療に鍼治療を加える群と鍼治療を加えない群に割り当て、費用対効果分析を行った。その結果、通常医療に鍼治療を加えることで、通常医療単独よりも効果があり、鍼治療の追加費用がかかるものの、国際医療経済の基準 (漸増費用対効果分析比: Incremental cost-effectiveness-ratios; ICER) によれば、費用対効果は高かったことを示した。すなわち、現代医学単独よりは、鍼治療を併用することにより費用対効果が良くなるというものであった。

イギリスの Adrian White¹³⁾は、膝 OA に対する鍼治療に関する主要な論文をメタ分析により解析した。方法はランダム化比較試験による研究で、効果判定に WOMAC を用いた論文を集めて、メタ分析 (13 論文から適する 8 論文を選出し、さらに妥当性のある 6 論文を抽出) により有効性を解析したところ、鍼治療は、シャム鍼 (偽鍼) よりも効果的であり、その効果は短期、長期のいずれの場合でも統計的に有意で、また鍼治療は通常医療と比べても優れていることを示した。

一方、膝 OA に対する鍼治療の安全性について、山下ら¹⁴⁾はランダム化比較試験のレビュー 7 編の論文を対象に分析したところ、膝の腫脹や局所の炎症は鍼治療群よりは対照群で多く報告されており、ほとんどの有害事象は軽症で一過性であることが確認できたとしている。

また、Adrian White¹⁵⁾は、30,000 症例、合計 66,000 回の鍼治療の有害事象についてまとめ、最も多かったのは出血 (10 秒以上続くもの) 3.1% もしくは血腫 2.1% であるとし、重篤な事象に当てはまるものはなかったと報告している。

さらにドイツの Klaus Linde¹⁶⁾は 9,918 名の認定された医師によって 503,397 名の患者 (慢性痛) に 400 万回以上の鍼治療を行った結果、副作用は 7.8% に認められたとし、その内容は主として刺痛、血腫、出血などであり、重大な副作用として失神などの心血管系の障害 6 例、気胸 3 例、皮膚感染 2 例、重症喘息発作 1 例で医療措置を必要とする副作用は 0.8% と少なく生命の危機に至るような副作用例はなかったとし、鍼治療は安全で、重大な有害事象はまれであると報告している。

現在、膝 OA には NSAIDs や COX II などの様々な薬物が使用されているが、長期効果や副作用などの点から処方のためらいがあるとされているが、上述したように鍼治療は、膝 OA に対して有効、かつ安全な治療法であり、費用対効果が高い。このことからドイツ、イギリスなどでは保険適応となっている。

2. 骨粗鬆症

著者ら¹⁷⁾は、大学病院に通院もしくは入院中の腰背部痛を有する骨粗鬆症患者 19 例 (男性 1 例、女性 18 例) に鍼治療を行い、治療効果について検討した。対象症例の 13 例に圧迫骨折があり、平均骨折数は 2.6 ± 3.0 であった。12 例 (円背 6 例、凹円背 4 例、亀背 2 例) に外観上の脊柱の変形があった。

一定の判定基準のもとに3ヶ月後に行った評価では、著効4例、有効3例、やや有効10例、無効2例であった。直後効果は圧迫骨折による急性腰痛を除く18例に認められ、2～3日持続するものが多かった。これらの19例は、薬物療法などの保存療法で満足のいく効果が得られなかった症例で、鍼治療が骨粗鬆症に伴う腰背部痛に有効であったことは、薬物服用量を減少させるとともに、ADLの改善及びQOLの向上にもつながり鍼治療は、本疾患に対して包括的治療の一手段になる可能性を示している。

