平成２５年度

研　究　紀　要

北海道高等盲学校
附属理療研修センター

発刊にあたって

所長　伊藤 政勝

本研究紀要は、理療研修センターにおいて、今年度１年間に取り組んだ研修講座の実施状況や臨床に関する症例の研究などの成果をまとめ、理療教育に関する専門性の向上にその役割を果たすことを目的として毎年作成をしております。

今年度の研修講座は、当センターを会場に 18 講座、道内５地域で実施する地域研修講座を併せて 23 講座を開講し、道内外の著名な講師を招へいするなど内容の充実に努めてきました。また、個々の症例報告では、所員一人一人が課題意識に基づく研究テーマを設定し、患者への治療の効果や課題などをまとめ、理療教育の改善、充実、臨床技術等の向上に資する研究を進めています。さらに、今年度もこれまでと同様に、北祐会神経内科病院の協力を得て、神経難病患者に対してマッサージ施術を中心とした研修を実施し、患者に対するアンケート調査の結果を掲載しております。北祐会病院とは、「パーキンソン病患者の便秘症状にマッサージと円皮鍼の併用が及ぼす効果について」という共同研究にも取り組んでいるところです。皆様には、本研究紀要をご一読いただき、理療研修センターの目的や活動、研究等の成果の一端をご理解いただければ幸いと考えております。

さて、当センターは、来年度、開所 20 周年を迎えます。高等盲学校も開校 40 周年となり、10 月には、学校とセンターの周年事業として記念式典を実施することとしています。さらに、平成 27 年度には、現在地より南 14 条西 12 丁目（旧有朋高等学校跡地）に移転し、札幌盲学校と統合して、視覚障害教育のセンター校として開校することとなり、理療研修センターも一緒に移ることとなります。現在、建設工事が進められておりますが、来年の３月には建物が完成し、大規模な引越が行われ、４月から業務を始めることになります。これまでは、急な坂道で何かと不便をおかけしていた当センターですが、移転後は、平坦な場所となりますので、安心してお越しいただけるようになると思います。

また、今年度の当センターは、開かれたセンター、本校専攻科との連携を課題として取り組みを進めてきました。一般公開講座の開催にあたっては、地下鉄の駅などにポスターを掲示するなどして、多くの方に受講していただくよう工夫しました。専攻科との連携では、臨床実習に際してセンター職員が治療する実際の場面をインターン実習として生徒に見てもらい、職業意識を高める取り組みを行いました。

当センターでは、これからも視覚に障害のある理療従事者が自己を磨き、資質を高めることに役立てていただけるよう、研修講座の充実やより実践的な臨床に関する研究を積極的に取り組んで参りたいと考えております。

目　次

発刊にあたって・・・3
平成25年度事業報告・・・5
　１　研修事業
　２　研究事業
　３　相談・支援事業
　４　理解・啓発事業
　関係資料

平成25年度　研究・症例報告
　アロママッサージにおけるキャリアオイルの選定について
　　紺野　洋二・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・17

　パーキンソン病発症当初から理療治療を行っている一症例
　　柴﨑　公平・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・21

　変形性膝関節症／半月板損傷に対する鍼治療
　　杉本　公彦・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29

　不眠症に対する理療治療
　　花尻真由美・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・33

　大腿外側の知覚鈍麻に対してローラー鍼を使用した一症例
　　古川　直樹・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41

平成25年度　調査報告
　北祐会神経内科病院マッサージ研修における
　　マッサージ後のアンケート結果（直後・翌日・一週間後）
　　紺野洋二　柴﨑公平　杉本公彦　花尻真由美　古川直樹・・・・47

平成２５年度

事業報告

１　研修事業

理療科教員・理療従事者を対象に、理療に関する専門的な知識・技術を習得するための研修を計画的・継続的に行った。

（１）研修講座

ア　基礎講座（年４回）

道外から講師を招いて「アレクサンダーテクニーク」に関する講座を実施した。また、センター指導員が「臨床に役立つ触察技法」、「初めてのエッセンシャルオイル」、「キネシオテーピング」をテーマとして、触察やテーピング技法、エッセンシャルオイル効果についての講座を実施した。

受講者数は、昨年度(68 名)を大きく上回り、119 名となった。受講者の興味・関心を引くテーマが設定できたものと考えられる。

イ　臨床講座Ⅰ（年３回）

外部講師を招いて「ＰＮＦ技術」、「高齢者に対する運動療法」をテーマとして講座を実施した。また、センター指導員が「ＩＤストレッチング」をテーマとして身体各部のストレッチングを習得する講座を実施した。

例年実施している「北海道マラソンボランティアマッサージ」は、昨年から大会規模が大きくなり、物理的にマッサージブースの確保ができず、再開を強く要望したものの、昨年と同様に実施できなかった。代替講座としてセンター指導員による「ＩＤストレッチング」をテーマに講座を実施した。

受講者数は、昨年度(83 名)より、19 名減少した。ボランティアマッサージの代替講座として行った「ＩＤストレッチング」が、６月に実施したものと同内容であったため、受講者の関心を引くことができず、受講者数が伸び悩んだことが要因の１つと考えられる。

ウ　臨床講座Ⅱ（年２回）

外部講師を招いて「リンパ浮腫の診断と治療」をテーマとして講座を実施した。また、「浮腫に対する理療治療」、「理療師のためのアロマテラピー」をテーマとして、理療師が日常接する機会の多い浮腫の治療と、心と身体に同時にアプローチするアロマテラピーについて、センター指導員による講座を実施した。受講者数は、昨年度(32 名)より 25 名増加した。

エ　東洋医学講座（年５回）

外部講師を招いて、「古武術介護の実際」、「太極拳の実際」、「中医学と美容」、「暮らしに役立つ薬膳」をテーマとして講座を実施した。また、センター指導員が「鍼灸研究最前線」、「精神疾患と東洋医学」をテーマとして講座を実施した。受講者数は、昨年度(82 名)より 17 名増加した。受講者にとって美容に関する内容は、特に関心が高いものと考えられる。

オ　地域研修講座（年５回）

「パーキンソン病に対する理療治療」をテーマとして、道内５カ所（旭川・北見・千歳・白老・帯広）で開催するとともに、今年度は、十勝三療研修会も含めて６講座実施した。

カ　理療研修講座（年２回）
道外から講師を招いて、「筋・筋膜性疼痛症候群に対する鍼灸治療」、「アトピー性皮膚炎に対する理療治療」をテーマとして講座を実施した。受講者数は、昨年度(62 名)と同程度であった。
キ　医学研修講座（年２回）
外部講師を招いて「救急医療の現状と課題」、「救急救命措置の実際」、「温泉療法」、「再生医療」をテーマとして講座を実施した。受講者数は、昨年度(67 名)より５名増加した。
今年度は、24 講座(地域研修講座５、十勝三療研修会１を含む)を開催し、延べ 597 名が受講した。
センターで実施した講座の受講者は、1 講座平均 26.2 名(昨年度 24.4 名)、地域研修講座を加えた全体では 24.9 名（昨年度 23.1 名）と増加している。
（資料１「講座別受講者数及び定員充足率」、資料２「平成 25 年度研修講座実施状況」）
センター指導員が講師を務めた講座については、受講者へのアンケート調査を行っており、「大変良かった」と「おおむね良かった」を合わせると 98.2%(回答率 67.4%)であり、良い評価が得られているといえる。

（２）臨床研究講座（自主研修）
理療従事者が一定期間、臨床実習における技術の習得や機器の使用法、新たな症例についての検討など、指導員の指導のもと、個別のテーマに基づく研究・研修を実施する臨床研究講座を計画したが、今年度は受講希望者がいなかったため、実施していない。

２　研究事業
臨床研修を通して症例研究、理療関係の学術的調査・研究を行った。
昨年度と同様に症例報告等を研究紀要としてまとめ、ホームページへの掲載などを通して発表する。

（１）臨床研修
ア　研修テーマ
昨年度と同様に、各自の研修テーマを設定するとともに、運動器疾患を共通のテーマとした。毎年の課題として、運動器疾患以外の研修テーマに合致した患者を振り分けることが困難な状況もあったが、今年度は、患者の主訴以外の疾患・症状であっても、研修テーマとして取り組めるように工夫した。
指導員・学部教員の研修テーマ
紺野：運動器疾患・アレルギー疾患
柴﨑：運動器疾患・自律神経疾患
杉本：運動器疾患・消化器疾患
花尻：運動器疾患・婦人科疾患
古川：運動器疾患・呼吸器疾患
羽立(学部)：運動器疾患・スポーツ傷害

イ　症例検討会

37 回実施した。初診・再診患者についての情報交換や臨床環境をよりよいものにするための意見交換、インシデントの全体周知と対応策の検討などの協議の場として実施している。

ウ　患者数

今年度の臨床日数は 237 日、延べ患者数は 1,915 名、日平均は 8.1 名である。（資料３　平成 25 年度臨床研修患者数）

エ　学部教員の臨床研修

今年度は、１名の学部教員が週１回、臨床研修を行った。
（今年度患者数延べ 37 名）

オ　インシデント

今年度は、21 件のインシデントが報告された。（昨年度 35 件）

※インシデントの内訳

治療前：予約の不手際（３件）

治療中・治療後：内出血・血腫（５件）、鍼の抜き忘れ（２件）、鍼の落下（５件、そのうち、手元からの落下が３件）、燃焼中の艾・灰の衣服等への接触（１件）、ベッドからの転落（１件）、その他（４件）。

これまでのインシデントレポートの報告数は、20 年度は 13 件、21 年度は 43 件、22 年度は 20 件、23 年度は 21 件、24 年度は 35 件となっている。

