

中国国家衛生・計画生育委員会
国際協力機構（JICA） 協力

日中技術協力事業家庭保健プロジェクト

家庭保健サービスマニュアル (中高年の巻)

日中技術協力事業家庭保健プロジェクト専門家チーム 編



中国人口出版社
China Population Publishing House
全国百佳出版社

出版時図書目録（CIP）データ

家庭保健サービスマニュアル □中高年の巻 / 日中技術協力家庭
保健プロジェクト専門家グループ編 □—北京 : 中国人口出版社、
2015□12

ISBN978-7-5101-4003-7

I □①家... II □①中... III □①中高年 -保健 -マニュアル
②高齢者 -保健 -マニュアル IV □①R161-62

中国版図書館 CIP 数拠核字 (2015) 第 303227 号

家庭保健サービスマニュアル (中高年の巻)

日中技術協力家庭保健プロジェクト専門家グループ 編

出版発行 中国人口出版社

印刷元 北京朝陽印刷厂有限公司

判型 787 mm ×1092 mm 1/16

枚数 10□5

文字数 190 千字

版数 2015 年 12 月第 1 版

刷数 2015 年 12 月第 1 刷

書号 ISBN978-7-5101-4003-7

社長 張曉林

ホームページ www.rkcbs.net

電子メール rkcbs@126.com

編集長室電話 (010) 83519392

発行部電話 (010) 83530809

ファックス (010) 83519401

住所 北京市西城区広安門南街 80 号中加大厦

郵便番号 100054

まえがき

元国家人口・計画生育委員会と日本国際協力機構（JICA）の共同協力による、日中技術協力中国中西部地域リプロダクティブヘルス・家庭保健サービス提供能力強化プロジェクト（2006年～2009年）に続き、日中技術協力が引き続き家庭保健サービスを強化し、伝染病予防など健康教育での役割を果たすプロジェクト（2011年1月～2016年1月）として、日中協力家庭保健プロジェクト第二周期プロジェクトが発足しました。第二周期プロジェクトは、家庭保健の規範化と基準化を重視し、相次いで『家庭保健サービス指南』、『家庭保健サービスマニュアル』、『家庭保健サービス事例集』などを編纂し、現在出版しました。広く応用し普及されることを期待します。

*本書は日本・国際協力機構（JICA）の出資により出版されたものです。

目 次

目 次

第四部分 中高年

ユニット1 リプロダクティブヘルスサービス 3

目標 3

□ 健康教育 3

一、閉経周辺期の保健 3

(一) 閉経周辺期の生理的变化 3

(二) 保健及び治療 5

二、性生活の指導 7

(一) 中高齢者の性反応の特徴 7

(二) 高齢者の性生活に関する注意事項 9

(三) 高齢者が性生活の際に留意すべき精神的健康問題 10

三、安全・適宜な避妊方法の指導 12

(一) 閉経周辺期の女性にも避妊が必要 12

(二) 避妊法の指導 13

□ 健康相談 14

Q&A 14

ユニット2 よく見られる病気の対策 19

目標 19

□ 健康教育 20

一、よく見られる婦人科疾患 20

(一) 機能不全性子宮出血 (DUB) 20

(二) 骨盤臓器脱 22

(三) 腹圧性尿失禁 25

(四) 萎縮性膣炎 26

(五) 閉経期うつ病 27

二、男性生殖器系の疾患 28

(一) 前立腺炎 28

(二) 前立腺肥大 30

・1・

家庭保健サービスマニュアル（中高年の巻）

三、よく見られる慢性疾患の対策 32

- （一）高血圧 32
- （二）糖尿病 34
- （三）悪性腫瘍 35

四、認知機能障害の対策 40

- （一）予防 40
- （二）診療と治療 42

□ 健康相談 46

Q&A 46

□ 健康検査 49

ユニット3 健康な生活のための提案 51

目標 51

□ 健康教育 52

一、適度の運動 52

- （一）中高齢者には運動が必要 52
- （二）中高齢者はどう運動するか 53

二、歯、視力の保護 56

- （一）歯の保護（口腔衛生） 56
- （二）目的視力の保護 61

三、タバコ・酒の抑制 66

- （一）タバコの使用の減少 66
- （二）飲酒量は抑えるべき 68

四、社交活動 69

- （一）社交活動の重要性 69
- （二）中高齢者のための社交関連のサービスの提供 70

五、精神的健康 71

- （一）精神的健康の維持 71
- （二）特殊な高齢者の心理的な問題への注目 72

□ 健康相談 74

Q&A 75

ユニット4 高齢者層の栄養と食事の指導 81

目標 81

□ 健康教育 81

一、高齢の栄養と食事 81

目 録

- (一) 中国の高齢者のバランスの良い食事のピラミッド (2010) 82
- (二) 高齢期の栄養需要 83
- (三) 高齢者の合理的な食事 87
- 二、高齢者層によく見られる疾患の食事療法 90
 - (一) 高齢者認知機能障害 90
 - (二) 高齢者カルシウム不足 90
 - (三) 高齢者糖尿病の栄養面の対策 92
 - (四) 栄養と緑内障 97
 - (五) 栄養と白内障 98
 - (六) 高齢者の貧血 98
 - (七) 高齢者うつ病 99
- 健康相談 100
 - 相談のコツ 100
 - Q&A 100
 - 栄養状況評価 103
- ユニット5 自立不能高齢者の保健 105
 - 目標 106
 - 健康教育 106
 - 一、自立不能高齢者の家庭介護 106
 - (一) 自立不能高齢者の家庭日常生活での介護 107
 - (二) 家庭での救急命 116
 - 二、リハビリケア 118
 - (一) 障害予防 118
 - (二) よく見られる疾患のリハビリ 119
 - 健康相談 123
 - Q&A 124
 - 附：高齢者健康評価基準 127
 - (一) 高齢者身体的健康評価 127
 - (二) 高齢者精神的健康評価 129
- 添付 1 リプロダクティブヘルスの宣伝・啓発 133
 - 一、リプロダクティブヘルスの宣伝と啓発の一般原則と常用の方法 133
 - (一) 健康教育の基本特徴 133
 - (二) リプロダクティブヘルスの宣伝と啓発の目的と原則 133