国民生活基礎調査（平成19年）によると介護が必要となった主な原因をみると、要支援者では「関節疾患」が20.2%、「高齢による衰弱」が16.6%の順で関節疾患による要支援が最も多い。また、健康調査でも示したように高齢者は、「腰痛」、「手足の関節痛」、「手足の動きの悪さ」など運動器系の愁訴が多い。運動器系の症状は、日常生活動作に直接影響するので、日常生活を制限し、QOLを低下させる。これらの症状は、老化に起因していることから治癒は望めず、とかく「痛み→運動制限→非活動→筋力低下→ADL低下→非活動」といった悪循環を形成する。骨粗鬆症の場合も同様で、悪循環により骨粗鬆症が増強する。鍼灸治療は、運動器・疼痛性疾患に有効性が高く、比較的速効性もあるので、悪循環を断ち切ることが可能であり、退行性病変の進行を抑制するという効果をもたらす。

3. 片麻痺

丹澤¹⁸⁾は、片麻痺患者40例を対象に鍼治療の効果を検討した。その結果、Brunnstrom's recovery stageで2段階以上改善したものは僅か10%で、麻痺（痙性）に対する鍼灸治療の効果には限界があるとしている。しかし、リハビリ訓練中に発生する関節痛の改善効果があること、快眠、快便、食欲増進効果などにより、体調がよくなり訓練に対する順応力、耐久力が高まることなど、鍼灸治療が持つ全身的な効果にリハビリ領域での鍼治療の意義があるとしている。

また、関ら¹⁹⁾は、入院中の肩麻痺患者のうち、肩痛及び上肢症状を有し、肩手症候群（SHS：Shoulder-Hand Syndrome）と診断された13例に対して鍼治療を行い、その有効性について検討した。RSDスコア、腫脹、知覚異常は有意に軽減し、疼痛も11例で50%以下となった。SHS発症時期による比較では、急性期群で有意なRSDスコアの軽減がみられたことから、SHSの悪循環を断ち切る治療として早期に行う鍼治療は有用であり、片麻痺のリハビリにおいて、阻害因子となる症状の改善とリハビリ・プログラムを円滑に進行させるための治療手段の一つになることを示した。

4. 閉塞性動脈硬化症

安野ら²⁰⁾は、現代医学的な治療で満足すべき効果が得られなかった閉塞性動脈硬化症（ASO：Arteriosclerosis Obliterance）21例を対象に鍼治療の効果を検討した。下肢の虚血の程度を示すFontaine分類²¹⁾では、I度（冷感・しびれ感）が1例、II度（間欠跛行）が17例、III度（安静時痛）が2例、IV度（潰瘍・壊死）が1例であった。I、II度の症例では、間欠跛行距離の延長、冷感、歩行時痛の軽減などの効果がみられたが、III、IV度の症例では効果がみられなかったとし、鍼灸治療の

適応範囲を示した。

ASO の症状で最も高頻度に見られる間欠跛行の予後は、5年後で約25%は増悪し、侵襲的な治療を要したり、切断に至るとの報告がある²²⁾。また、QOLにおいても生活制限を受けている率が高率(50.9%)で、その原因として歩行制限や全身合併症による制限などが関連しているとされる²³⁾。従って、鍼治療は現代医学的な治療で満足すべき効果が得られない Fontaine の I 度と II 度に対して有力な治療手段になり得ることを示唆するものである。

5. 慢性閉塞性肺疾患

鈴木ら²⁴⁾は、労作時呼吸困難を有する慢性閉塞性肺疾患 (COPD : Chronic Obstructive Pulmonary Disease) 患者16例に薬物療法に併用して鍼治療を行い、対照群 (薬物療法) 21例との比較を通して、鍼治療の臨床効果について検討した。評価項目は、①F-H-J 分類、②Borg Scale、③6 MWD、④6 MWT における Spo₂ の変化、⑤呼吸機能変化 (VC、%VC、PEMax、PIMax 等) ⑥呼吸筋力とした。その結果、対照群に比して鍼治療群では、いずれの評価項目も有意に改善したことから、鍼治療を薬物療法に併用することは、臨床的に有効であることを示した。即ち、COPD の治療には、鍼治療と現代医学による補完医療が現代医学単独より効果的であることを意味するものである。

