

## 特集:東西医療からフレイルを読み解く

### 総説

## 認知症・高齢者うつに対する鍼灸治療

江川 雅人<sup>1)</sup>

### Acupuncture Treatment for Dementia and Depression in the Elderly

Masato Egawa<sup>1)</sup>

〔抄録〕 認知症とは、一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態をいい、それが意識障害のないときにみられるものである。認知症の原因疾患としてはアルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症が4大疾患とされている。認知症の症状は、中核症状とBPSDに大別される。高齢者うつは認知症の初期症状として現れることもあるが、うつ病性仮性認知症が認められることもある。認知症や高齢者うつは、中医学的な肝、心、腎や気血津液の異常として肝血虚証、心脾両虚証、腎陽虚証・腎精不足、血瘀証、痰濁・痰湿に分類される。鍼灸治療方法としては、中医学的な施術、頭皮鍼療法、四肢への低周波鍼通電療法、身体症状への対症療法などが行われる。その治効機序として脳血流の改善やリンパティックシステムの改善による脳内異常タンパクの排除などが考えられる。認知症や脳卒中後に発症したうつに対する鍼灸治療は、「認知症と軽度認知障害の人および家族介護者への支援・非薬物的介入ガイドライン2022」や「脳卒中治療ガイドライン 2021〔改訂 2023〕」に位置づけられている。

**[Abstract]** Dementia is defined as a persistent decline in cognitive function that has once reached normal due to acquired brain damage, which is seen in the absence of impaired consciousness, and which interferes with daily and social life. Alzheimer's disease, vascular dementia, dementia with Lewy bodies, and frontotemporal lobar degeneration are considered the four major diseases that cause dementia. Symptoms of dementia are broadly classified into core symptoms and BPSD. Depression in the elderly may be an early manifestation of dementia, but depressive pseudodementia may also appear. Dementia and depression in the elderly are classified in TCM as abnormalities of the liver, heart, kidney, or qi/blood/body fluids as Liver blood deficiency pattern, Heart and spleen systems deficiency pattern, Kidney yang deficiency pattern/Kidney essence deficiency pattern, Blood stasis pattern, and Damp phlegm pattern. Acupuncture treatment methods include treatment from a TCM perspective, acupuncture on the scalp, energizing therapy using needles on the extremities, and treatment of individual physical symptoms. Possible mechanisms of curative effects of acupuncture include improvement of cerebral blood flow and elimination of abnormal proteins in the brain through improvement of the lymphatic system. Acupuncture treatment for depression following dementia or stroke is included in treatment guidelines for depression following dementia or stroke.

**Key Words :** 高齢者医療, 認知症, うつ, 鍼灸, 中医学; Elderly health care, Dementia, Depression, Acupuncture, Traditional chinese medicine

---

1) 新潟医療福祉大学リハビリテーション学部鍼灸健康学科

## 1, はじめに

認知症とは正常に発達した認知機能が、後天的な脳の障害によって低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態をさす。令和6年度版の厚生労働省の高齢社会白書によると2022年における認知症の高齢者数は443.2万人(有病率12.3%)、また、軽度認知障害の高齢者数は558.5万人(有病率15.5%)と推計されている<sup>1</sup>。すなわち3.6人に1人が認知症かその前段階にあると計算される。このことは認知症が我が国の現代社会において極めて日常的な疾患であることを示しており、認知症の予防とケアや治療は我が国の医療上の最も大きな課題の一つである。

本稿では、認知症や認知症の前段階で出現することもある高齢者うつ状態について概説し、鍼灸治療の方法と可能性について概説したい。

## 2, 認知症の現代医学的理解

### 2.1 認知症の定義

認知症とは一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態をいい、それが意識障害のないときにみられると定義されている。認知機能