家庭保健サービスマニュアル（中高年の巻）	
(三) リプロダクティブヘルスの宣伝と啓発の段取りと常用の方法	134
二、リプロダクティブヘルスに関する知識の普及方式	135
(一) リプロダクティブヘルスに関する知識の普及方式の基本概念	135
(二) 個人間発信	136
(三) マスコミによる普及	137
三、リプロダクティブヘルスの宣伝と啓発の基本陣地と主な任務	140
(一) 人口（結婚・出産）学校	140
(二) 中小学校	140
(三) その他陣地	141
四、リプロダクティブヘルス促進にかかるコミュニティモデルと総合介入プロジェクト	141
(一) リプロダクティブヘルス促進のためのコミュニティモデル	141
(二) リプロダクティブヘルス総合介入プロジェクト	143
添付 2 農村部で実施される生殖路感染介入事業のやり方と経験（プロジェクト総括の抜粋）	145
一、農村コミュニティの特徴に応じた介入モデルにより、「4つの結びつけ」を実施	145
二、サービス方式の革新、サービス水準の向上、介入能力の強化	145
三、介入方法を模索し、疾患の潜伏期間における早期発見・早期治療を図る	146
四、特定グループに対する介入（主として性病・エイズ予防のために）	146
添付 3 リプロダクティブヘルス相談のコツ	147
一、リプロダクティブヘルス相談の概要	147
(一) 相談活動の意味	147
(二) 相談の理念	148
(三) 相談要員の任務と態度	149
二、相談フレームワーク	149
(一) GATHER（集まる）フレームワーク	150
(二) REDI（レディ）フレームワーク	151
(三) 相談フレームワークの使用上留意すべき点	152
三、相談のコツ	153
(一) 言葉遣いのコツ	153
(二) 非言語的交流	155
(三) 補助材料の使用	156
付録 英語略語一覧表	157
あとがき	159
・4・	

第四部分

中高年

第四部分中高年

ユニット1 リプロダクティブヘルスサービス

目標

一全体目標

高齢期に入った男性と女性は、心身ともに一連の変化が起こります。早期に健康対策を行うことで、中年者が高齢期へのスムーズな移行を果たし、健康的に、かつ楽しく家庭の調和と幸福を保つ事ができます。

二具体的目標

健康教育を通じて、閉経周辺期の女性及びその家族に、閉経周辺期の女性の生理的变化を理解させ、発生し得る関連症状に冷静に対応させます。カスタマイズした相談指導により、女性または男性が、医療による介入を必要とする際に、速やかに診療を受けて、基本介入措置の長所と短所を理解するようにします。

健康教育と相談に通じて、高齢者が調和のとれた性生活と正しく向き合い、それを楽しむようにします。

サービス提供者には、女性の安全な避妊と非意図的な妊娠の効果的な回避のために、中高年の女性の避妊方法の使用と中止の原則を把握してもらいます。

一 健康教育

一 閉経周辺期の保健

一 閉経周辺期の生理的变化

女性の閉経前後、性ホルモンの分泌に変動または減少が見られ、これにより引き起こされる一連の体及び精神・心理的症状は、閉経周辺期症候群とも呼ばれます。

1.内分泌の変化

閉経前後には、最も顕著に変化するのは、卵巣機能の低下で、その後、視床下部の下垂体機能の劣化として現れます。

(1) エストロゲン：

閉経過渡前期には、エストロゲンの水準は正常の卵泡期の水準より高く、卵泡の成長・発育が停止したら、エストロゲン水準は急に下降します。

(2) プロゲステロン：

閉経過渡期に、卵巣では、まだプロゲステロンが分泌されますが、プロゲステロンの分泌が減少します。閉経後には、プロゲステロンの分泌が有りません。

(3) アンドロゲン：

全体的にアンドロゲンの水準は減少します。そのうちのアンドロステンジオンは減少し、テストステロンの水準は閉経前より増加します。

(4) 性腺刺激ホルモン：

閉経過渡期には、FSH 水準が上昇し、変動を呈します。LH 依然として正常の範囲内です。FSH/LH はまだ<1 です。閉経後、FSH/LH >1。

(5) 性腺刺激ホルモン放出ホルモン：閉経後、GnRH の分泌が増加し、LH と均衡を保ちます

(6) インヒビン：閉経後、女性の血液中インヒビン水準が下降し、エストラジオールよりその下降が早く、目立っています。卵巣機能の低下を反映するより感度の高い指標になることが可能です

2. 症状及び徴候

(1) 短期的症状

- ① 月経障害：月経障害は閉経過渡期によく見られる症状です。排卵がないため、その徴候は、不規則な月経周期と、長い月経周期の継続期間及び月経量の増加または減少です。
- ② 血管運動：症状は主としてほてりです。その特徴は、繰り返し現れる短時間の顔、首及び胸の皮膚の発赤、及びこれに伴う熱感と発汗です。毎日数回ないし十数回発作し、1～5年間継続することも可能です。ほてりの深刻な発作は、女性の仕事・生活と睡眠に影響を及ぼすこともあります。閉経後期の女性が性ホルモン治療を必要とする主な要因です。
- ③ 自律神経系の障害 症状としては、動悸、眩暈、頭痛、不眠、耳鳴りなど、自律神経系の障害症状があります。
- ④ 精神神経症状：注意力が集中しにくく、感情の変動が激しく、自我制御できないなどの感情的症状が挙げられます。