6. 糖尿病

粕谷ら²⁵⁾は、①健常者群、②糖尿病患者群③糖尿病予備群 (耐糖能異常者) の3群の骨格筋に鍼通電刺激を行い、インスリン抵抗性を検討した。その結果、糖尿病患者群よりも糖尿病予備群の方がインスリン抵抗性の改善がみられた。さらに、この予備群を①鍼通電刺激単独療法群②運動療法単独群③鍼通電療法+運動療法群 (運動療法の前に鍼通電を行う併用群) に分けて検討したところ、③の併用群が他群に比較し、インスリン抵抗性の指標である HOMA-R、レプチン値、体脂肪率の値が有意に改善したとして、運動療法と鍼治療の併用により、糖代謝能をさらに亢進させる効果が期待できることを報告している。

V. 高齢医療に適した鍼灸医療

鍼灸治療は、高齢者の医療においては、漢方と共にしばしば用いられる伝統医療である。そのエビデンスは明確ではなかったが、上述したように、現代医学に併用することにより現代医学単独よりも効果がよいことが示されている。また、鍼灸治療は現代医学的治療で効果が得られなかった場合にも効果があり、さらには現代医学の治療法では対処が難しい難病にも鍼灸治療はしばしば用いられている。このように鍼灸医療は、実質的には高齢医療の一端を担っているが、このことに対する社会の認識は低い。

しかし、鍼灸医療の特質から言えば、高齢医療の一環として位置づけることが可能であると考えられる。

以下に高齢医療における鍼灸医療が適切である理由を述べる。

(1) 現代医学を補完する鍼灸医療

- ① 高齢者の半数以上は多様な愁訴に悩み、複数の疾患を患っており、2割以上が日常生活に支障をきたしている。こうした健康障害を有する高齢者によくみられる「腰痛」、「関節痛」、「肩こり」、「もの忘れする」、「目のかすみ」、「手足の動きが悪い」、「手足のしびれ」などの愁訴は、高齢者の日常生活活動を制限し、QOLを低下させるが、鍼灸医療に適応するものが多い。現代医学的治療と併用することにより、愁訴を軽減し、疾患の悪化を予防し、自立機能を回復させることが、QOLを向上させ、要支援・要介護への移行を未然に防ぐことになる。
- ② 鍼灸治療は、非薬物療法であり、他の療法と容易に併用できる。現代医学に鍼灸治療を併用することにより、単独治療より効果的であることは上述した通りである。
- ③ 鍼灸治療は、自然治癒力を治療原理とすることから、免疫力の低下した高齢者に有効な補完医療である。

(2) 自立機能を高め、QOLを向上させる鍼灸医療

高齢期の生活の質の低下を招いている原因の多くは、筋力の低下や関節の変形、認知機能の低下や免疫機能の低下によるものである。これらの問題は、身体の老化プロセスが大きく関与している。一般的に言えば、高齢疾患は老化を起因としていることから、治らない・治りにくい疾患である。そのため、高齢医療ではキュアよりはケアが必要である。すなわち、苦痛を緩和し、自立機能を支援することがより重要で、いかにQOLを向上させるかである。

鍼灸治療は、高齢疾患に起因する身体的・精神的愁訴の軽減に有効であることについては、多くの報告の通りで、疼痛の軽減、食欲増進、気分の改善等により全身状態を良好にし、身体機能の改善を図り、ADLを維持もしくは改善することが可能である。すなわち、鍼灸治療は、自立度を高め、QOLの向上を図ることが可能で介護予防に貢献することができる。

(3) 長期的な治療に適した鍼灸医療

高齢疾患の多くは、老化を起因とした退行性病変で、慢性疾患であるため、長期的な治療を要する。また、一人で多疾患・多愁訴を有することから、薬物療法では多剤を長期に連用することが多く、副作用が発現しやすい。それに対して鍼灸治療は非薬物療法であり、副作用も極めて少なく、現代医学的治療との併用も可能であり、安全性も高い。安全で長期的な治療を必要とする高齢医療において鍼灸医療は適した医療といえる。