（２）調査研究・症例研究

指導員の研修テーマに沿って臨床研修に取り組み、その成果を症例研究としてまとめている。

また、理療研修として、北祐会神経内科病院の医師の指導のもと、同病院の神経難病患者に対するマッサージ施術を中心とした研修を行った。指導員が２名ずつ交代で、一人あたり１日５人程度の施術を行った。また、マッサージと並行して「パーキンソン病患者の便秘症状にマッサージと円皮鍼の併用が及ぼす効果について」というテーマで共同研究を行った。２月には、医師による神経難病に対する緩和ケアの講義を受けた。

（３）研究・研修成果の普及

ア　研究紀要等

指導員の症例報告は、研究紀要やホームページへ掲載するなどして発表する。また、今年度北祐会神経内科病院の患者に対して行ったアンケートの結果についても、研究紀要に掲載する。

イ　東洋医学研修会

理療に関わる様々な治療法について研鑽を積み、生徒・教員の実技力の向上や幅広い知識の定着を図ることを目的に行っている。今年度は、「家庭でできるお手軽疾病予防・治療体操」を通年のテーマとし、６月に「腰痛編」、９月に「肩こり編」、12 月に「冷え性編」と題して実施した。開催場所をセンター臨床室から学部の臨床室に変更したこともあり、昨年度より参加者数が増加した（延べ参加者数 29 名）

（４）研究に関する文献等の整理と活用
理療関係学会等の研究に関する文献の収集と整理、効果的な活用と情報の提供に取り組んだ。

３　相談・支援事業
理療従事者を対象として理療に関する技術指導および相談、情報提供を行った。

（１）臨床技術指導
今年度の長期研修者は２名であり、あん摩実技力向上と就職・開業を目的に、概ね週１～２回の技術研修を行った。
研修生Ａ　担当者１名　研修回数 12 回
研修生Ｂ　担当者１名　研修回数 13 回

（２）来所および電話相談
来所及び電話による相談は４件、相談内容としては、疾患の治療法に関すること、視覚障害機器の操作に関することなどの問い合わせであった。

（３）巡回相談
地域研修講座で理療相談を実施しているが、今年度の相談件数は０件であった。

（４）機関誌等の発行、資料提供
ア　半期講座案内及び機関誌「ひびき」の発行・発送
発行月日　平成 25 年 9 月 27 日・平成 26 年 3 月 14 日
発送先　センター名簿登録者及び関係団体
発送数　1,214 ヶ所
イ　月刊講座案内
道鍼師会、札鍼師会、札視協、視聴覚障がい者情報センター、視障センターなどに送付するとともに（ＦＡＸ含む）、ホームページにも掲載した。また、希望者には、メールでの配信も行った。

４　理解・啓発事業
地域住民を対象として健康に関する公開講座を開催するとともに、理療に関する情報を提供し正しい理解を図った。

（１）公開講座
今年度は「経絡ストレッチ　～のばして感じる東洋医学の力！～」というテーマで実施した。
札幌では、札幌市北区民センター、札幌市中央区民センター、札幌市厚別区民センターで実施した。その他の市については、イオンモール旭川西、帯広市市民活動交流センター、函館市総合福祉センターで実施した。
広報活動は、開催各市の名義後援を得て、各地域にポスター、リーフレ

ットの掲示・配布を依頼し、新聞への掲載も行った。旭川と帯広については、広報にも記事掲載を依頼した。また、希望者には、講座開催の案内葉書を送付した。

受講者数は、札幌１回目 44 名、２回目 46 名、３回目 41 名で計 131 名(昨年度は３回開催で 109 名)、旭川 96 名(昨年度 16 名)、帯広 53 名(昨年度 43 名)、函館 51 名(昨年度 39 名)であった。

旭川では、新たに「こうほう旭川市民」にも記事を掲載してもらい、会場も旭川市民が集まりやすいと考えられるイオンモール旭川西にて実施した。その結果、午前と午後の部を合わせて、96 名もの方々に受講していただけた。しかしながら、会場がオープンスペースであるため、受講生が講義に集中しにくく、また準備等が比較的大掛かりになるなどの課題は残った。

（２）理解・啓発用「げんき通信」の作成

今年度も年３回発行した。第 21 号(６月発行)では、経絡ストレッチの動きの一部が、一般にも知られるようになったマッケンジー体操と類似していることを紹介し、一般公開講座のテーマである経絡ストレッチに少しでも興味をもってもらえるよう心がけた。第 22 号(９月発行)では、「こんなところにもツボがある」と題して、鼻先や口の中などわかりやすい部位でありながらも、あまり知られていない経穴をとりあげ、全身には数多くの経穴があることを紹介した。第 23 号(２月発行)では、手軽に続けられる健康体操として、片足立ちや体を「く」の字に曲げるなどの動きを取りあげ、簡単な動きでも十分にトレーニングになることを紹介した。

配布先は、ＰＴＡ、町内会、一般公開講座参加者の他、理療研修センターのホームページにもＰＤＦ版とテキスト版を掲載し、より多くの人に見てもらえるように工夫した。

（３）その他

ア　ホームページ

日常的な更新では、研修講座や臨床休業日の案内、理療研修センターニュースなど、迅速な更新作業を行った。また、「ひびき」と「研究紀要」のＰＤＦ版を掲載した。

臨床患者や一般公開講座の参加者の中には、「ホームページを見ました」という方もいた。

アクセス数は、今年度４月１日から３月末日の期間で、2,908 件(昨年度 2,671 件)となっており、アクセス総数は３月末日現在 15,959 件である。

イ　講師派遣

①□北海道鍼灸マッサージ師会第 10 回躍進大会

平成 25 年 9 月 29 日　テーマ「腰痛症に対する手技療法」　派遣１名

② さっぽろ健康スポーツ財団平岸プール インストラクター

平成 26 年 2 月 10 日　テーマ「経絡ストレッチ」　派遣２名

資料１　講座別受講者数及び定員充足率

	定員	22年度	23年度	24年度	25年度	増減(前年比)
基礎講座	各30	83	87	68	119	＋51
		69.2%	72.5%	56.7%	99.2%	
臨床講座Ⅰ	各30	79	55	82	64	－18
		87.8%	61.1%	91.1%	71.1%	
臨床講座Ⅱ	各30	48	39	32	57	＋25
		80.0%	65.0%	53.3%	95.0%	
東洋医学講座	各30	79	66	82	99	＋17
		52.7%	44.0%	54.7%	66.0%	
理療研修講座	各100	59	54	62	60	ー2
		29.5%	27.0%	31.0%	30.0%	
医学研修講座	各100	55	65	67	72	＋5
		27.5%	32.5%	33.5%	36.0%	
地域研修講座	各30	120	133	101	126	＋25
		80.0%	73.9%	67.3%	70.0%	
		523	499	494	597	

※上段が参加者数、下段が定員充足率を示す。
※地域研修講座は、隔年の十勝三療研修会を含めている。(23・25年度)

資料２　平成 25 年度　研修講座実施状況

月	日	曜日	講座名	講師名	受講者数
5	25・26	土日	第1回基礎講座	「臨床に役立つ触察技法」 センター指導員	30名
6	2	日	第1回東洋医学講座	「古武術介護の実際」 人間考学研究所 講師　岡田　慎一郎　先生	16名
	15・16	土日	第1回臨床講座Ｉ	「ＩＤストレッチング」 センター指導員	30名
				「ＰＮＦの基礎と臨床」 札幌医科大学保健医療学部 理学療法学科　保健医療学部長 乾　公美　先生	
	30	日	第2回基礎講座	「アレクサンダーテクニーク」 アレクサンダーテクニーク協会 かわかみ　ひろひこ　先生	41名
7	7	日	第1回医学研修講座	「救急医療の現状と課題」 札幌徳洲会病院プライマリ科 医長　中川　麗　先生	43名
				「救急救命措置の実際」 札幌市防災協会	
	28	日	第2回東洋医学講座	「太極拳の実際」 札幌太極拳練精會 代表　川村　賢　先生	16名
8	11	日	第1回理療研修講座	「筋筋膜性疼痛症候群に対する鍼灸治療」 明治国際医療大学鍼灸学科 准教授　伊藤　和憲　先生	31名
	25	日	第2回臨床講座Ｉ	「ＩＤストレッチング」 センター指導員	6名
9	8	日	第3回東洋医学講座	「中医学と美容」 白川治療院　院長　白川　徳仁　先生	27名
10	6	日	北見地域研修講座	「パーキンソン病に対する理療治療」 センター指導員	18名
			道北地域研修講座	「パーキンソン病に対する理療治療」 センター指導員	23名
	20	日	第2回理療研修講座	「アトピー性皮膚炎に対する鍼灸治療」 明治国際医療大学鍼灸学部 教授　江川　雅人　先生	29名

	27	日	道央地域研修講座	「パーキンソン病に対する理療治療」 センター指導員	22名
11	2	土	十勝三療研修会	「ＩＤストレッチング」 センター指導員	20名
	3	日	道東地域研修講座	「パーキンソン病に対する理療治療」 センター指導員	19名
	9・10	土日	第1回臨床講座Ⅱ	「浮腫に対する理療治療」 センター指導員	41名
				「リンパ浮腫の診断と治療」 リズミック産婦人科クリニック 理事長　山本　律　先生	24名
	17	日	道南地域研修講座	「パーキンソン病に対する理療治療」 センター指導員	
	30・1	土日	第3回基礎講座	「初めてのエッセンシャルオイル」 センター指導員	29名
12	14・15	土日	第3回臨床講座Ⅰ	「高齢者に対する理療治療」 センター指導員	28名
				「高齢者に対する運動療法」 セントラルウエルネスクラブ 副店長　阿部　明　先生	16名
1	18・19	土日	第2回臨床講座Ⅱ	「理療師のためのアロマテラピー」 センター指導員	
	26	日	第4回東洋医学講座	「暮らしに役立つ薬膳」 まつもと漢方堂　松本　比菜　先生	25名
				「鍼灸研究最前線」 センター指導員	19名
2	1・2	土日	第4回基礎講座	「キネシオテーピング」 センター指導員	
	16	日	第2回医学研修講座	「温泉療法」 北海道大学　大学院教育学研究院 教授　大塚　吉則　先生	29名
				「再生医療」 北海道大学病院高度先進医療支援センター 特任助教　伊藤　経夫　先生	15名
3	2	日	第5回東洋医学講座	「精神疾患と東洋医学」 センター指導員	