(2) 長期的症状

- ① 泌尿生殖路萎縮：膣の乾燥 性交困難及び再発性膣感染、排尿困難、排尿痛、尿意切迫など繰り返し発生する尿路感染症
- ② 骨粗しょう症：50 歳以上の女性の半数以上には、閉経後骨粗しょう症が発生します。一般的には、閉経後 5～10 年以内に発生し、椎体に一番よく見られます。
- ③ アルツハイマー病：老人性痴呆の各種症状として現れます。閉経後期の女性は、高齢男性より罹患率が高いです。
- ④ 心臓血管疾患：閉経後、女性の動脈硬化と冠状動脈性心臓病が閉経前より著しく増加します。

3. 閉経周辺期症状の影響要素

(1) 自身の状況：女性の月経状況、体重指数、血圧、飲食習慣と身体、運動などの状況は、閉経周辺期の症状、特にほてりの症状には、一定の影響があります。不規則な月経、頻繁な身体運動、比較的に高い収縮期血圧により、ほてりの症状が発生し易くなります。一方、大豆製品を食べることと、良い健康状況は、保護の役割を果たします。

第四部分 中高年

(2) 就職状況：就職していない人は、閉経期の症状の発生率が高いです。定年退職したばかりの(55~60)歳の女性は、仕事というよりどこかをなくしたため、社会的役割転換による寂しさと虚しさを感じ、不良な感覚を強め、生命の質をさらに低下させ、閉経期症状を際立たせます。

(3) 経済的収入：経済的収入の高い低いは、閉経周辺期の症状とは必然的な関係を持ちませんが、高所得の女性に閉経期症状も多発するのは、所得が高いぶん、仕事のプレッシャーも高くなり、精神・体力への負担が大きすぎて、精神的健康に影響が出るためと考えられます。

(4) 婚姻状況：配偶者との死別または離別という、マイナスな出来事は、更年期の女性にとって、比較的大きな心理的刺激となり、したがって、内分泌障害が悪化し、心身の健康にとって極めて良くなく、深刻な閉経期症状が起こりやすくなります。配偶者が健康で、性生活に満足することなどは、保護の役割を果たします。

(二) 保健及び治療

治療の目的としては、短期的症状を緩和し、骨粗しょう症、動脈硬化など加齢関連疾患の早期発見と効果的な予防を図る事ができます。

1. 保健

高齢女性は、体を鍛え続け、日照時間を増やし、十分なタンパク質及びカルシウム含有量が多い食べ物を摂取することにより、骨粗しょう症を予防することができます。睡眠が良くない時は、鎮静剤を適切使う事ができます。例えば、就寝前にエスタゾラムまたはオリザノールを服用し、自律神経機能を調節します。

2. 性ホルモン補充療法 (HRT)

比較的に目立った血管運動症状及び泌尿生殖路萎縮症状のある女性は、HRT を採用できます。骨粗しょう症を予防するための効果的な方法でもありますが、HRT は、医師の指導に従って、カスタマイズしたプログラムを採用する必要があります。例えば、薬剤の選択、レジメン、治療期間など、すべて医療監護下において調整する必要があります。専門医師は、女性の既往症及びその治療状況に基づいて、全身及び婦人科検査を行い、超音波検査に通じて、子宮の大きさ、子宮内膜の厚さ及び両側の付属器の状況を測定します。必要に応じて、子宮内膜の生検を行い、このほか、乳腺の超音波検査及び X 線マンモグラフィ検査も行います

(1) 禁忌症

①絶対的な禁忌症としては、既存または疑われる乳がん、子宮内膜がん、生殖路の異常出血、6ヶ月以内の活動性血栓病、重度の肝疾患などがあります。髄膜腫は、プロゲステロンの使用を禁止します。

②相対的な禁忌症としては、心臓病、偏頭痛、肝・胆道疾患歴、子宮内膜がん歴、血栓性疾患歴、良性疾患および乳がん家族歴などが挙げられます。

(2) 処方及び投与量の選択

主な薬剤は、エストロゲンで、プロゲステロンも補助的に使用できます。エストロゲンのみでの治療は、子宮がすでに摘出された者にのみ適用されます。プロゲステロンのみでの治療は、閉経過渡期の機能不全性子宮出血に適します。投与量およびレジメンはカスタマイズすべきで、投与量が最少で効果的なものが望ましく思われます。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

エストロゲンの使用は、原則として天然の製剤が望ましいです。常用するエストロゲンとしては、吉シウ酸エストラジオールに合わせて、エストロゲン、経皮吸収型 17 β -エストラジオール、ニレストリオールなどがあります。チボロンは、組織選択的エストロゲン活性レギュレーターであり、ラロキシフェンは選択的エストロゲン受容体レギュレーターです。2つの薬剤は、いずれも骨粗しょう症の予防と治療に使われます。エストロゲンの使用は、静脈血栓の発生リスクの増加につながります。プロゲステロン製剤には、酢酸メドロキシプロゲステロンまたは微粉化したプロゲステロンがよく使われます。

(3) 投与経路及びプログラム

経口投与のメリットは、薬の血液中濃度が安定していることですが、肝臓には一定の損害を与え、また、レニン基質及び凝固因子の発生を刺激することもあります。経口法のプログラムとしては、エストロゲン：定期的なプロゲステロンは、自然な月経周期をシミュレートし、比較的若い年齢の閉経早期の女性に適します。(エストロゲン：連続的なプロゲステロンは、閉経して長年経っている女性に適します。(エストロゲンのみでの治療は、子宮がすでに摘出された女性に適します。