能とは、ものごとを正しく理解して適切に実行するための機能のことであり、記憶力、計算力、言語力、遂行力、判断力等のことをさす。認知症の国際的な診断基準の一つであるICD-11における認知症診断基準は、(A)認知症は以下の認知領域 - (1)記憶、(2)実行機能、(3)注意、(4)言語、(5)社会的認知および判断、(6)精神運動速度、(7)視覚認知または視空間認知のうち2つ以上が以前のレベルから低下しているという特徴を持つ後天的な症候群である。(B)日常生活に支障を来すなど(以下略)、(C)原因に関する規定(以下略)、である。ICD-10では診断において必須要件であった記憶力障害が、ICD-11では必須ではなくなった。記憶障害が7つの認知機能障害の一つとして並列化され、記憶障害を含まない複数の認知障害の存在で認知症の診断が可能となった。また、ICD-11では新しい認知機能障害として「社会的認知の障害」と「精神運動速度の遅延」が登場した<sup>2</sup>。

### 2.2 認知症の原因疾患<sup>3</sup>(表1)

アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症は4大認知症とされている。この中でもアルツハイマー病が最も多く、過半数を占めるとされている。また高齢になると、アルツハイマー病と血管性認知症の合併といった重複

表1 認知症の原因疾患

	アルツハイマー病	血管性認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭葉型認知症
原因	アミロイドβの蓄積	脳梗塞などによる脳血流の障害	レビー小体の蓄積	不明(異常タンパクの蓄積)
脳の変化	海馬領域を中心とした脳全体の萎縮	血流障害部位の血流低下	脳萎縮は著明ではない	前頭葉・側頭葉の萎縮
初期症状	もの忘れ	血流障害部位により異なる	幻視や幻聴を伴うもの忘れ	社会性の低下に伴う異常な言動
特徴的症状	見当識障害、理解力の低下、失語・失認・失行	運動障害、手足のしびれ、視力の低下、排尿障害、意欲の低下や感情コントロールが難しい	パーキンソン病様の症状(振戦、歩行困難、寡動)、自律神経症状(便秘、起立性低血圧)、抑うつ	自発性や関心の低下、社会性の低下
経過・進行	緩徐	脳梗塞等発症に合わせて段階的	覚醒度や認知度に波がある	進行に従って意欲低下が顕著

病理も増加する。

① アルツハイマー病

認知症の原因の半数を占める疾患で、その病態は、発症から10～15年以上も前から脳内に蓄積が始まるアミロイドβによる脳変性疾患である。初発症状は記憶障害（もの忘れ）であり、特に、昔の事柄は憶えているものの、最近の出来事は憶えられない記銘力障害が特徴的である。頭部MRI所見として側頭葉内側の海馬領域の萎縮が特徴的である。症状の進行は緩やかである。

② 血管性認知症

脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、多発性脳梗塞など脳血管の障害を原因とした認知症である。記憶障害に加えて、歩行障害、構音障害、嚥下障害などの運動障害や、手足のしびれ、視力の低下、排尿障害を伴うこともある。意欲が低下し、感情のコントロールが難しくなるといった症状を伴うことも多い。症状は脳卒中などを起こした時に急に悪化する階段状の進行が特徴的である。

③ レビー小体型認知症

パーキンソン病の原因でもあるαシヌクレインからなるレビー小体の蓄積による脳変性疾患である。もの忘れに加えて、パーキンソン病様の振戦や歩行障害、抑うつ気分、便秘や起立性低血圧などの自律神経症状を伴うことが多い。リアルな幻視・錯視、幻聴、被害妄想も頻繁に伴う。頭部MRIでは脳萎縮は明瞭ではない。覚醒度や認知度に波がありながら進行する。

④ 前頭側頭葉変性症

65歳未満の初老期に発症することが多い。タウタンパク、TDP-43などいくつかの異常タンパクの蓄積が報告されているものの、その病態は明瞭ではない。自発性や関心の低下、社会性の低下に伴う他者への配慮に欠けた言動が目立つ。頭部MRIでは前頭葉や側頭葉を中心とした萎縮が認められる。