資料３　平成 25 年度　臨床研修患者数

①　月別延べ（実）患者数

月	延べ(実)患者数	男性	女性	臨床日数
4月	143(71)	34(18)	109(53)	19
5月	166(81)	43(23)	123(58)	19
6月	158(80)	43(23)	115(57)	20
7月	172(83)	40(19)	132(64)	19
8月	163(82)	43(22)	120(60)	22
9月	177(92)	57(27)	120(65)	19
10月	196(93)	46(22)	150(71)	22
11月	157(82)	36(19)	121(63)	20
12月	158(76)	37(17)	121(59)	20
1月	142(76)	34(19)	108(57)	21
2月	141(76)	35(17)	106(57)	19
3月	143(74)	41(20)	102(54)	17
計	1,916(183)	489(55)	1,427(128)	237

※（　）内は実患者数

②　主訴別実患者数

順位	主　　訴	人数
1	肩のこり	60
2	腰の痛み	33
3	腰の重だるさ	8
4	膝関節の痛み	7
4	頚の痛み	7
4	背中のこり	7
7	肩関節の痛み	6
8	頚のこり	5
	その他	50
	計	183

③　居住地域別実患者数

順位	居住地域	人数
1	中央区	73
2	豊平区	28
3	南区	18
3	手稲区	18
5	西区	9
5	北区	9
	その他	28
	計	183

④　患者状況比較

	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
臨床日数(日)	226	228	231	232	237
初診数(名)	118	73	57	52	56
再診数(名)	107	119	75	73	76
延べ数(名)	1,798	1,811	1,803	1,782	1,915
日平均(名)	8.0	7.9	7.8	7.7	8.1
平均年齢(歳)	59.5	60.7	58.0	58.6	59.9
男性数(名)	559	469	514	504	489
女性数(名)	1,239	1,342	1,289	1,278	1,426

平成２５年度

研究・症例報告

アロママッサージにおける
キャリアオイルの選定について

紺野　洋二

Ⅰ　はじめに

アロマテラピーにおけるオイルマッサージで使用されるオイルは、２種類に大別することができる。一つは、高濃度に植物の芳香分子を含有したオイルであり、これを精油またはエッセンシャルオイルと呼ぶ。もう一つは、マッサージをする際の滑剤となるオイルであり、これをベースオイルまたはキャリアオイルと呼ぶ。精油に関しては、多くの専門書が出版されているのに対し、キャリアオイルとなると、アロマテラピーの書籍でもあまり注目されることはなく、その専門書となると、我が国でも数冊しか出版されていないのが現状である。しかしながら、皮膚に塗布する分量は精油よりもキャリアオイルの方が遥かに多く、キャリアオイルそのものにも薬効があることにも注目すべきである。

今回、精油とともにキャリアオイルについても、３名の症例を通して研修したので、ここに報告する。

Ⅱ　キャリアオイルの一般

１　キャリアオイルの特徴

（１）マッサージの時の滑剤となる。

（２）精油を希釈する基材となり、精油が揮発するのを防ぐ。

（３）精油の芳香分子を皮膚に浸透させる。

（４）皮膚に栄養を与え、皮膚を柔軟にする。

２　キャリアオイルの種類

（１）植物油

植物の種子や果実を低温圧搾して採油されるオイルであり、一般的にキャリアオイルとして用いられるのは、このタイプのオイルである。よく用いられる植物油としては、ホホバオイル、スイートアーモンドオイル、グレープシードオイル、セサミオイルがある。それぞれの植物油により、粘性や皮膚浸透性、酸化安定性が異なる。

（２）浸出油

サンフラワーオイルやアーモンドオイルなどのキャリアオイルに花弁を漬け込み、精油成分を浸出させたオイルのことで、インフューズドオイル、またはマセレーションオイルとも呼ばれる。市販されている浸出油としては、カレンデュラ（マリーゴールド)、セントジョーンズワート、キャロッ

トなどがある。
（３）動物油
動物の脂肪を採油して造られるオイルで、エミュオイルや馬油、スクワランオイルが該当する。人の皮脂と類似しているので、皮膚への浸透性が高い。動物臭があるので、特別な用途がない限りは、アロマテラピーにはあまり適さない。
（４）鉱物油
石油から化学合成されたオイルで、一般的なワセリンやローション、ベビーオイルが該当する。安価で入手がしやすい。天然成分ではないため、皮膚にほとんど浸透しない。サンオイルや香水の基材として用いることができるが、アロマテラピーでは用いない。

Ⅲ　症例報告

以下の３名の症例に関して、症状に合わせた精油の調合を行うとともに、主に肌質を考慮して、キャリアオイルの選定も行った。

１　患者Ａ
（１）基本情報
年齢 50 代、女性。症状は頸肩のこり。
（２）肌質
普通肌で肌の状況は比較的良い。汗はかきにくく、冷えがある。
（３）オイルの調合
キャリアオイルとして､セサミオイル 10cc。 ウィンターグリーン２滴、レモンユーカリ３滴、ローズマリーカンファー２滴、ペパーミント２滴、バジル２滴を調合。
（４）考察と検討
セサミオイルはアーユルベーダで有名なオイルである。皮膚浸透性がやや良い一方で、油っぽい感触で皮膚が若干べとつく印象がある。ただ、そのべとつきが皮膜となって、マッサージ中は皮膚の滑りを保つ役割を担い、マッサージ後は比較的速やかに皮膚に吸収される。そのため、全身マッサージやベビーマッサージの用途で好んで用いるセラピストも多い。
本患者にセサミオイルを選定した理由としては、肌質が普通よりやや良い状況なので、一般的に全身マッサージで使われる植物油で良いと考えたためである。一般的な全身マッサージ用の植物油としては、ホホバオイルやスイートアーモンドオイル、グレープシードオイルがある。本患者は乾燥肌ではないが、皮膚浸透性は比較的良い感触があったので、ホホバオイルのような皮膚浸透性の高い植物油ではマッサージ中に皮膚の摩擦が出る可能性がある。スイートアーモンドオイルはセサミオイルよりもさらさらした感触がある一方で、皮膚浸透性が比較的悪いので、香りを長く保つには適している印象がある。また、グレープシードオイルは、べとつく感触がほとんどない植物油であり、全身マッサージに最も適していると考えるセラピストも多い。ただ、あまりにさらさらした植物油なので、栄養価は

低く、普通肌よりは脂性肌に効能を見いだせる印象がある。

２　患者Ｂ
（１）基本情報
年齢 30 代、女性。症状は月経不順からくる腰痛。
（２）肌質
乾燥肌で中高生のころはほとんどニキビができなかった。汗もあまりかかない。
（３）オイルの調合
キャリアオイルとして、ホホバオイル 10cc。ゼラニウム３滴、ローズウッド３滴、クラリセージ２滴、マージョラム２滴を調合。
（４）考察と検討
ホホバオイルは、皮膚への浸透性、皮膚上でのオイルの伸び、塗布後のべとつき感の無さなどにおいて、トップクラスの植物油であり、全身用のキャリアオイルの第一選択肢になると思われる。ただ、皮膚への浸透性が良いので、セサミオイルやスイートアーモンドオイルよりは１回の使用量は多くなる印象があり、前記の植物油と比べ高価である。
本患者は、患者Ａと比べ乾燥肌であったので、一般的な全身用オイルの中で皮膚へのモイスチュア効果が最も高いホホバオイルを選定した。また、精油の効能を補完する目的で他のキャリアオイルを配合することも検討した。例えば、本患者は月経不順があるので、更年期障害やＰＭＳに効能があるとされるイブニングプリムローズオイルを配合しても良いと思われる。また、本患者は過去に腰部にヘルニアがあると言われたことがあるので、関節痛や深部の痛みの緩和作用があるとされるセントジョーンズワートオイルを配合するのも良いと思われる。ただ、これらの植物油は 100cc あたり、5000 円前後にもなり、コスト面で課題があったので、今回は使用していない。

３　患者Ｃ
（１）基本情報
年齢 50 代、女性。症状は下腿の浮腫と乾燥、冷え、足首の慢性痛。
（２）肌質
極度の乾燥肌で肌の荒れや、ひっかき傷がある。
（３）オイルの調合
キャリアオイルとして、ホホバオイル５cc、マカダミアナッツオイル５cc。ブラックスプルース２滴、ローズマリーカンファー３滴、サイプレス３滴、ジュニパー３滴を調合。
（４）考察と検討
マカダミアナッツオイルは、人の皮脂にも含まれるパルミトレイン酸が多く、そのため皮膚浸透性がとても良い。そのことから通称バニシング（消える）オイルとも呼ばれる。パルミトレイン酸は、皮膚において保湿に役立つが、加齢とともに減少する。
本患者が軽症から中等度の乾燥肌であれば、ホホバオイルを選定したが、

かゆみを伴う極度の乾燥肌であったため、マカダミアナッツオイルも同時に使用した。マカダミアナッツオイルは、ホホバオイルよりも若干皮膚浸透が良い感触があり、ホホバオイルよりもエモリエント効果に優れている。美容目的のみで皮膚に塗布するのであれば、マカダミアナッツオイルを単体で使っても良いと思われるが、若干油っぽく、皮膚上でのオイルの伸びが悪いこと、オイルを吸収した皮膚がもちもちしすぎて手の滑りを悪くすること、微量ではあるがナッツ臭がすることなどから、ホホバオイルと混ぜてキャリアオイルを作成した。