(4) テーラーメイドの医療としての鍼灸医療

高齢疾患は、個体差が大きい。しかも複数の疾患を患い、多臓器障害を呈することが多いことから個人の病態に適した医療、すなわちテーラーメイドの医療が必要である。鍼灸医療は、患者個人に合った治療方針を立てることができる診断治療システム（「証」の医学）を有していることから、個体差に合った治療を提供することができる。

(5) 全人的医療としての鍼灸医療

高齢疾患は老化を起因としているだけに、治りにくい・治らない疾病であり、そうした病態には全人的なアプローチが適切である。鍼灸医療は心身一如の生体観に立つ、その点においても高齢者医療には適した医療といえる。

(6) 未病医療・予防医療としての鍼灸医療の可能性

鍼灸医療は、「未病を治す」(予防医療)を最高の医療行動目標としている。高齢者に対する未病医療としての鍼灸医療のエビデンスは明確ではないが、認知機能^{26,27)}を高めたり、血圧を適度に低下させたり²⁸⁾、免疫力を高めたりする可能性²⁹⁾が報告されている。また、鍼灸治療を定期的に受けることでADLが高まり、QOLが向上する³⁰⁾との報告もあることから予防医療としての可能性が期待される。

VI. おわりに

本稿では、特に高齢者における鍼灸医療の可能性について述べたが、鍼灸医療が対象とする分野は幅広い。健康維持・増進や疾病の予防などの予防医学、運動器疾患や疼痛性疾患、慢性疾患などの治療医学、治癒困難な疾患、末期癌などの緩和医療や末期医療、さらには心の病や心身医学領域の疾患をも対象としている。高齢社会に貢献できる可能性は高い。

また、高齢医療で最も重要なことは、未病医療であり、予防医療である。この分野での鍼灸研究は不十分であり、エビデンスは不明確である。高齢社会の只中にある我が国においては、高齢疾患の治療医学の研究とともに、一層重要な分野が高齢疾患の未病医療であり、予防医療である。また、高齢者が生き生きと日々の生活が送れるように医療的に支援することである。鍼灸医療は、こうした要望に応えられる特質を有しているだけに、今後の研究が期待される。

<参考文献>

- 1) 折茂肇. 老年学と長寿科学：日本におけるその歴史と現状. 平井俊策編著. 新老年学. ワールドプランニング；2005. p.179-188.
- 2) 折茂肇. 序論. 日本老年医学会編. 老年医療の歩みと展望：生訓から現代医療の最先端まで. 東京：メジカルビュー；2003. p.2-5.
- 3) 厚生統計協会. 全国人口動態, 国民衛生の動向 56(9). 東京：厚生統計協会；2009. p.39-44.
- 4) 厚生統計協会. 健康状態, 国民衛生の動向 56(9). 東京：厚生統計協会；2009. p.74-6.
- 5) 厚生統計協会. 国民医療費, 国民衛生の動向 56(9). 東京：厚生統計協会；2009. p.200-34.
- 6) 三高千恵子. 多臓器不全. 日本老年医学会編. 老年医学テキスト；東京：メジカルビュー；2008. p.40-4.
- 7) 小沢利男. 老年医学総論. 小沢利男編著. 高齢者の生活機能評価ガイド. 出版地：東京. 医歯薬出版；2006. p.2-10.
- 8) 中島澄夫. 高齢者疾患の特徴とケア. 中島澄夫著. 高齢者医療. 東京：オーム社；2008. p.13-4.
- 9) Berman B, Lao L, Langenberg P et al. Effectiveness of acupuncture as adjunctive therapy