2.3 認知症の症状

認知症の症状は「中核症状」と、「BPSD」(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)に大別される。中核症状とは脳細胞の死滅や脳の機能低下など脳の障害に直接起因して生じる症状のことであり、記憶障害、時間・場所・人が識別できなくなる見当識障害、考えるスピードが遅くなり、2つ以上のことが重なると理解が困難になる理解力や判断力の低下、情報を統合して計画を立てて遂行する実行機能の障害、運動や感覚機能が保たれていても障害をもたらす失語、失行、失認が含まれる。BPSDとは認知症に関連した行動・心理症状を示

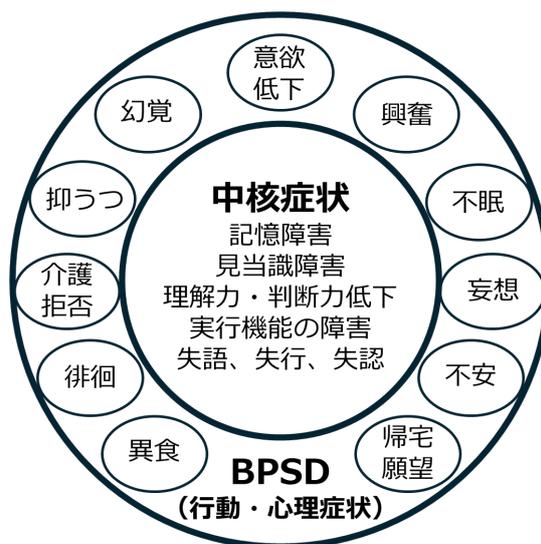


図1 中核症状とBPSD

し、以前は周辺症状と呼ばれていたものであり、妄想、抑うつ、興奮、徘徊、不眠、幻覚、意欲の低下などを示す。BPSDは患者本来の性格や心理状態に加えて、人間関係などの環境が影響して生ずるものである。BPSDは患者自身のQOL低下につながるだけでなく、介護者・家族など周囲の困惑を招き、介助や介護の負担を大きくする原因となる(図1)。

#### 2.4 認知症と加齢に伴うもの忘れの鑑別

日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態が認知症の定義にあり、これが加齢に伴うもの忘れとの最も顕著な違いである。しかし、後述の通り、認知症の進展予防、治療、ケアにおいては認知症の早期発見が極めて重要である。また、年齢を重ねれば誰もがもの忘れを自覚する。したがって、認知症と加齢に伴うもの忘れの違いを理解することは極めて重要である。表2に両者の違いについてアルツハイマー病を例に示す。

#### 2.5 認知症の治療

中核症状、すなわち認知機能障害に対しては薬物療法を行う。アルツハイマー病においてはコリンエステラーゼ阻害剤やNMDA受容体拮抗薬、レビー小体型認知症に対してはコリンエステラーゼ阻害薬が推奨されている。

BPSDに対しては、身体状態、ケア、環境を適正化し、パーソンセンタードケアを基本とした非薬物療法を行う。パーソンセンタードケアとは患者の「その人らしさ」を尊重し、患者の性格や生活遍歴、周囲の人との関わりや認識を含めて、それに似合ったケアを行うことである。また、言葉や会話だけでなく、五感(見る、触る、聞く、味わう、匂いをかぐ)を活用した作業療法もBPSDを改善させると報告されている<sup>4</sup>。

#### 2.6 軽度認知障害(MCI; Mild Cognitive Impairment)<sup>5</sup>

MCIは記憶や遂行、注意、言語、視空間認知などの認知機能領域に障害があり、本

表2 加齢に伴うもの忘れと認知症の症状の違い

	加齢に伴うもの忘れ	認知症 (アルツハイマー病)
もの忘れの内容	一般的な知識や常識	体験した内容
もの忘れの範囲	体験の一部を思い出せない憶えていたことを思い出せない	体験したこと全体を忘れる最近の出来事を思い出せない
もの忘れの自覚	自覚あり 必要以上に心配する	病識に乏しい 深刻に考えない
ヒントを与えると	思い出せる	思い出せない
日常生活	支障なし	支障あり
判断力	低下はみられない	低下することが多い
学習能力	保たれている	新しいことは覚えられない
日時の認識	保たれている	混乱している
感情・意欲	保たれている	易怒性や意欲の低下