患者の感想としては、セサミオイル単独と比べ、皮膚が温かく、皮膚が柔らかくなった感じがあるとのことである。ただ、セサミオイル単独の方がさっぱり感があり、皮膚の重たさも少ないとも言っていた。今回は冬期の施術だったため、このような配合にしたが、夏期の施術であれば、これとは異なる配合検討する必要がある。

Ⅳ　おわりに

近年、精油に関しては大学レベルで研究がなされるようになってきたが、キャリアオイルに関しては、十分なエビデンスに耐えうる研究はほとんどないのが現状である。そのため成書の内容も経験や個人的印象によるところが多い。今後、この分野の研究が進み、今まで以上に個々の患者に即したアロママッサージが実施されていくことを期待したい。

《参考文献》

１）和田文緒著：アロマテラピーの教科書　真星出版社　2008
２）日本アロマセラピー学会編：アロマセラピー標準テキスト実技編
　丸善出版　2012
３）篠原直子著：アロマテラピーの事典　成美堂出版　2000

パーキンソン病発症当初から
理療治療を行っている一症例

柴﨑　公平

Ⅰ　はじめに

近年、パーキンソン病に対する鍼灸治療については、関連学会等で多くの症例が報告されている。今回は、本センター臨床室を訪れたパーキンソン病患者の治療について報告する。

Ⅱ　パーキンソン病について

1　概要

パーキンソン病の患者は、加速度的な人口の高齢化と共に増加している。

平成 25 年版高齢社会白書によると 65 歳以上の高齢者の人口は、過去最高で 3,079 万人（高齢者率 24.1%）となっている。

我が国におけるパーキンソン病の患者数をみると、

1987 年では 7 万 5 千人

2008 年では 13 万 9 千人（平成 20 年厚生労働省、患者調査）

であった。

パーキンソン病の粗有病率（人工 10 万人対）をみると、

1980 年では 80.6 人

1992 年では 117.9 人

2004 年では 177.4 人

であった。

年齢補正後の有病率をみると、

1980 年では 147.5 人

1992 年では 148.2 人

2004 年では 164.5 人

で、ほぼ変化はみられない。

つまり、粗有病率の増加は、我が国の高齢化の進行を反映したものであると言える。

高齢人口の増加は 2042 年がピークと予想されており、パーキンソン病患者は今後、さらに増加することが示唆される。

好発年齢は、50 歳代後半から 60 歳代がピークとなっているが、40 歳代で発症する若年性パーキンソン病や 80 歳代での発症もある。また、男女比に差はみられない。

我が国においては、1978 年に特定疾患に指定され、ヤール重傷度分類Ⅲ度から医療費の公費受給が受けられる。

２　パーキンソン病の病態・病理・病因
（１）ドーパミンの減少
　線条体では、
・体を動かそうとする神経伝達物質→ドーパミン
・体を止めようとする神経伝達物質→アセチルコリン
の割合によって、そのバランスを取っている。
　パーキンソン病は、線条体のドーパミンが減少することで相対的にアセチルコリンが増加し、運動のバランスが保てなくなる。
（２）黒質の変性・壊死
　ドーパミンは中脳の黒質で作られている。
　パーキンソン病では、黒質の細胞が変性し、ドーパミンの産生量が減少し、結果として線条体への供給量も減少する。脳内のドーパミンの量が通常の 20%以下になるとパーキンソン病の症状が現れるとされている。
（３）黒質細胞が変性・壊死する原因
　黒質の細胞が変性・壊死する原因については、いくつかの仮説がある。
ア．加齢：パーキンソン病の場合、通常より早い時期から変性が進行すると考えられている。
イ．ミトコンドリアの機能障害による細胞酸化：ＡＴＰ合成能が低下することで黒質細胞内に活性酸素が増加し、細胞を破壊する。
ウ．遺伝的因子：パーキンソン病の原因遺伝子は複数発見されている。
エ．環境因子

３　症状
（１）パーキンソン病の初発症状
　日本（1988 年）
　振せん　58.2%
　歩きにくい　24%
　動作緩慢　20.9%
　こわばり　10.1%
　ろれつが回らない　2.8%
（２）パーキンソン病の 4 大症状
　振せん、こわばり（筋固縮）、動作緩慢（寡動・無動）、姿勢・歩行障害
ア．振せんの特徴
　最初は、一側性に手または足が時々震えるようになる。
　進行と共に半対側に広がり、持続的な震えになる。
　1 秒間に 5 回前後の比較的ゆっくりした震えである。
　何もせずにじっとしていると震える。（安静時振せん）
　体を動かすと止まる。
　睡眠中は震えがおさまる。
　手の指で丸薬を丸めるような特有の震え方をすることがある。（ピルローリング）
　時には唇や下顎まで震えることがある。

イ。こわばり（筋固縮）の特徴
筋固縮は力を抜いてリラックスできなくなった状態である。
比較的初期から現れる症状である。
握力も含め手足の筋力は正常を保つ。
具体的には、「頸や肩が上手く回せない、腕や足の曲げ伸ばしが上手くできない。」など。
他動的に手足の関節を曲げ伸ばしすると断続的な抵抗を示す。（歯車現象）
ウ．動作緩慢
動作を開始するまでに時間がかかり、開始しても小さな動きになり、動作全体が緩慢になる。（寡動）
疾病の進行に伴い、身動き一つしなくなる。（無動）
瞬きの回数も減り、表情が乏しくなる。（仮面様顔貌）
話し方に抑揚がなくなり、低い声でぼそぼそ話す。（単調言語）
文字を書くと字が小さくなる。（小字症）
エ．姿勢・歩行障害の特徴
起立時、股関節・膝関節を屈曲させる。（前傾姿勢）
どちらか一方に体を傾けて立つ。
一歩が踏み出しにくい。（すくみ足現象）
歩き出すと止まったり、方向転換できずに突進する。（突進現象）
歩幅が小さくなる。（小歩症）
手をあまり振らない。
押されると棒のように倒れる。（立直り反射障害）
（３）自律神経症状
特に多いのが便秘で、パーキンソン病患者のほとんどが頑固な便秘に悩んでいる。
運動量の低下、食物・水分摂取量の減少、腹筋の筋力低下、抗パーキンソン病薬の副作用など多彩な要因が関与していると考えられている。
中でも抗コリン薬は、腸管の活動性の低下をきたす。
患者の訴え方として、お腹は動いて便意もあり、出そうなのになかなか出ないという排便時の困難感を訴える場合もある。
その他の自律神経症状として、
起立性低血圧
頻尿、排尿障害、尿失禁
涎、嚥下障害
発汗障害、顔面部発汗
冷え、浮腫
（４）精神症状
抑鬱
幻視
記憶障害
認知症

４　治療

治療は薬物療法が基本となる。

（１）薬物療法

パーキンソン病治療の基本となる薬剤は、Ｌドーパとドーパミンアゴニストである。

ア．Ｌドーパ製剤

最も強力なパーキンソン病治療薬。1980 年以降、わが国ではＬドーパと末梢性 DDC（ドパ脱炭酸酵素）阻害薬との合剤が一般的に用いられている。

主な副作用として、以下のものがある。

ジスキネジア：Ｌドーパの過剰使用でみられる不随運動。

ウェアリングオフ現象：1 日のうちで、薬の作用が切れ、症状が現れてくる現象。Ｌドーパの長期使用でみられる。

オンオフ現象：薬の作用時間に関係なく、突然症状が出たり消えたりする現象。

その他、幻覚など。

イ．ドーパミンアゴニスト

線条体にあるドーパミン受容体を刺激し、ドーパミンが分泌された時と同じ反応を起こす。

Ｌドーパより薬効は弱いが、作用時間が長く、長期の使用でもウェアリングオフやジスキネジアなどの副作用が起こりにくい。

ウ.その他の抗パーキンソン病薬

塩酸アマンタジン：ジスキネジアの抑制。

抗コリン薬：振せんの抑制。

末梢性 COMT 阻害薬：ウェアリングオフ現象の抑制。

MAO-B 阻害薬：ドーパミンの分解抑制。

ノルアドレナリン補充薬：すくみ足の抑制。

（２）理療治療の考え方

ア．古典より

『素問、至真要大論篇第七十四』では、「諸風掉眩、みな肝に属す」とある。これは、風の病で、振るえたり目まいがするのは肝に関係があると解釈できる。

また明代の『証治準繩』には「顫は揺れなり。振は動くなり、筋脈が制御できなければ、風の象となる。」とある。これは、肝腎の陰が虚し、気血が不足して筋脈が栄養できず、虚風が内動して起こるものといえる。

イ．鍼灸治療の目的

全身調整、筋緊張の緩和、運動性の改善等を目的とする。

水島氏は、「パーキンソン病は基本的に交感神経優位（顆粒球過多）の状態。副交感神経刺激を治療の基本とする。」としている。

Ⅲ　症例

１　患者プロフィール

77 歳、女性。

主訴：右腰部から下肢にかけての痛み

現病歴：平成 16 年に外傷による肘部管症候群で来所したが、治療経過中にパーキンソン症状が認められ、専門医を受診した。同年にパーキンソン病と診断され、平成 18 年から薬物療法を開始した。投薬開始後、筋固縮、運動障害は軽快し、現在、著しいＡＤＬ障害はみられない。