胃腸管外投与は、ほてりを緩和し、骨粗しょう症を防止し、肝臓の初回通過効果を回避し、血液中脂質への影響が比較的小さいです。一般的には、エストリオール坐剤と、エストラジオール膣リングなど、また、エストロゲンクリームも合わせて、膣内投与が考えられます。

主として下部泌尿生殖路の局所的な低エストロゲン症状の治療に用いられます。また、例えば、パッチ及び貼付剤を週に1~2回使用するなど、経皮投与は、とても簡単で便利です。

薬の使用期間は、投与量が最少でかつ効果的な短期的投与が望ましいと考えられます。卵巣の機能が低下し始め、関連の閉経症状が現れた後、その使用を始めてよいです。治療期間は4年が望ましいです。定期的に評価を行い、利益がリスクを上回ることを確認しておかなければ、引き続き使用してはなりません。エストロゲン治療を止める場合、症状の再発を防ぐために、徐々に投与量を減少し、または断続的に投与し、次第に投与を停止することが一般的に提案されています。

(4) 副作用及び安全性

子宮出血は、性ホルモン投与によく見られる有害反応です。長期的にエストロゲンを単独で使用するにより、子宮内膜の異常増殖が起こり、子宮内膜がんを罹患する危険性が増加します。このような危険性は、投与の継続期間の長さ及び薬剤投与量に依存します。現在、有子宮者に対しては、エストロゲン・プロゲステロンを組み合わせる使用することが、リスク低減につながることを強調されています。また、エストロゲン・プロゲステロンを組み合わせた治療が5年を超えると、乳がんの危険性が増加することを指摘する資料もあります。

(5) 注意事項

- ①患者の意思を尊重し、自主の原則に従い、患者に有害反応及びそれに応じた措置を理解させます。
- ②使用期間：HRTは閉経過渡期から応用を開始してもよいです。
- ③HRTの使用期限：症状の緩和のために使うなら、短期的に即ち1~2年間、使用してもよいです。骨粗しょう症と心血管疾患の予防に使う場合は、長期的な使用が必要です。通常、5~10年使い続ける必要があります。HRTの禁忌症がなければ、一生HRTの投与を

受けることも考えられます。

④規則的な投与を行います：例えば、治療対象が負担できる価格の製剤を選び、記憶し易い方法を勧め、便利な相談サービスを提供するなど。

⑤定期的なフォローアップ訪問：一般的に、初回投与後の 4～8 週目にフォローアップ訪問を行います。以降、特別な状況がなければ、半年から 1 年に 1 回の頻度で実施します。

HRT を慎重に使用する必要のある者については、状況に応じて、フォローアップ訪問の回数を増やします。

第四部分 中高年

3. 非ホルモン系薬剤による治療

その他非ホルモン系薬剤による治療は、関連症状を緩和できます。塩酸パロキセチンの経口投与で、血管運動の症状及び精神神経症状を効果的に改善できます。(アミノ酸キレートカルシウムカプセルの毎日の経口投与は、骨量の減少を緩和できます。(ビタミン D の毎日の経口投与およびそれに合わせたカルシウム剤の使用は、カルシウムの吸収に有利に働きます。

二、性生活の指導

(一) 中高年齢者の性反応の特徴

1. 高齢男性の性反応の特徴

男性は、高齢期に入るに従って、反応サイクルのそれぞれの段階に変化が起こります。全体的な特徴は、勃起の遅延と、遅くて無力な射精、および消散期後の不応期が大きく延びることです。生殖器の機能変化は以下のとおりです。

(1) 陰茎

①興奮期：通常状況下では、若い男性の陰茎の勃起が極めて早く、性的刺激を受けてから 3～5 秒以内に平静状態から完全な勃起になることができます。男性が六、七十歳になると、この反応時間は少なくとも 2～3 倍に延び、年を取るほど陰茎が完全な勃起になるまでの所要時間は長くなります。かつ、高齢者の陰茎の勃起時の硬さは若年者のそれと比べ明らかに劣っています。一部高齢男性の陰茎は、射精に近づいた時でも完全な勃起ができません。一方、高齢男性の陰茎はいったん勃起すると、長時間射精しないことを維持できます。

②プラト一期：高齢男性、とくに 60 歳を超えた者は、射精寸前に達する前に、陰茎が完全に勃起できないことがしばしばあります。しかし、射精前には、亀頭がさらに充血し、陰茎の長さや直径が増加する反応は依然として存在します。

③オーガズム：オーガズムの際に、尿道周辺の筋肉が定期的に収縮・拡張し、また陰茎・尿道を伸ばします。尿道の拡張により、精液が尿道の前立腺部と尿道膜様部を通過し、外尿道口から射出されます。高齢男性の射精能力は、明らかに弱まります。例えば、若年男性の場合、その射程は、30～60 cmにも達しますが、50 歳を超えた男性の射精能力は明らかに低くなり、その射程はわずか 10～30 cmです。ときには、精液は外尿道口から射出されるのではなく、流れ出ます。

④消散期：消散期の不応期には、若い男性と高齢男性との間に、主に 2 つの相違点があります。ひとつは、年を取るにつれて、とくに 60 歳以降となると、不応期の時間が延びることです。(もう一つは、高齢者が射精後、陰茎の収縮は通常、非常に迅速なもので、射精後数秒間で陰茎が刺激を受ける前の平静状態に戻る可能性があります。

(2) 陰囊と睾丸

高齢者は、性的興奮の時ときに陰囊の反応が明らかに弱まり、陰囊の皮膚の厚さの増加と、収縮のいずれも顕著ではありません。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

50歳以降、睾丸の上昇反応も次第に弱まり、通常水準の1/3～1/2だけで射精が発生します。性的興奮期には、睾丸の充血・膨張も顕著ではなく、消散期には、睾丸の下降が迅速で、ごく一部はオーガズム期に引き込みが発生します。