人や家族などから認知機能の低下が指摘されているが、日常生活は自立しており、認知症とは診断されない状態である。認知症発症の前段階あるいは発症リスクの高まった時期とも捉えられている。MCI から認知症への進展が年間5~15%とされている一方で、正常に回復する割合も1年で16~41%と報告されている。すなわち認知症の予防の一つとしてMCIを早期に発見し、適切な治療やケアを行うことで発症を遅らせたり、正常へ回復させたりすることが重要である。MCIにおいては、記憶障害以外にも嗅覚の低下や、抑うつや易怒など感情のムラ、物を片付けられない、などの変化を伴うので注意が必要である。MCIから認知症への進展予防のための抗認知症薬の投与はエビデンスに乏しく、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの危険因子を有する患者にはこれをコントロールし、非薬物療法として、有酸素運動など適度な身体活動、地中海式ダイエット、ココア、禁煙などで有効性が示唆されている<sup>6</sup>。

### 3, 高齢者うつ病の現代医学的理解

#### 3.1 高齢者うつの原因

うつとは、強い抑うつ気分、興味や喜びの消失、気力や集中力の減退、自殺念慮といった気分の落ち込みが認められ、時に食欲の低下や睡眠障害といった身体症状を伴うことがある。高齢者におけるうつの原因は様々な喪失体験にある。具体的には、身体・認知機能の低下、行動力の低下、社会的役割の低下（退職）、経済的問題、家庭や社会環境の変化などが挙げられる。

#### 3.2 高齢者うつの特徴

高齢者のうつでは、①抑うつ気分は目立たない、②心気的症状：心身の些細な不調に著しくとらわれて必要以上にこだわり、重大な疾患の徴候ではないかと訴えがあり、③頭痛、腰痛、胃部不快感、めまい、しびれといった身体症状を伴い、④過剰に記憶障害を訴える、を特徴とする。④の記憶障害は認知症ではなく、集中力の低下に起因する「うつ病性仮性認知症」と呼ばれるものである。また、うつ状態の高齢者では、様々な疾患や機能低下が生じるという特徴もある。うつ状態の継続によってホルモンや免疫系の機能低下、運動量の低下による運動機能の低下が生じ、心筋梗塞、骨粗しょう症、感染症、認知症の発生率が高くなり、要介護状態になる率は2倍近くになるとも報告されている<sup>7</sup>。

#### 3.3 高齢者うつの治療

心理・社会的に負担になっている問題があれば、問題に対する環境調整が行われ、症状が比較的軽い場合は運動療法が有効である。認知行動療法や回想療法などの精神療法が行われることもある。薬物治療は抗うつ薬を中心とし、状態に応じて電気けいれん療法や反復経頭蓋磁気刺激療法なども行われる。

### 4, 認知症や高齢者うつの中医学的理解

#### 4.1 中枢神経機能（脳）の中医学的働き

中医学的に身体の物質面を表す気・血・津液と、身体の機能面を表す六臓（肝、心、脾、肺、腎、心包）六腑（胆のう、小腸、胃、大腸、膀胱、三焦）から中枢神経機能である脳の機能を当てはめるなら、肝、心、腎の機能に分類される。肝は「疏泄を主り、筋を主る」とされており、脳の働きとして

の情緒活動、自律神経の中枢機能、運動機能に相当する。心は「神を主る」とされており、意識と思惟活動に相当する。腎は「髓を生じ、脳は髓の海である」とされて脳の発育や機能維持、成長の過程を担っていると考えられている。