２　現症

（１）医療機関での検査（平成 18 年 8 月）

安静時振せん：なし

筋固縮：右前腕回内・回外、右手関節、右手４・５指、右足関節、右足３～５指

無動：なし

自律神経症状：便秘

ＡＤＬ障害：書字動作、箸で豆などをつまむ、物を握る、低い段差でつまずく

ＭＲＩ：異常なし

同年 10 月より投薬開始。

（２）平成 23 年 4 月時の症状

ア．自覚症状

右腰部から下肢にかけて重だるさを感じる。首回りに重だるさを感じる。長時間歩くと足が出にくいと感じることがある。物を取るとき手が出にくい。箸が使いづらい。文字を書くと小さくなりがち。

イ．他覚症状

安静時振せん：なし

筋固縮：他動運動で右股関節に明らかな抵抗感が認められる。他、右肘関節・右手関節・右中手指節関節・右膝関節に左に比べやや抵抗感が認められる。

筋緊張・萎縮：右脊柱起立筋・左腹直筋に筋緊張、右大臀筋に筋萎縮。

脊柱アライメント：左側弯。

姿勢：右股関節・膝関節がやや屈曲し、右に傾く傾向がある。

ウ．自律神経症状

便秘：排便は 3 日に 1 度。下剤を使用。排便に時間がかかる。

発汗異常：起床時に多汗となる。

エ．その他：ヤール重症度はⅡ度と判定した。ＰＤＱ-39 は 11 であった。

３　薬物療法

Ｌドーパ　300ｍｇ

ビーシフロール（ドーパミンアゴニスト）　0.75ｍｇ

４　理療治療

鍼治療は、全身調整を目的として本治法を行った。証は主に肝虚証であった。他、筋緊張の緩和・循環改善を目的として、前腕・下腿・腹部・背部・頭頸部・顔面部に刺鍼した。刺鍼はすべて接触鍼で行った。

灸治療は主に便秘の改善を目的として下腿胃経・前腕三焦経・背部兪穴などに施灸した。

手技療法は筋緊張の緩和・循環改善を目的として頸肩部・背腰部を中心に施術した。

運動法は、歩行時の困難感改善を目的として股関節の他動運動を行った。

治療頻度は週１回である。

５　経過

平成 16 年 7 月～平成 26 年 3 月まで治療回数 399 回。この間、4 名の治療者がそれぞれ治療を行ってきた。治療は、各治療者により異なる所もあるが、いずれも鍼、手技療法の他、灸、温熱、運動、ストレッチなどを適宜用いている。筆者の治療期間は平成 23 年 4 月～平成 26 年 3 月までの 126 回である。

（１）運動器症状の変化

他覚症状としては、平成 23 年 4 月時の症状と比較して大きな変化は認められない。しかし、右股関節の硬さについては、治療期間を通じて変動が大きく、体調により左右される傾向があった。

自覚症状としては、主に右側の上下肢にこわばりを訴えていたが、最近は左手にも若干こわばりを感じると訴えるようになってきている。

（２）自律神経症状の変化

便秘については、下剤を使用しているが、概ね毎日排便があるようになった。

排便時の困難感については、治療後数日は感じないが、元に戻る傾向がある。また、10 分以上排便できずに座り込んだままの状態が続くことはほぼ無くなっている。

発汗異常については不変である。

Ⅳ　考察

パーキンソン病の診断を受けてから 9 年、投薬を開始してから 7 年が経過しているが、現在まで症状はほぼ横ばいに推移している。投薬を開始してから 5 年で約 50%の患者にウェアリングオフ等の副作用が出現するという報告もあるが、現在のところ、この患者には副作用と思われる反応を認めてはいない。投薬開始から抗パーキンソン病薬の種類や量の変遷もめまぐるしいものではなく、主治医からも今後の変化に対応する余裕があると患者は説明を受けている。また、患者は年に数回、国内外の旅行をしているが、集団の中で多少遅れることはあるが、ついて行けるだけの歩行ができている。これらのことから、薬物療法と理療治療の併用がパーキンソン病の進行を緩徐なものにしている可能性が示唆される。

Ⅴ　おわりに

パーキンソン病の治療においては、多岐にわたる症状の把握と共に、薬物による副作用の出現にも注意が必要となる。筆者は、本症例を通じて患者の全身状態のとらえ方について多くを学ばせてもらうことができた。また、本症例においては、患者自身がパーキンソン病についての理解が深く、今後の進行に対して少なからず不安を抱いていた。このような不安の緩和も含めて治療が成立するよう精進したい。

《引用・参考文献》

１）水嶋丈雄著：パーキンソン病を治す本　マキノ出版　2003
２）留畑眞著：パーキンソン病と鍼治療の実際
　　社会福祉法人桜雲会　2000
３）山之内博監修：新版パーキンソン病　主婦の友社　2009
４）医道の日本　721 号
５）医道の日本　722 号
６）医道の日本　804 号
７）黄帝内経・素問・至真要大論篇七十四
８）パーキンソン病治療のガイドライン 2011　日本神経学会　2011
９）平成 25 年高齢社会白書　内閣府　2013

変形性膝関節症／
膝半月板損傷に対する鍼治療

杉本　公彦

Ⅰ　はじめに

中高年にとって、関節痛と呼ばれる類の症状は悩みの種である。病院へ行って様々な治療をしてみたが改善しない、そんな訴えをする患者に遭遇することは多いのではないだろうか。今回は整形外科で変形性膝関節症と半月板損傷を併発していると診断された患者に対する治療について報告する。

Ⅱ　関節痛と筋膜性疼痛

膝などの関節に痛みを感じたときに、その痛みの原因はどこからきていると考えるだろうか。画像診断の結果、関節軟骨や半月板の摩耗などが原因と説明されることが多いようである。しかし、関節へのアプローチを行っても、痛みがあまり改善しない例が多くみられる。患者は痛みが改善しないことに不安を覚え、人によってはドクターショッピングを繰り返し、あるいは鍼灸院や整骨院を渡り歩き、テレビで紹介される健康法をいくつも試す、というような場合もある。それでも痛みが改善せず、我慢しながら生活を送っている人が少なくない。

筋肉にできた硬結が、そこから離れた部位に痛みを起こすことがある。このような病態を筋筋膜性疼痛症候群（ＭＰＳ）という。この概念は 1983 年にアメリカの医師 Dr.Janet G.Travell と Dr.David G.Simons が執筆した『Travell & Simons’ Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual（筋筋膜性疼痛と機能障害:トリガーポイントマニュアル)』にて発表されたものである。この中で、本来の硬結部位とは別の場所に痛みを生じさせる硬結をトリガーポイントという。

Ⅲ　症例

１　初診時の状況

（１）症例

年齢：65 歳
性別：男性
身長：173 ㎝
体重：70 kg
職業：無職

（２）主訴
右膝の裏が痛い
（３）現病歴
もともと、若い頃からバスケットボールで膝を酷使していたため、軽い痛みが時々あった。昨年の8月頃に整形外科で変形性膝関節症といわれた。12月くらいから痛みが気になり出した。明けて1月に高いところから落ち、うまく両足で着地できたものの、右膝に一瞬強い痛みが走った。整形外科では半月半が損傷し、その一部が遊離しているといわれ、吸収を待つようにいわれた。現在は吸収されている。なお、昨年12月から現在に至るまで、膝の痛みの著しい変化はない。
（４）自覚症状
主訴は動作時に出現し、運動などで増悪する（現在もバスケットボールをプレイすることがある）。階段昇降時痛がある。その他、特に気になる症状はない。
（５）他覚症状
アライメント：内反膝
筋緊張：腰腸肋筋、大腿二頭筋、腓腹筋内側頭、大腿四頭筋、腓骨筋
歩行：痛みでややもたつく

２　治療方針
整形外科では着地時の衝撃による半月板損傷と診断されているが、高いところから着地した前後で痛みの明らかな変化がないことから、外力によって構造的な変化による痛みとは考えにくい。本症は膝の運動に関与する筋群のＭＰＳと推測し、これらの緊張を緩め、筋膜性疼痛による痛みを取り除くことを目的として治療を行った。

３　治療
（１）治療法
鍼：トリガーポイント鍼治療　大腿四頭筋、大腿二頭筋、腓腹筋　置鍼10分
手技：下肢のあん摩
（２）トリガーポイントの部位と疼痛領域
ア．外側広筋
大転子と膝蓋骨外上角を結ぶ線上に複数存在する。大腿から膝の外側に痛みを生じる。
イ．大腿二頭筋
長頭：坐骨結節と腓骨頭を結ぶ線の中央。
短頭：膝窩横紋外側から３～４横指上。
大腿の後側から膝窩に痛みを生じる。
ウ．腓腹筋
外側頭：膝窩横紋外側の５横指下。
内側頭：膝窩横紋内側の５横指下。
膝窩から踵部まで痛みを生じる。

４　治療経過・効果

（１）２回目

すっと立ち上がることができるようになり、歩くのが楽になった。

（２）３回目

膝が重たくなることはあるが、通常の歩行では痛みはあまり感じない。

（３）４回目

動作時、膝内側、後面の軽い痛みが残る、階段昇降時痛がなくなった。

（４）５回目

膝内側部の軽いつっぱり感があるが、痛みや重だるさはほぼなくなった。

痛みがほぼ消失し、日常生活に不便がなくなったため、今回をもって治療終了とした。

Ⅳ　考察

今回は、初診を含めて全５回、約１ヶ月間の治療となった。比較的経過が順調であり、治療を重ねるごとに治療者も患者も効果を実感できた。

高いところから着地した際の衝撃は半月板に何らかの損傷を与えた可能性があるが、症状の程度が受傷前後で変化していないことから、これが患者の痛みの原因であるとは考えにくかった。実際、脊柱や関節の構造的な問題で痛みが生じるという観点では説明できない症状というのは多いものである。筋に形成された硬結がトリガーポイントとなり、痛みを生じている例が少なくない。本症は画像診断により変形性膝関節症と半月板損傷という診断が得られているが、痛みを起こしている原因は大腿四頭筋やハムストリングスであり、これらへのアプローチにより症状が改善したものと考えられる。