- in osteoarthritis ;of the knee: a randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine* 2004; 141: 901-10.
- 10) Vas J, Mendez C, Perea-Milla E et al. Acupuncture as a complementary therapy to the pharmacological treatment of osteoarthritis of the knee: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329 (7476): 1216.
 - 11) Witt C, Brinkhaus B, Jena S et al. Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee: a randomized trial. *Lancet* 2005; 366 (9480): 136-43.
 - 12) Witt C, Jena S, Brinkhaus B et al. Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee or hip: a randomized controlled trial with an additional nonrandomized arm. *Arthritis & Rheumatism* 2006; 54: 3485-93.
 - 13) White A, Foster NE, Cummings M et al. Acupuncture treatment for chronic knee pain: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)* 2007; 46: 384-90.
 - 14) 山下仁, 増山祥子, 大概邦治 ほか. 鍼治療の安全性に関する調査研究. 全日本鍼灸学会編. エビデンスに基づく変形性膝関節症の鍼灸医学 第1版. 東京: 医歯薬出版; 2007. p.79-83.
 - 15) White A. 鍼治療の安全性: 英国におけるエビデンス. 全日本鍼灸学会編. エビデンスに基づく変形性膝関節症の鍼灸医学 第1版. 東京: 医歯薬出版; 2007. p.84-90.
 - 16) Linde K, Andrea Streng, Andrea Hoppe et al. The programme for the evaluation of patient care with acupuncture (PEP-Ac)— a project sponsored by ten German social health insurance funds. *Acupuncture in Medicine* 2006; 24: p.25-32.
 - 17) 坂井友実. 老年者の疼痛管理と鍼灸. *日本東洋医学雑誌* 1997; 7: 762-73.
 - 18) 丹澤章八. リハビリテーション領域の鍼灸治療. *現代鍼灸学* 2002; 1: 81-5.
 - 19) 関麻里, 安野富美子. 肩手症候群に対する鍼治療. *現代鍼灸学* 2007; 7: 95-101.
 - 20) 安野富美子, 坂井友実, 矢野忠. 閉塞性動脈硬化症に対する鍼治療の効果. *日本温泉気候物理医学会雑誌* 2005; 68: 102-9.
 - 21) Fontaine R, Kim M, Kieny R. Surgical treatment of peripheral circulation disorders. *Helvetica Chirurgica Acta*. 1954; 21: 499-533.
 - 22) TransAtrantc Inter-Consensus (TSU):Management of peripheral disease (PAD). *Journal of Vascular Surgery* 2000; 31 (Suppl 1Pt2) S1-S278.
 - 23) 松尾汎. 疫学・転帰・予後. 閉塞性動脈硬化症診療の実際—末梢循環障害の診療指針—. 東京: 文光堂; 2002. p5-9.
 - 24) 鈴木雅雄. 慢性閉塞性肺疾患に対する鍼治療の臨床効果の検討. *明治鍼灸医学* 2003; 33: 83-97.
 - 25) 粕谷大智, 美根大介, 小糸康治 ほか. 骨格筋に対する鍼通電刺激のインスリン抵抗性に及ぼす影響 *現代鍼灸学* 2008; 8: 9-19.
 - 26) 今西二郎, 矢野忠. 鍼治療を含めた統合医療による認知症の予防および疲労回復に関する研究. 京都府予防医学研究センター委託研究報告書 2008.
 - 27) 澤田規, 澤田千浩, 福田文彦 ほか. 高齢者の知的機能および日常生活動作に及ぼす TEAS 治療について. *全日本鍼灸学会雑誌* 2001; 51: 69-79.
 - 28) 矢野忠. 高齢者の血圧管理に鍼灸治療は有効か—シルバー鍼灸等調査研究より—. 丹沢章八編集. 高齢者ケアのための鍼灸医療 第1版. 東京: 医道の日本社; 1995. p.109-113.
 - 29) 篠原昭二. 鍼刺激は, 免疫系に影響を与えるか—シルバー鍼灸等調査研究の成果—. 丹沢章八編集. 高齢者ケアのための鍼灸医療 第1版. 東京: 医道の日本社; 1995. p.166-178.
 - 30) 松本勅. 高齢者の運動器・神経系愁訴と鍼灸治療. 丹沢章八編集. 高齢者ケアのための鍼灸医療 第1版. 東京: 医道の日本社; 1995. p.119-144.