#### 4.2 認知症の中医学的分類<sup>8</sup>

中枢神経機能（脳）の中医学的働きの観点から、認知症やうつなどの中枢神経系の機能低下は東洋医学的な肝、心、腎の病証として捉えられる。さらに各臓と関係の深い他の臓腑や、関連する気、血、津液の変化も病証となる。発病の機序を考える時は、各臓器へ影響を与える患者を取り巻く環境の変化を考察する必要もある。以下に認知症やうつ状態に関連する病証を概説し、特徴的症状、舌・脈所見、治則と代表的な配穴については表3に示す。

##### ① 肝血虚証

栄養不良や、夜更かし、過労など自律神経活動の失調が続けば肝の機能は失調し「血を蔵する」機能が低下して血虚状態となって脳を栄養できなくなり、うつ状態になったり認知機能の低下が生じたりする。また肝の「筋を主る」機能が低下して振戦などの不随意運動や運動失調を伴う。

##### ② 心脾両虚証

過度の思慮は脾と心の機能を弱めて脾気虚、心血虚となり、飲食物の栄養エネルギーである水穀の気の生成と全身への配分が弱くなり脳を栄養できない状態となって、脳の機能の低下を招く。脾虚は水滯を招いて、後述の痰湿の生成へもつながる。

##### ③ 腎陽虚証・腎精不足

加齢や久病（慢性病）は「髓を生じる」腎の機能を低下させ、髓海不足になって認

表3 認知症の中医学的分類

弁証分類	病因病理	特徴的症状	舌・脈所見	治則	代用的配穴・補瀉
肝血虚証	過労、自律神経の乱れによる肝機能の失調、血不足と筋の失調を招く。	毛髪に艶がない、目のかすみや乾燥、手足のしびれ、ふるえ、爪がもろい	淡白舌 細脈	補益肝血	三陰交、太衝、肝俞 補法
心脾両虚証	過度の思慮により心と脾を病み、陰血が消耗して脳を栄養できない。	寝付きが悪い、多夢、不安感、動悸、腹部膨満感、泥状便、皮下出血、食欲不振	淡白舌 細弱脈	補益心脾	神門、心俞、脾俞 補法
腎陽虚証 腎精不足	加齢、久病（慢性病）による腎機能が衰弱し、髓の生成ができない。	耳鳴、脱毛、抜歯、足腰の冷え、五更泄瀉	紅舌、苔少 細数脈	補益腎精	関元、太谿、腎俞 補法
血瘀証	精神的ストレスによる気滞により血瘀が生じ、経絡を阻滯して脳への気血供給が減じる。	頑固な頭痛、目のクマ、皮膚甲錯	暗紅舌、瘀点 細澀脈	活血化瘀	内関、血海、膈俞 瀉法
痰湿（痰濁）	飲食不節や脾機能の低下により痰湿が生じ、頭部に昇り髓海を侵す。	頭重感、腹部膨満感、飲酒・味濃いものを好む	膩苔 滑脈	去痰健脾	豊隆、太白、脾俞 補法・瀉法

知機能の低下につながる。加齢に特徴的な脱毛、抜歯、耳鳴を生じ、明け方に下痢をする五更泄瀉(鶏鳴下痢)も特徴的である。

#### ④ 血瘀証

精神的なストレスが続くと気滞が生じ、気の推动作用で全身を巡る血の停滞を招いて血瘀となる。血瘀は経絡を阻滞させ脳への気血の供給が阻害されて認知機能の低下につながる。

#### ⑤ 痰湿(痰濁)

暴飲暴食、夜間の多食、濃い味の多食や脾機能の低下は痰湿を生じる。痰湿が頭部に昇れば髄海を濁して機能を低下させる。

### 5, 認知症や高齢者うつに対する 鍼灸治療方法

#### 5.1 中医学的な鍼灸治療

認知機能の低下や高齢期の精神症状の発症機序については前述したが、高齢期に発症したものであれば中医学的な鍼灸治療は、腎の機能回復を中心に組み立てることになる。すなわち治則は補腎作用のある経穴として太溪穴や腎兪穴を用いる。さらに肝、心、脾の病証や気、血、津液の状態を見極めて前述の弁証論治に従って配穴を加味する。