Ⅴ　おわりに

運動器に対する痛みの治療として、ＭＰＳの理論に基づくトリガーポイント治療を１年半ほど行ってきたが、骨や軟骨、神経の問題と思われていた痛みが、実は筋肉由来であったという例が多いことに、筆者自身が驚いている。この間に実行してきたことは、動作確認によって罹患筋を特定することと、その筋を緩めることだけである。筋を緩めるためにトリガーポイント鍼療法、各種の手技療法、患者に対する簡単なストレッチの指導などを行ってきた。一連の流れの中で重要となるのは、罹患筋をいかにして特定するかということだろう。しかしこれが一番難しく、治療効果があがらない例では間違いがないか最初に見直さなければならない部分である。今後もより多くの患者の痛みを和らげることができるように、今後も研鑽を重ねたい。

《参考文献》

１）Dimitrios Kostpoulos 他著、川喜田健司訳：トリガーポイントと筋筋膜療法マニュアル　医道の日本社　2002

２）P.E.Baldry 著、川喜田健司訳：トリガーポイント鍼療法　医道の日本社　1995

３）伊藤和憲著：はじめてのトリガーポイント鍼治療　医道の日本社　2009

４）Clair Davies 他著、大谷素明監訳：誰でも出来るトリガーポイントの探し方・治し方　エクスナレッジ　2010

５）Janet G. Travell・David G.Simons 著、川原群大監訳：トリガーポイントマニュアル　筋膜痛と機能障害　エンタプライズ　1992

６）伊藤和憲著：痛みが楽になるトリガーポイントストレッチ＆マッサージ　緑書房　2013

７）加茂淳著：トリガーポイントブロックで腰痛は治る　風雲舎　2009

不眠症に対する理療治療

花尻　真由美

Ⅰ　はじめに

現代社会はストレス社会ともいわれ、人間関係や仕事など様々な要因から、本人の自覚の有無にかかわらずストレスに曝露されている。ストレスは自律神経、代謝、ホルモン分泌などに影響を与え、体や心の疲労の誘因となる。

人は１日の中で睡眠中のみが唯一ストレスから解放される時間である。しかしながら、日本人の５人に１人は睡眠に関する問題を抱えているといわれている。慢性的な睡眠不足は昼間の眠気や全身倦怠感、集中力低下、不安・いらいらなど身体的精神的症状を呈するだけではなく、糖尿病、高血圧、高脂血症などの生活習慣病の増悪因子となりうる。したがって、質の良い睡眠を確保することはきわめて重要である。

そこで、本稿では不眠症の概要を記すとともに、実際に治療を行い一定の効果が得られた一症例について報告する。

Ⅱ　不眠症の概要

夜よく眠れない不眠症のみならず、過眠症、概日リズム障害、睡眠時異常行動など、睡眠の量的・質的・リズム的に異常のある状態を睡眠障害という。睡眠障害国際分類（ICSD2）では、睡眠障害を８つのカテゴリーに分類しており、不眠症もその１つとして位置づけられている。

１　定義

ICSD2 において、下記のように示されている。

「睡眠の開始と持続、一定した睡眠時間帯、あるいは眠りの質に繰り返し障害が認められ、眠る時間や機会が適当であるにもかかわらずこうした障害が繰り返し発生して、その結果何らかの昼間の弊害がもたらされる状態。」

２　分類と特徴

（１）適応障害性不眠症（急性不眠症）

明確なストレス要因により生じ、要因がなくなると不眠も解消する短期間の不眠症。

（２）精神生理性不眠症

不眠以外に精神的もしくは内科、外科的、環境的な問題がない不眠症。もともと不眠傾向を自覚している方に多くみられ、社会や生活上でのストレス、身体疾患などを契機に発症する。不眠が２、３日続くことは誰にで

も起こりうる現象であるが、健康に自信がない、元来神経質である、完璧主義、睡眠に関する正しい知識が不足している、誤った睡眠習慣などが基盤にある場合には、不眠の発端となった原因が消失した後も不眠症状だけが残存しやすくなる。そのようにして生じた短期間の不眠が長引き、不眠に対する不安や、眠ろうとするための不適切で過剰な努力が引き起こされると、寝室内もしくはベッド上での身体的な緊張を引き起こして、さらに不眠を悪化させる。不眠症の中で最も多いとされる。

（３）逆説性不眠症

不眠となるような確かな要因はないものの、深刻な不眠感の訴えが続くもの。睡眠の客観的指標（例えば、睡眠脳波検査で測定したデータ）よりも睡眠に関する自己評価の方が低いことが問題となる。(例：客観的には十分に眠れているのに、眠れていないと思い込んでしまっているなど)

（４）特発性不眠症

以前は小児期発症不眠症と呼ばれていたもので、中枢神経系に原因が存在すると推測され、出生後から発症しほぼ一生にわたり持続する慢性の不眠症である。

（５）精神疾患による不眠症

（６）不適切な睡眠衛生による不眠症

日常生活における覚醒過剰の原因となる要因（カフェイン、たばこ、アルコール、就寝時間前の激しい運動、ストレスなど)、あるいは睡眠構造を妨げる要因（不適当な室温、ペットの動き、早朝の光の差し込みなど）によって起こる不眠症。

（７）小児期の行動性不眠症

親や介護者が寝るべき時間帯に寝かしつけなかったり、寝室につれていかないために子供がぐずって寝ようとしない、あるいは子供が寝つくときや夜中に目を覚ましたときに通常用いるおもちゃなどが欠けているため入眠（再入眠）ができない状態である。

（８）薬物または物質による不眠症

（９）身体疾患による不眠症

（10）特定不能な不眠症（非器質性不眠症、非器質性睡眠障害）

（11）特定不能な生理的（器質性）不眠症

３　不眠症のタイプ

（１）入眠障害：夜なかなか寝付くことができず、入眠するのに普段より２時間以上かかる状態。入眠障害は（不眠症以外にも）統合失調症や躁病、不安障害などの精神疾患に伴うことも多いため、精神症状の有無を確認することが必要である。

（２）中途覚醒：いったん寝付いた後で夜中に２回以上目が覚める、途中で目が覚めた後に寝付けないといった症状。特に、中年以降の男性において中途覚醒は睡眠時無呼吸症候群の主症状であり、中途覚醒以外にはいびき、起床時の倦怠感、日中の眠気を訴えることが多くみられる。

（３）早朝覚醒：朝、普段よりも２時間以上早く目が覚めてしまい、覚醒後に再入眠できないという症状。うつ病に伴うことが多くの例でみられる。

従って、早朝覚醒を認めた場合には、起床時の落ち込み（抑うつ気分）、日中の意欲低下、制止症状（頭の回転が遅くなっている、集中できない）などが存在していないかを確認する必要がある。
（４）熟眠障害：ぐっすり眠れない、眠りが浅くて眠った感じを得られないという症状。加齢によるものや、ストレス、睡眠時無呼吸症候群、精神疾患などでみられる。

４　診断
日常の臨床では問診が最も大切であり、発症時期、症状、経過、睡眠衛生と関連した嗜好品（カフェイン、たばこ、アルコールなど）、生活習慣（昼寝の有無や長さなど）、朝型・夜型の傾向、交代勤務の有無、寝室環境（騒音、照度、湿度など）、身体疾患、精神疾患の有無などを確認する。問診によって除去可能な不眠の原因があればその対応を検討し、よりよい生活習慣を指導することが重要である。

５　治療
（１）薬物療法
睡眠薬は、作用の長さから超短時間作用型、短時間作用型、中間作用型、長時間作用型の４群に分けられ、それぞれの特徴により使い分けられている。
睡眠薬は、作用時間と不眠症状睡眠の質を照らし合わせながら、投与することが望ましい。また、睡眠薬の効果は個人差が大きいため、投与後の効果を注意深く観察しながら、薬剤の種類や投与量を調整していく必要がある。
（２）非薬物療法
日常臨床において、薬物療法を試行するまでに至らない軽度の不眠患者も多く、睡眠に関する原因を解消し睡眠の質や量を改善するだけで治癒する例もある。また、中程度の患者でも、他の治療と併用し睡眠衛生を徹底することは良好な経過を送るために欠かせない。特に重要なのは生体概日リズムを保つ目的で、起床時刻を一定にし、朝自然光を取り入れ概日リズムをリセットすることである。その他、眠ろうと努力しないこと、夜間嗜好品などを避けるといった生活環境の改善も重要である。睡眠障害の問題が重要視されるあまり、誤った認識で悩み、不眠の悪循環に陥っている患者も少なくないため、適切な睡眠障害に対する知識を患者自身が知ることも大切である。

Ⅲ　症例報告

１　患者プロフィール
６７歳　女性
（１）主訴
寝付きが悪い、夜中に目が覚める

（２）現病歴

53 歳で閉経を迎えた頃から主訴を自覚するようになった。併せて、発汗、いらいら、頻尿などの不定愁訴も現れるようになり、医療機関を受診した結果更年期障害との診断を受け、治療を開始した。数年後、治療により不定愁訴の改善がみられ、不眠の症状も徐々に気にならなくなっていった。しかし、３年ほど前、夫を亡くしたことがきっかけで再び主訴が強く現れるようになり、現在に至っている。

（３）自覚症状

普段は午後 10 時頃に床につくことが多い。寝つくまでに２時間近くかかり、夜中の２時頃に目が覚めてしまう。目覚めるたびに精神的に落ち込んでしまい、抗不安薬を服用するも効果は現れず、そのまま朝を迎えるという日が週に３、４日ほどある。日中眠くなることはなく、日常生活にもさほど影響はみられないが、熟睡感がまったくないためストレスを感じている。平熱は 35 度台。ストレスなどにより血圧の変動も激しい。その他、肩こり、めまい（床がぐらっと揺れるような感じ）、吐き気、食欲不振。