(3) 射精

射精の過程は、2段階に分けられます。①精液は、付属生殖腺から尿道前立腺部に入ります。②精液は、尿道前立腺部から、尿道膜様部と海綿体部を通過して、尿道口から射出されます。第一段階には、付属生殖腺の収縮により、射精が避けられないという感覚が生じ、精液が今にも射出されると感じられます。2～3秒という短い間隔の後、どうしても抑えられないときに、精液が吹き出て、射精の過程が完成します。

高齢男性の射精の第一段階には、付属生殖腺の収縮反応が弱まり性交時には、前立腺の収縮が発生しにくくなります。こうなると、射精が避けられないという感覚は完全に消えることが可能で、2つの段階の射精過程は一体となります。射精の第二段階には、若い男性なら、排出的収縮の力を感じるだけでなく、精液が圧迫により陰茎の尿道を通過して射出されるという局所的感覚が体験できます。一方の高齢男性は、とくに勃起を比較的に長い間維持している場合、精液が射出されるのではなく、溢れ出るものです。若い男性が射精を終わろうとするときに尿道口から最後の一、二滴の精液が滴下する時の感覚と似ています。

2. 高齢女性の性的反応の特徴

女性は、高齢期に入ると、全身の組織に萎縮と老化現象が起こり、エストロゲン水準が極めて低く、それに応じてその生殖器とその機能にも変化が見られます。

(1) クリトリス

高齢女性は、興奮期にクリトリスの頭部の充血現象が弱まり、プラト一期の性的興奮の強度の増加とオーガズムの到来に伴い、クリトリスの頭部は、クリトリスの包皮の中に戻ります。このような反応は、年をとるに連れて減退することがありません。しかし、高齢女性は、オーガズム後数秒間でクリトリスの腫れが消えます。クリトリスの反応は、95歳まで続くことができます。

(2) 大陰唇

閉経期以降、体内ホルモン水準の低下により、大陰唇内の脂肪が減少し、萎縮弾性も劣化するため、若い時のように性的興奮の時に平たくなり、分かれて、充血するという反応が見られなくなります。性的刺激に対する大陰唇の反応は、高齢女性には通常消えてしまいます。

(3) 小陰唇

若年女性は、性的興奮期には、小陰唇の充血・肥厚が見られ、膣外部1～1.5cmまで腫れることもあります。一方、高齢女性は、性的刺激を受けた場合、小陰唇の充血・腫れが著しくありません。若年女性は、プラト一期には、小陰唇の色の変化が見られ、暗赤色から海老茶色になりますが、高齢期の女性には、このような変化がありません。

(4) バルトリン

バルトリンの分泌活動は、高齢期になると明らかに弱まり、分泌量が少ないため、性交時には、陰茎の挿入困難がしばしば起こり、陰茎を挿入しやすくし、性交中の不快感を抑えるために、パラフィン油などにより潤滑する必要があります。

第四部分中高年

(5) 膣

前述のとおり、高齢女性の卵巣のホルモン分泌能力の低下により、膣壁が薄くなり、髪が消えます。膣が短く、狭くなり、長さとは幅はそれぞれ正常の月経周期を持つ女性に比べ2～2.5 cmと0.5～1 cm減少しています。高齢女性の膣拡張能力の低下により、膣の乾燥が見られるため、興奮期における膣潤滑時間が長くなります。プラト一期は充血が弱まり、収縮能力も低下します。オーガズム期は継続時間が短くなり、オーガズムの回数も減少します。消散期は、膣が元の状態に回復するスピードが早くなります。

(6) 乳房

若年女性は、性的興奮時には乳房の充血・増大が見られます。このような反応は、年をとるに連れて次第に衰退していきます。研究によると、41～50代の女性の60%は性的興奮期に典型的な乳房増大反応が見られますが、57～60歳の年齢グループには、乳房増大の人数はわずか20%程度となりました。60歳以上の女性には、それが完全に消えました。年齢の増加に伴い、乳房は次第に緩み、乳房中の腺組織が減少し、乳房の充血に影響をおよぼすためと考えられます。一方、高齢女性は、性的刺激下で、乳首反応がまだ存在し、乳首が依然として立っています。ただし、オーガズム後、乳首立ちが消えるまでの所要時間は若年女性に比べてより長く、およそ1時間程度です。

(7) 尿道と膀胱

高齢女性は、オーガズム時に尿道口拡張との現象がしばしば見られます。高齢女性は、体内ホルモンの変化の影響により、特に、何回も出産した女性の場合、骨盤底筋弛緩がおこることがあるため、性生活に当たって、失禁現象が起こり得ます。また、一部高齢女性は、性交後数時間内に排尿するときに、尿道の灼熱感が起こり、とくに性交時間が長い場合にはこの現象が起こりやすくなります。これは、高齢女性の膣壁が薄く、性交時の陰茎のピストル運動による周辺の臓器への機械的作用を緩衝することができないためです。膀胱と尿道が刺激を受けた後引き起こされる排尿時の尿道の焼灼感により、高齢女性は、性交後、すぐ排尿したいと感じたりもします。

(二) 高齢者の性生活に関する注意事項

高齢者にとって、適度な性生活は心理的に必要なことであり、健康にも良いです。高齢者の体の変化にあわせて、性生活に当たって、以下の事項に注意してください。

1. 体脂肪の減少

高齢者の体脂肪が減少すると、寒さと暑さに対する体の調節能力も弱まるため、高齢者は、性生活に当たって、室温の調節に留意すべきです。冬なら、寒くならないように、夏なら、暑さで大量の汗をかき、虚脱することを避けたいものです。