#### 5.2 頭皮鍼療法

百会穴、四神聡といった頭部の経穴は脳血管障害や認知症などの中枢神経系疾患に用いられてきた治療穴である。頭皮にみられる陥凹や軟弱といった反応が治療点の選択の指標になる。

#### 5.3 四肢への低周波鍼通電療法

四肢における筋収縮を伴う低周波鍼通電療法は、脳の血流を改善させると報告されている<sup>9</sup>。上肢であれば曲池穴(あるいは手

三里穴)と合谷穴を、下肢であれば足三里穴と三陰交穴(あるいは豊隆穴)を結び、2~5 Hzの頻度で通電療法を行う。この時、通電刺激に呼応して筋の収縮が認められることが望ましい。

#### 5.4 全身症状への鍼灸治療

高齢者の認知症では、住環境や介護環境等の環境要因、不安や対人関係等による心理的要因等が誘因となってBPSDが出現し、様々な身体的症状が認められる<sup>10</sup>。BPSDにおける身体症状に対して対症療法的な鍼灸施術を行う。よく認められるBPSDの身体症状のうち鍼灸治療の対象となるものは、こりや痛み、冷え、便秘、不眠などである。こうした全身症状の緩和は患者のQOLを向上し、認知機能の低下を抑止し、BPSDを緩和して介護・看護の支援としても有効である。

### 6, 鍼灸治療の治効機序

#### 6.1 脳血流の改善

内田<sup>11</sup>は麻酔下成熟ラットを用いて、前肢足蹠と耳介部へのマニュアル鍼刺激を1分間行い、大脳皮質の血流変化を観察した。その結果、一側の前肢足蹠の鍼刺激は血圧上昇を伴って両側の広範な大脳皮質血流を増加させ、その最大反応は110~113%に達した。一方、一側の耳介の鍼刺激は血圧に影響することなく両側の前頭葉、頭頂葉、後頭葉の領域で皮質血流を増加させ、最大反応は平均115%に達した。また、山口<sup>12</sup>は脳卒中患者を対象に、健側の合谷-内関の鍼通電療法(1Hz、10分間)が脳血流に及ぼす影響を検討した。脳血管の一部である網膜血管口径を指標に検討した結果、鍼治療は脳卒中患者の網膜血管口径を拡張し、