（４）他覚症状

筋緊張：斜角筋、胸鎖乳突筋、板状筋、肩甲挙筋、僧帽筋、脊柱起立筋

圧痛・硬結：天柱、風池、肩井、肩外兪

（５）既往歴

５３歳　更年期障害

（６）参考事項

飲酒、喫煙の習慣はなく、コーヒーも好んで飲んだりしない。普段は家で過ごすことが多く、外出の頻度は極端に少ない。「めまいがいつ起こるかわからない」という不安から、慣れない場所へは同伴者がいなければ外出できない。風邪を引きやすい体質でもある。

２　治療

（１）治療方針

病歴から、ストレスが症状出現に深く関与していると考えられるため、心身の緊張を緩和させるとともに、自律神経機能の正常化を図り、不定愁訴の改善に努める。

（２）治療法

手技：上半身を中心に軽度の力で全身あん摩

灸：湧泉、失眠（ソフト　３壮）

＊患者から同意を得られなかったため、鍼治療は未実施。

３　治療経過・効果

平成 25 年７月８日から平成 26 年３月７日まで、２週間に１度のペースで計 16 回の治療を行った。

（１）１回目（25 年７月７日）

治療後、体全体がとても軽くなった。初めてのマッサージ施術であったが、とても心地よかった。今夜はぐっすり眠れそうな気がする。

（２）２回目（25 年７月 30 日）
前回施術を受けた日の夜は薬を飲むことなく５時間ほど眠ることができた。しかし、それも長続きはしなかった。食欲は少しずつ回復している。めまいは毎日続いている。他覚所見、治療法ともに前回同様。
（３）３回目（25 年８月 23 日）
初診時に比べ、体調は全体的に良くなっている自覚がある。睡眠も４時間ほど確保できるようになった。この頃目が覚めても精神的に落ち込むことはなくなり、抗不安薬に頼ることも少なくなった。最近、意識的に左手で物を持つことが増えたせいか、左肩にこり感を強く感じる。他覚的にも僧帽筋、板状筋、脊柱起立筋の緊張が前回より目立っていた。
（４）４回目（25 年９月６日）
体調はとても良く、食欲もでてきて睡眠もしっかり確保できている。めまいの症状も、現在では忘れた頃に出現する程度で、持続時間も数秒。血圧も安定し、平熱も 35 度台から 36 度台まで上がったとのこと。最近は外出もおっくうではなくなり、週に２、３回ほど太極拳に通っている。他覚的にも前回に比して筋緊張が緩んでいた。
（５）５回目（25 年９月 20 日）
５日ほど前、５kg の米をもらい、自宅に持って帰った。右手で持ったため、右肩から腕にかけて重だるさを強く自覚する。その翌日、風邪を引き、鼻水と微熱が出現。幸い熱はすぐに下がったが、鼻水が若干残っている。そのせいもあるのか、睡眠不足の状態が続いている。治療は、大椎にせんねん灸（ソフト３壮）を追加して行った。
（６）６回目（25 年 10 月４日）
９月中旬より続いている風邪の症状は未だに自覚している。50 年来の友達が自宅に宿泊したことによる気疲れからか、血圧が高い日が１週間ほど続いた。しかし、２日前に内科を受診した時点で血圧は既に正常値に戻っていた。肩のこり（特に右）も前回よりは強い。僧帽筋や肩甲挙筋など、肩周辺の緊張も目立った。治療は前回同様に行った。
（７）10 回目（25 年 12 月４日）
大きな体調の変化はみられない。血圧も安定しており、睡眠時間も６時間ほど確保できている。また、熟睡感も得られるようになってきた。他覚的には右肩上部及び肩甲間部の緊張が目立っていたが、本人はあまり気にならないようであった。
（８）12 回目（26 年１月６日）
暮れから正月にかけて、入院した妹さんの看病などで外出が多く、多少精神的に疲労を感じたものの、大きな体調の変化はみられなかった。あまり自覚はないが、右肩上部の緊張がやや顕著であった。
（９）13 回目（26 年１月 24 日）
体調の良い状態を維持できている。血圧も安定し、不眠の症状も気にならない。昨年末に受けた血液検査の結果が良好であることが明らかとなり、それが心理面にも良い影響を与え、結果として様々な症状が改善しているのではないかと本人は感じている。食欲にも変化が出始めており、以前は「食べなければならない」という義務感から食事をしていたが、最近では

食べることを「楽しい」と思えるようになった。若干右肩に張り感を感じる。右肩甲挙筋と僧帽筋の緊張、右肩外兪に硬結が顕著であった。

（10）14 回目（26 年２月７日）

治療の前日に内科通院などで久々に長時間の外出をした。治療を翌日に控え、精神的に安心したせいもあるのか、少し体調を崩し、久しぶりに夜もあまり熟睡できなかった。しかし、以前のように抗不安薬に頼って眠ることはなかったとのこと。血圧も引き続き安定した状態を維持できている。全体的に右上半身に緊張が強かった。

（11）16 回目（26 年３月７日）

寒暖の差が激しかったためか風邪気味で、体調もなんとなく優れない感じ。２日ほど前、病気療養中の妹さんを訪ねたりなどして精神的にもすこし落ち着かない日々があり、全身が張った感じがする。昨日も眠れず、抗不安薬を服用。しかし、以前のように服用後も眠れないということはなく、すぐに熟睡することができた。他覚的には、特に右肩上部周囲の緊張が目立った。

４　考察

本症例では、「肉親の死」というストレスが交感神経の緊張を引き起こし、入眠障害や中途覚醒を始めとする様々な症状が出現したのではないかと考えられる。治療にあたっては、心身の安定を第一に考え、以下の点に留意した。

（１）患者の訴えに対して共感的に傾聴する。

（２）ドーゼ過剰にならないように気をつけながら、ゆったりとしたリズムで施術する。

16 回にわたる治療の結果、慢性的な睡眠不足の改善、血圧の安定、食欲の変化、めまいの持続時間の短縮と回数の減少、体温の上昇など、不定愁訴の改善を図ることができた。これはマッサージ及び灸施術によって自律神経のアンバランスが解消されたことを意味するのではないかと思われる。また、以前は外出に対してかなりの不安感を抱いていたが、現在では太極拳に積極的に参加したり、「暖かくなったら旅行に行ってみよう」と思えるようになるなど、気持ちにも変化がみられるようになった。体調不良を訴えることは未だにあるが、それも短期間で改善するようになってきている。今後も定期的に治療を続け、現在の状態を少しでも長く維持できればと考えている。

Ⅳ　おわりに

日常臨床では不眠を主訴として来院する患者は少ないが、他の主訴で来院された患者に問診をしていると、不眠を訴える患者が意外と多いことに気付かされる。治療にあたっては、原因を明らかにし、理療治療の適応を見極め、必要であれば専門医の受診を勧めるなど臨機応変な対応が求められる。また、患者の訴えに耳を傾けること、症状改善のためのアドバイスをすること、睡眠に対する正しい知識を患者に伝えることも我々にとって

重要な役割なのではないだろうか。不眠症の治療は生活習慣病の予防にもつながると言われている。今後も、睡眠に関する諸問題を患者とともに解決し、QOL の維持・向上に少しでも貢献できるよう、研鑽を積んでいきたい。

《引用・参考文献》

１）米国睡眠医学会著、日本睡眠学会診断分類委員会訳：睡眠障害国際分類　第２版　日本睡眠学会　2010

２）医道の日本　平成 16 年２月号　医道の日本社　2004

３）鍼灸 OSAKA　第 83 号　森ノ宮医療学園出版部　2006

４）樋口輝彦著：睡眠障害～心地よい眠りを取り戻すために　株式会社日本評論社　2004

大腿外側の知覚鈍麻に対して
ローラー鍼を使用した一症例

古川　直樹

Ⅰ　はじめに

近年、傳田光洋氏の著書によって、表皮のバリア機能以外の働きに注目が集まっている。それは、表皮への刺激により、皮膚そのものがその情報を処理し、内分泌系や神経系などに働きかけ、身体に様々な影響を及ぼすというものである。そのため、皮膚を「第３の脳」とも呼んでいる。

また、鍼灸、手技療法の領域では、経絡治療や小児鍼などのように、古くから皮膚に着目し、それを刺激することによって治療効果を期待する治療法が多く存在している。

これらのことから、治療における皮膚の重要性は今後高まっていくと考えられる。そのような状況の中で今回、下肢の知覚鈍麻に対して擦過鍼を使用する機会を得たので、その経過について報告する。

Ⅱ　下肢の知覚鈍麻の原因

下肢の知覚鈍麻の原因は多岐に渡っている。多いものとしては絞扼性神経障害（腰椎椎間板ヘルニアや脊柱管狭窄症、梨状筋症候群など）が挙げられる。この場合、神経走行路上の筋や腱、靭帯、骨などによってできたトンネルが狭くなり絞扼される。その他、循環器系として閉塞性動脈硬化症やバージャー病、脳卒中などの他、後縦靭帯骨化症や糖尿病、精神疾患などによっても起こることがある。