2. 筋萎縮

筋肉の萎縮により、筋肉の収縮力が低下し、軽快さ及び耐久力が低下します。適切な運動により筋力を維持するように心がけたいものです。高齢者の筋張力が劣るため、腰・背中の筋肉痛、ひいては余計な筋損傷が起こらないように、動作が行き過ぎないように注意すべきです。

@

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

そのため、性生活に当たって動作が激しくならず、体位を早く変えないようにします。性交の時は、側臥位または端座位など、より楽な体位を選びます。

3. 反射の鈍化

神経伝導速度が遅くなることにより、高齢者の全体的な反射が鈍化するため、性生活に当たっては、高齢者に性的興奮の過程が緩やかなものである可能性があり、焦ってはならないと認識してもらう必要があります。これは、生理的変化によるもので、主観的な意思で変えられるものではありません。例えば、夫としては、妻が十分に興奮し、膣が十分に濡れてから、性行為に移行します。妻としても、夫の勃起が遅いからといってイライラせず、夫が興奮するように根気よく手伝うべきです。

4. 脳血流量低下

性交時には、首を曲げすぎて眩暈と失神を引き起こさないように気をつけます。

5. 呼吸困難

高齢者は、筋力の低下により、肺活量も低くなります。激しすぎる運動により、息切れが起こり、ひいては呼吸困難にまで悪化することがあります。そのため、性交体位の選択はととても大事です。側位なら、双方とも相手の体重を負うことなく、呼吸の安定性を維持することができるため、側位が望ましく考えられます。

6. 心機能低下

高齢者は、心拍出量が30%~40%減少することがあります。運動後、正常の心拍数に戻るまでの所要時間も長くなります。末梢血管抵抗も年をとるに連れて増加し、さらに心臓からの血液の射出が困難になります。したがって、過度の緊張と過度の激しい運動を避けることは、高齢者にとって、安全上の意味があります。このように、心血管系の余計な負担が避けられ、事故が予防されます。注意すべきなのは、性交時または性交後、息切れ、動悸などに気づいたら、心筋損傷の可能性があるため、性生活を一時停止するほか、速やかに医師の診療を受けるべきです。

7. 生殖器系自身の変化

高齢女性の卵巣はエストロゲンを生成しなくなり、高齢男性はテストステロンが明らかに低下します。老衰しているという事実を平気で理性的に受け入れ、正常の性的老衰について正しく認識します。老衰により性欲が喪失されるという誤った言い方を盲信せず、性機能が正常であるという自信を持つべきです。高齢者は、性生活に当たって、力相応に行い、必要に応じて、性に関する指導や教育を受けることもできます。性科学者は、高齢者の性的活動について、性行為だけでなく、感情的な交流も心がけることを勧めています。より大切なのは、性愛です。お年寄り夫婦が互いに心遣いし、時には正常の性生活を行うことは、お年寄り夫婦双方の体の健康を促進し、心身の疾患の発生を低減するのに有利に働くことが確かです。

(三) 高齢者が性生活の際に留意すべき精神的健康問題

性生活にかかる精神的健康は、高齢者にとってより重要です。一般原則としては、

第四部分中高年

1. 性生活が人間の本能と知ること

高齢者は、性的要求と性行為があることが正常の生理的・心理的現象であると認識すべきです。高齢者は男女を問わず、性の神秘感や性の不潔感、性の罪悪感、性の冒瀆感、性の劣等感など種々の抑制心理を捨てるべきです。性生活は、人間の権利であり、人間の本能でもあることと認識すべきです。性的活動は、人間に一生伴う正常の生理的活動であり、定年退職により中止することはありません。幸せな性生活は、家族の中の夫婦関係の重要な構成部分であり、健康・長生きの要素の一つでもあります。悔しくも恥ずかしくも感じることはありません。

2. 性的活動における不平等の考え方の打破

性的活動における男尊女卑という不平等の考え方を打破します。女性は、男性と同等に性欲を表現する権利があります。女性は、自分の性行為を支配する権利があり、その能力を持っています。また、女方が積極的になることは、往々にして双方が性生活で満足することに有利であり、高齢者夫婦の性生活ではさらに重要です。夫により起こされる性的活動に慣れている高齢女性は、長年間の性生活モデルを変えて、能動的に夫に性的刺激を与えることについて気難しく感じるかもしれませんが、男性が年をとると、勃起反応速度が遅くなり、その性覚醒の動力は、妻が性生活で能動的に刺激する能力にもっと依存するようになります。高齢者の婚姻における性的活動を続けるなら、高齢者夫婦のうちの女性側は性生活に関して従来方式より能動的な姿勢を取らなければなりません。

3. 生理的差異と心理的差異の認識

高齢者は、男女の性的反応における生理的差異と心理的差異及びその老衰後の変化の様相を認識し、このような様相に適応すべきであり、自然法則に背いてはなりません。高齢者は、性生活に当たって生理的感受性の強さが低下し、双方は精神的共鳴を追求すべきです。愛情は、婚姻の土台ですが、愛情は、肉欲と性愛だけにとどまるものではありません。この他にも、同感、理解、尊重、支援があります。これは、夫婦が幸せに生活するための根本的条件であり、完璧で調和的な性生活の根本的条件でもあります。

4. たまに性生活に満足しないこともごく自然なこと

若い夫婦でも、たまに性生活に満足しないことがあってもおかしくありません。高齢者夫婦なら、当然ありえます。人間の性生活は、多方面の要素に影響されているためです。平気で向き合い、積極的に原因を究明し、是正すれば、満足の行く性生活は回復され、さらに改善されることもあり得るでしょう。多くの高齢者は、一回や二回の性生活が失敗したことで年をとった、役立たなくなったと思い込んで性的活動を中止してしまいます。そうする必要はありません。