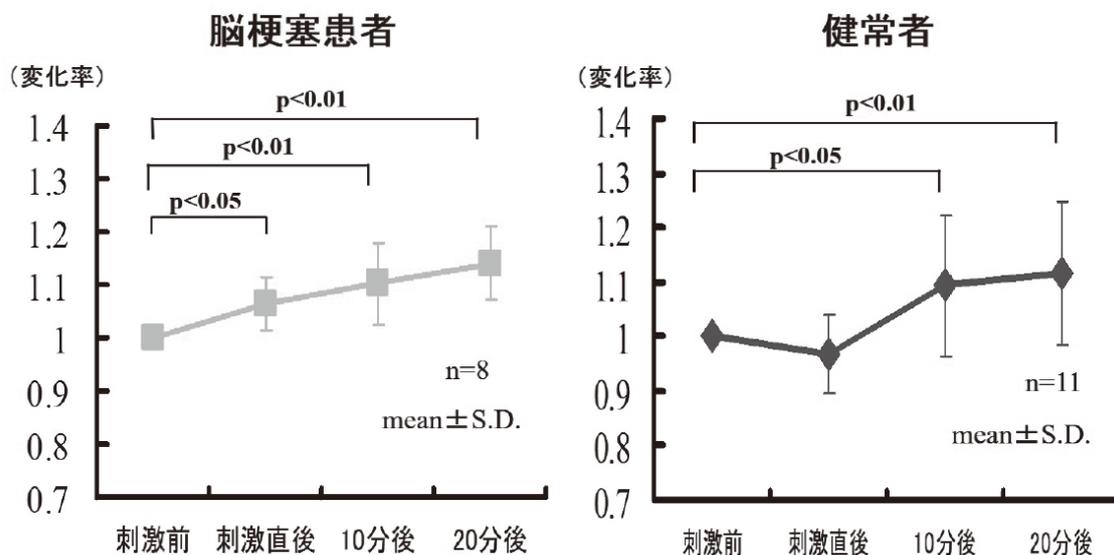


図 2 鍼通電による脳血流の変化 文献 12 より引用

こうした反応は健常者の反応よりも敏速であることを示した (図 2)。

認知症と脳血流の関連性については、血管性認知症においては脳血流の低下が中心的な病態である。アルツハイマー病においても慢性の脳虚血が神経炎症、血液脳関門の異常、アミロイドβの排泄能の低下を招いて発症に関与すると考えられている<sup>13</sup>。またうつについても、うつ病患者の前頭葉の血流低下が認められ、寛解した患者の75%に脳血流の正常化が示された。さらに疲労感と脳血流との相関についても疲労感の高さと背側前頭葉の相対的血流量低下の相関が示されている<sup>14</sup>。

したがって、鍼灸治療や鍼通電療法により脳血流が増加あるいは改善する効果は認知機能低下やうつの改善や予防の機序の一つとして位置づけられると考えられる。

## 6.2 グリンパティックシステムの賦活

アルツハイマー病はアミロイドβの脳内への異常凝集と蓄積から神経細胞を傷害することを病態とする。近年、グリンパティ

ックシステムと呼ばれるアミロイドβを始めとした異常タンパクの排泄経路が注目されており、同システムの機能低下がアルツハイマー病の発症と関連すると考えられている<sup>15</sup>。さらにグリンパティックシステムは深いノンレム睡眠中に活性化し、アミロイドβのクリアランスが行われると考えられ、睡眠障害と認知症発症の関連性も唱えられている<sup>16</sup>。

筆者らは、鍼灸院に来院する高齢者60名を対象に、鍼灸治療が睡眠状態に与える影響を検討した<sup>17</sup>。鍼灸治療は各々対象者の症状に応じた治療であった。その結果、48名(80.0%)に何らかの睡眠障害があり、このうちの18名(37.5%)で鍼灸治療後に睡眠状態が改善し、睡眠健常者12名でも7名(58.3%)で更なる睡眠状態の向上が認められた。鍼灸治療後に患者が「よく眠れる」と訴えることは鍼灸臨床でしばしば経験することである。こうした変化の先述したグリンパティックシステムの変化との関連性は検討されてはいないが、高齢者の睡

眠状態が鍼灸治療により改善することは、グリーンパティックスシステムの賦活を通して認知症の予防や治療に寄与出来得る可能性を示していると考えられる。

#### 7, 認知症やうつに対する鍼灸治療のガイドライン上の位置づけ

「認知症と軽度認知障害の人および家族介護者への支援・非薬物的介入ガイドライン 2022」<sup>18</sup>においては鍼灸治療に関する臨床研究の論文を含めて検討され、「CQ: 認知症や MCI の人に対して、認知刺激や認知リハビリテーションなどを行うことは有効か」に対して、エビデンスレベルは 2 (推奨レベル: 弱い-提案する) と位置づけ、「アロマセラピー、指圧・マッサージ、リフレクソロジー、園芸療法、動物介在療法、人形療法、絵画を含む芸術療法などについては報告が十分ではないが、認知機能や認知症の行動・心理症状 (BPSD)、ウェルビーイングを維持または改善させる可能性が指摘されており、実施することを提案する」と記述されている。