Ⅲ　症例

１　患者の状況

（１）基本情報

60 歳代、男性、自営業

170cm、84kg

（２）主訴

背腰部の張り

（３）所見

背部筋疲労

（４）現症（平成 25 年８月 12 日　再診）

現在は以前に比べると全体的につらい所はないが、仕事で疲れた際などには肩甲間部から腰にかけて少しつらくなるときがある。

（５）自覚症状
全体的に調子はよいが、時々肩甲骨周囲や腰部にこりを感じる。特に肩甲骨下角の付近がつらくなる。
（６）他覚症状
アライメント：平背、腰椎前弯減少
筋緊張：大円筋、脊柱起立筋
圧痛：大円筋起始部、魄戸、胃兪、腎兪、胞肓
（７）既往歴
30 歳頃：脂肪肝（服薬中）
50 歳頃：腰椎椎間板ヘルニア
59 歳：脊柱管狭窄症（平成 23 年７月に手術）
（８）家族歴
特記事項なし
（９）参考事項
週２、３回ジムに通っている。
腰椎椎間板ヘルニアと脊柱管狭窄症の既往があり、腰下肢の痛みがあったが、手術を受け、腰下肢の症状はかなり軽快した。

２　治療経過
（１）１、２回目（８月 12 日、28 日）
１、２回目共に肩甲間部、背腰部の張りを対象に刺鍼、あん摩を行った。治療後には筋緊張の緩和と自覚症状の軽快がみられた。また、２回目の治療の際に、左大腿外側部に知覚鈍麻があるとの訴えがあったため、３回目以降に知覚鈍麻に対する施術を開始することとした。
（２）３回目（９月 17 日）
肩甲間部、背腰部のこりに対する治療と共に、知覚鈍麻に対する施術を開始した。
ア　左大腿外側の知覚鈍麻について
知覚鈍麻は腰椎椎間板ヘルニアと同時期から感じている。日常生活では特に不自由は感じないが、皮膚が布に覆われているような感覚が常にあり、右と比べると明らかに感覚が鈍いとのこと。範囲は大腿外側全体で、大転子周囲から膝関節外側まで（大腿外側皮神経支配領域とその周辺）である。腰の手術を受けた際に、主治医には知覚鈍麻の軽快は見込めないだろうと言われたとのこと。
イ　感覚鈍麻に対する治療
今回の知覚鈍麻は、発症の時期や症状、範囲、筋緊張の状態を考慮し、以前のヘルニア、脊柱管狭窄症による神経症状の後遺症と考え、それに対し施術することとした。
神経症状に対する治療としては、神経の周囲組織や経路上の経穴部への刺鍼や低周波鍼通電療法などを行うことが多いが、今回は皮膚への刺激による知覚鈍麻の変化をみるために、施術はローラー鍼（カナケン製ローラー針【弱】ゴールド：KN-413G）を使用し、知覚鈍麻の領域全体を末梢に向けて繰り返し摩擦した。ローラー鍼の施術時間は３分程度であった。

（３）４回目から 16 回目（９月 26 日から平成 26 年３月 18 日）
治療は１、２週間に１回程度の頻度で行った。治療内容は、肩甲間部や背腰部の症状に対する治療と平行してローラー鍼による施術も継続して行った。なお、背腰部の症状は筋疲労によるものであり、神経症状に対する治療としてはローラー鍼以外行わなかった。

３　知覚鈍麻の状況について
ローラー鍼による施術を合計 14 回行った結果、知覚鈍麻の状況については以下の様な経過であった。
（１）範囲
知覚鈍麻は、最初は大腿外側全体の広い範囲にあったが、施術を継続していく中で徐々にその範囲が狭まっていった。治療 16 回目時点では、左の足陽関穴周囲直径 10cm 程度の範囲のみになっている。
（２）自覚的な感覚の変化
当初は大腿外側が布で覆われているような感覚が常にあり、感覚が鈍かったが、感覚の鈍さを感じなくなってきたとのこと。知覚鈍麻が残っている部位でも、覆っている布の厚みが減少したような感じがするとのこと。
（３）患者の感想
初めてローラー鍼の施術を行った後から、何となく感覚がはっきりしたような気がするとの話があり、継続的に行っていくことで徐々に鈍麻の改善と範囲が狭くなっていく変化を実感したとのこと。日常生活に支障は出ていなかったものの、主治医に、知覚鈍麻はこのまま残ってしまう、と言われていただけに、少しずつでも改善がみられ喜んでいる。

Ⅳ　考察

今回、皮膚の知覚鈍麻に対して、皮膚そのものに触圧刺激を加え、症状の変化について観察した。その結果、知覚鈍麻の改善と範囲の縮小がみられた。
基本的に、知覚鈍麻に対する治療では、鍼を神経の付近や、筋などの周囲組織、経路上の経穴などに刺入することにより、神経血流の改善がみられる。このことにより、閾値の低下や損傷部位の再生が促進され、神経機能が改善すると考えられる。また、東洋医学的には、経穴、経絡に沿った治療により、興奮作用を期待する方法や、証に従い治療する。
また、皮膚の働きについて、傳田光洋氏は以下の様に報告している。
（１）表皮細胞のケラチノサイトが外部からの刺激を認識、処理し、その刺激を神経に伝えていることがわかってきており、皮膚の出す指令は末梢循環系、神経系、内分泌系、免疫系、さらには精神面などに作用する。
（２）金や白金が皮膚に接触することにより、皮膚表面の電気状態に特異的な変化が起こり、末梢神経にまで作用すると報告している。
（３）以前、国際皮膚科学会で、表皮が刺激や損傷を受けた際にコルチゾルを生成するとの報告があった。

これらのことから、今回、皮膚表面への刺激が末梢神経を刺激し、興奮作用として働いたため、知覚鈍麻が改善したと考えられる。さらに細かい機序として、ローラー鍼の表皮への接触刺激が、表皮のケラチノサイトに影響を与え、刺激情報が処理され、その後神経系に作用し、感覚神経の働きを高めた。また、使用したローラー鍼は接触面が金であるので、接触時に電気的な変化が起こり、末梢神経に影響を与えた。これらの結果、知覚鈍麻の改善がみられたと推察する。

Ⅴ　今後の課題

今回、ローラー鍼を経絡等は意識せずに行った。まだ１例のみしか実践していないものの、今後、接触針や小児鍼の知識も深め、様々な症状に対して、皮膚への刺激の仕方とその効果との関連について検討してみたい。

Ⅵ　おわりに

今回、ローラー鍼による知覚鈍麻の変化をみることができ、よい経験となった。また、皮膚はバリア機能や感覚器としてだけではなく、脳のように情報処理を行うことについても興味を持つきっかけとなった。

今後、あらためて「皮膚」というものに着目しながら研鑽を積んでいきたい。

《引用・参考文献》

１）傳田光洋著：第３の脳-皮膚から考える命、こころ、世界-　朝日出版社　2007
２）矢野忠他編：図解鍼灸臨床技術ガイド（１）　文光堂　2012
３）矢野忠他編：図解鍼灸臨床技術ガイド（２）　文光堂　2012
３）鍼灸ジャーナル vol.01　緑書房　2008
４）鍼灸ジャーナル vol.24　緑書房　2012

平成２５年度

調査報告

北祐会神経内科病院マッサージ研修におけるアンケート結果

紺野洋二　柴﨑公平　杉本公彦
花尻真由美　古川直樹

１．目的

北海道高等盲学校附属理療研修センターでは、平成 20 年度より北祐会神経内科病院での理療研修会において神経難病患者に対するマッサージ施術を行っている。個人差はあるが、マッサージをすることにより「痛みが軽減した」、「体が軽くなった」、「最高の気分だ」、「茶碗を持ってご飯を食べられそう」などの感想をいただき、概ね好評を得てきた。

今年度は、マッサージ施術の持続効果を調べるため、施術直後、施術の翌日、１週間後の自覚症状の変化を聴取したので、その結果を報告する。

２．期間

平成 25 年 7 月 17 日～12 月 19 日（計 12 回）

３．対象

北祐会神経内科病院の神経難病患者

４．方法

（１）アンケート用紙に、患者の年代、性別、疾患名、主訴、施術部位、家族構成を記入する。

（２）一人につき 20 分から 30 分程度マッサージを行う。

（３）施術直後の自覚症状の変化を「かなり改善した」、「やや改善した」、「変化なし」、「やや悪化した」、「悪化した」の中から選択する。

（４）施術翌日と１週間後の自覚症状の変化を、「さらに改善した」、「マッサージ直後と同じ状態のまま」、「マッサージを受ける前と同じ状態に戻った」、「マッサージを受ける前より悪い状態になった」の中から選択する。

５．結果

のべ患者数は 95 名で、男女の内訳は男性が 38 名、女性が 57 名であった。年代別では、40 歳代が６名、50 歳代が５名、60 歳代が 29 名、70 歳代が 39 名、80 歳代が 15 名、不明が１名、平均年齢が 69.5 歳であった。

疾患別の内訳は、パーキンソン病が 66 名で全体の約 70％、脊髄小脳変性症が 15 名で約 16％、その他が 14 名で約 15％であった。

主訴の内訳は、腰痛・腰のだるさが 63 名で最も多く、次いで頚・肩のこり、痛みが 31 名、下肢症状（痛み、重だるさ等）が 25 名であった。

施術後の自覚症状の変化については、「かなり改善した」が 38 名（40%）、「やや改善した」が 52 名（54.7%）で、両者を合わせると 90 名（94.7%）が「改善した」と回答している。

施術翌日の変化については、「さらに改善した」が 13 名（13.7%）、「マッサージ直後と同じ状態のまま」が 46 名（48.4%）で、両者を合わせると 59 名（62.1%）が改善あるいは現状維持を保っている。

１週間後の自覚症状の変化については、「さらに改善した」が５名（5.3%）、「マッサージ直後と同じ状態のまま」が 21 名（22.1%）で、両者を合わせると 26 名（27.4%）が改善あるいは現状維持を保っている。

以上の結果から、マッサージ施術を継続的に実施することで、ある一定の持続効果が得られるのではないかと考えられる。

６．謝辞

アンケートにご協力いただいた北祐会神経内科病院の患者の皆様、職員の皆様に厚くお礼申し上げる。