性生活が調和を失ったら、または一方に性機能障害があったら、文句を言っただけならず、また、それとなく配偶者への不満または軽視をほのめかしてはなりません。これでは相手の心理的負担が重くなるだけで、望まぬ結果を招き、ひいては性関係または婚姻関係の破局に繋がりがかねません。この際は、より多くの関心、心遣いを与え、積極的に治療を求め、相手の性機能が回復されるまで根気よく待つのです。

5. 高齢者の性生活の頻度

米国の性的医学の専門家によってまとめられた計算式は非常に実用的です。すなわち年齢×9、例えば60歳×9=540です。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

即ち 60 歳の方は、50 日以内に 4 回の性生活が望ましいということです。この計算式は、若年者にも適用されます。

三、安全・適宜な避妊方法の指導

(一) 閉経周辺期の女性には、まだ避妊が必要

卵巣の機能低下 数年間経ってもその間、依然として排卵が起こります。高齢女性に妊娠の可能性が依然として存在し、かつ、妊娠後、妊娠を継続しても人工的に中止しても、高齢女性にとって、リスクが増加するため、避妊の継続を強調したいものです。

1. 閉経周辺期の女性にも妊娠の可能性がります。

閉経周辺期に入った女性は、卵巣機能が次第に低下し、排卵が減少し、月経が不規則になります。この時期は、40 歳前後から開始し、短い場合は 1～2 年、長い場合は 10 余年間継続します。生活水準の向上に伴い、女性の閉経年齢は大幅に遅くなり、55～60 歳になっても月経があるケースもあります。この時期は、絶対に排卵しなくなるわけではなく、排卵があり、比較的規則的な性生活があるかぎり、妊娠は避けがたいものです。世界保健機関から提供される資料によると、月経が乱れ始める一時期には、40～44 歳の女性の毎年の妊娠確率が 10%前後で、45～49 歳の女性は 2%～3%となります。

高齢女性が妊娠を継続する場合のリスク

女性は、40 歳のとき、特に 45 歳以降になると、妊娠した場合、健康状況の変更により、胎児と母体自身が妊娠・分娩の過程でのリスクを高めます。資料によると、40 歳以上の女性の卵巣は、不健全な卵子を発生しやすく、または卵巣で分泌されるホルモンの障害により、妊娠時のモル妊娠の発症率が若年女性より 4～7 倍高くなり、また、モル妊娠が悪性モル妊娠または絨毛上皮がんになるリスクも若年女性より 6～10 倍高くなり、予後もより思わしくありません。専門家はさらに、50 歳を超えた孕婦のモル妊娠の発症率が、50 歳以下の者より 3～6 倍高いと指摘しています。50 歳以上の孕婦は妊娠した場合、20%～30%がモル妊娠となります。よって、年齢が増えるほどモル妊娠の可能性及び悪変の危険性が大きくなります。

妊娠を継続する場合、高齢妊婦が妊娠期高血圧疾患を患うリスクと糖尿病の合併症のリスクが増加し 妊娠期高血圧疾患は、胎盤の早期剥離につながります。何回も妊娠したまたは中絶した経験のある高齢妊婦は、前置胎盤と胎盤癒着のリスクが増加し、同時に、高齢産婦の体力とストレス耐性の低下により、骨関節と靭帯の筋繊維の弾力性の劣化などで、異常分娩及び分娩後出血の発生率もそれに応じて増加し、女性の健康ひいては生命が脅かされます。

3. 人工中絶のリスクの増加

高齢女性の妊娠は、多くの場合、本人の意思によるものではないため、人工による中止を必要とします。高齢女性が心臓血管疾患を罹患するリスクは、年をとるに連れて高くなり、薬による中絶の選択肢が限られるようになります。比較的 safety とされる早期妊娠の吸引中絶法でも、人工中絶症候群の発生率を高めまたはその深刻さを増すことがあり、心臓血管疾患のリスクもあります。さらに、無痛人工中絶の時の静脈麻酔のリスクも増加します。なお、高齢女性の生殖器が萎縮し始めているため、中絶手術における膣と子宮頸の拡張を困難にするだけでなく、女性の苦痛を大きくすることもあります。

第四部分中高年

さらに、多くの高齢女性の腹壁が厚すぎるため、婦人科検査や手術の操作に不便をもたらします。更年期の女性の月経障害は、しばしば妊娠の症状を典型でないものにし、妊娠が中期に進展すればようやく発見され、妊娠を中止することがもっと難しくなり、リスクも増加します。

(二) 避妊法の指導

わが国の出産年齢の女性の避妊率は、83%にも達しています。避妊措置をとった夫婦のうち、約40%が不妊手術を受けています。その他長期的またはルーチンな避妊措置をとった高齢女性は、閉経までに既存の方法をそのまま利用して避妊することができます。それぞれの避妊方法を高齢層で使用される際の注意事項は以下のとおりです。

1. 子宮内避妊器具 (IUD)

すでに IUD を使用している女性は、閉経周辺期には有害反応がない限り、引き続き留置しても良いです。45 歳以上の女性は、閉経までの年数が少ないため、銅付加 IUD をどれほど装着しても交換の必要はありません。明らかな出血や疼痛などの副反応がある場合、特に出血が多すぎる時は、早期に取り出すことが考えられます。出血のために除去する女性は、除去と同時に子宮内膜の病理的検査することを推奨します。最後の一回の月経が来てから半年以上たっても月経がない女性は、ほとんどの場合そろそろ閉経することから、除去を検討します。閉経して両年以上経つと、子宮頸と子宮体が次第に萎縮し、子宮腔が小さくなり、子宮頸と子宮口が狭くなるため、除去がさらに困難になります。閉経して両年後除去する場合は、資格のある医療または計画生育サービス機構で経験のある医師に十分な準備の上取り出してもらうと良いです。