一方、「脳卒中治療ガイドライン 2021 [改訂 2023]」<sup>19</sup>においては、「脳卒中後うつに対して、鍼治療、反復性頭蓋磁気刺激 (rTMS)、経頭蓋直流電気刺激 (tDCS) を行うことを考慮してもよい」と記述され、エビデンスレベルは中、推奨度は C (弱い推奨、考慮してもよい) と位置付けられている。

#### 8, おわりに

認知症や高齢者うつの病態や中医学的理解や鍼灸治療の方法について、ガイドライン上の記述も含めて概説した。超高齢社会

となった我が国においては、認知症や高齢者うつの予防と治療やケアの重要性は益々高まるものと予想される。その方法には薬物治療だけでなく、行動療法や有酸素運動など多分野の方法が応用されており、伝統医療の一つである鍼灸治療が果たせる役割も大きいものと考えられる。認知症や高齢者うつに対する鍼灸治療の臨床報告は蓄積され始めてはいるが、より多くの臨床的・基礎的研究によって医療上に強く位置付けられることを望んでいる。本稿が臨床に臨む若き鍼灸師の参考になることを願う。

本論文に関して開示すべき COI はありません。

#### 参考文献

1. 厚生労働省: 令和 6 年度高齢社会白書. 健康・福祉. 28-37. 2024.  
[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/pdf/1s2s\\_02.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/pdf/1s2s_02.pdf)
2. 伊古田俊夫. 新たな認知症診断基準の登場—ICD-10 から ICD-11 へ—. 北海道医報 第 1238 号: 36, 2021.
3. 古和久朋. 認知症の分類と診断. 日本リハビリテーション医学会誌 2018; 55(8): 637-642.
4. 治療. 認知症疾患診療ガイドライン 2017. 「認知症疾患診療ガイドライン作成委員会」: 56-58. 東京: 医学書院. 2017.
5. 鈴木隆雄. 軽度認知障害 (MCI) と認知症予防. 予防医学 2019; 60: 63-67.
6. 経過と治療. 認知症疾患診療ガイドライン 2017. 「認知症疾患診療ガイドライン作成委員会」: 157-158. 東京: 医学書院. 2017.

7. 辻一郎. のぼそう健康寿命.病気を予防して健康寿命をのぼす:54-60. 東京:岩波書店. 2004.
8. 認知症. 東洋医学臨床論(はりきゅう編) 東洋療法学校協会:539-547. 東京:南江堂. 2022.
9. 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 41(4): 377-384, 1991.
10. 神崎恒一. 加齢に伴う認知機能の低下と認知症. 日内会誌 1201 ; 807: 2641-2648.
11. 内田さえ. 鍼刺激が脳の血流に及ぼす影響に関する基礎研究. 自律神経 2022;59(1): 83-87.
12. 山口智. 脳血管障害に対する鍼通電療法の実際-後遺症の改善と脳血流の増加反応について-. 日本東洋医学系物理療法学会誌 2017; 42(2): 45-53.
13. 冨本秀和. 脳循環は認知機能にどのように影響するか?. 神経治療 2020; 37: 709-711.
14. 小山文彦, 北條敬, 大月健郎 他. 脳血流 99mTc-ECDSPECT を用いたうつ病像の客観的評価.日職災医誌 2008; 56: 122-127.
15. 新堂晃大. A $\beta$  クリアランスシステムとしてのグリンパティック系.神経治療 2018; 35(6) : S174.
16. 三島和夫. 認知症に随伴する睡眠-覚醒障害の病態の理解と診断・治療.神経治療 2018; 35(6) : S100.
17. 江川雅人, 福田神経, 鶴浩幸: 鍼灸院に来院する高齢者の不眠と鍼灸治療の影響について. 全日本鍼灸学会雑誌 2019; 69(2) : 113-123.
18. 認知症やMCIの人と家族介護者の両者に対する支援・非薬物的介入. 認知症と軽度認知障害の人および家族介護者への支援・非薬物的介入ガイドライン 2022. 作成委員会:42-45, 東京:新興医学出版社. 2022.