2. ステロイドホルモン避妊法

わが国で現在用いられているエストロゲンとプロゲステロン含有の複方避妊法は、主として短期間作用型の経口投与の避妊薬および月に一回の避妊注射といった2つの避妊法です。すでに出産したことのある女性の中では、その使用が比較的少ないです。このような避妊法の中のエストロゲンは、心血管系疾患に不利な影響があるかもしれませんし、年齢が増えるに連れて、心血管系疾患のリスクも増加するのです。年齢の増加とエストロゲンとの二重作用を考慮し、世界保健機関の医学的基準に基づいて40歳以上の女性は、複方避妊法を慎重に使用する必要があります。他の心血管系疾患の危険要素、喫煙、糖尿病、高血圧がない女性なら、複方ホルモン避妊薬を閉経まで使用し続けても良いです。海外では、閉経周辺期に複方の経口投与の避妊薬を服用し続ける女性の骨密度の状況が避妊薬を服用しない女性より良いと認められたことが報告されています。

皮下埋め込みとプロゲステロン放出の IUD、ミレーナのいずれも単純なプロゲステロンによる避妊法であり、安全性がより高いです。45 歳以上の高齢女性でも安心して使用できる。DMPA も単純なプロゲステロンによる避妊法ですが、注射の投与量が大きく、45 歳以上の女性の場合、慎重に使用する必要があります。単純なプロゲステロンによる避妊法は、不規則な膣出血または閉経を引き起こすことがあり、閉経周辺期の月経が混乱したり、より複雑になったりします。同定、処置に支障がある場合、避妊法を中止してから月経の変化状況を観察すると良いでしょう。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

3. 膣避妊法

遮断避妊法と殺精子剤は、その避妊の効果に関して、高齢女性が達成すべき効果的な避妊の要求を満たせない場合が多いですが、このような方法はいずれも膣に対する潤滑作用を高め、性生活の質の改善に貢献できます。高齢女性の膣粘膜の萎縮により、性感染症にかかりやすくなり、本人または配偶者に複数のセックスパートナーがいるハイリスクグループについては、コンドームの使用を強調すべきです。

4. 安全日と膣外射精

閉経周辺期の女性の卵巣機能の低下により、排卵が不規則になり、生殖器その他部位の定期的な変化もますます目立たなくなるため、高齢女性は必ず、妊娠しやすい時期を知る方法で避妊してはなりません。膣外射精は、人為的な制御を必要とし、また、失敗率が高い避妊法でもあるため、効率的な避妊を求めるべき高齢女性のニーズを満たせません。

健康相談

このユニットの内容のうち、比較的デリケートなのは、中高年の性生活の指導です。サービス対象であれ、サービス提供者であれ、性的トピックを議論すると、抵抗感を感じる場合があります。中高年のサービス対象は、性に対する疑問と抵抗感のため、なかなか口にできません。相談スタッフは、性生活の指導に対する中高齢者の需求を観察・識別し、中高年夫婦の緊張した関係や、どちらかが落ち込んでいる状況に関して、性的トピックに鋭く気づき、自ら進んで性生活の状況を聞き、または他の事例をきっかけに議論をさせるようにすべきです。性的トピックを議論するとき、健康教育であれ、相談サービスであれ、そのサービス提供者は、真摯な態度とわかりやすい言葉をもって対応します。ただし、下品であやふやな言葉遣いは避けたいものです。性生活に対する指導は、根気と継続が大切で、また、サービス対象の信頼と協力も必要です。問題が解決されれば、中高齢者本人とその家族にも少なからず役立つでしょう。

Q&A

性ホルモンの変化は、どうして閉経周辺期の一連の症状につながりますか？

閉経周辺期内の分泌の各種の変更は、年齢の増加によるものである一方、卵巣のステロイドホルモンの分泌変更によるものでもあります。体内の内分泌の水準は神経系と免疫系の機能状態に直接影響を与えています。エストロゲン受容体は、生殖器系と第二の性器だけでなく、体中の多くの部位にも存在します。例えば、心筋冠状動脈、頸動脈、脳膜、主動脈、骨格、皮膚、脂肪、泌尿器、腎臓と肝臓には、エストロゲン受容体が存在します。エストロゲンは、脂肪、糖分、タンパク質および骨の代謝に関与するため、エストロゲンは、女性の健康維持と老衰の遅延にとって特殊な重要性があります。閉経周辺期の女性は、卵巣機能の低下のため、エストロゲンの水準が低下します。これは、全身の各臓器と組織のある機能上ひいては形態上の変更をもたらし、多くの病理学的、生理学的変更及び一連の臨床症状を引き起こし、さらに、血管運動症状、生殖泌尿症状、心理面の症状など、閉経周辺期症候群の症状を引き起こしかねません。

第四部分中高年

約 84%の女性は、少なくとも 1 種の典型的な閉経期症候群の症状を経験し、約 20%の女性は閉経期症状のために、診療を受けなければなりません。症状の発生の早い遅いによって、初期、中期、後期の臨床症状に分けられます。

2. ホルモン補充療法 (HRT) は子宮内膜がんのリスクを増加しますか？

現在、長期的にエストロゲンを単独で使用することが、子宮内膜がんの発生率を高めるという見方は一致していますが、エストロゲンにプロゲステロンという HRT (EPT) プログラムは、内膜がんの発症リスクを高めることはありません。エストロゲン・プロゲステロンを併用した投与はその子宮内膜がんの発生率が 29.1/10 万で、一方、併用投与していない者の発生率は 245/10 万にも達しています。2005 年の第四回アムステルダム閉経シンポジウムで発行された性ホルモン療法の臨床応用ガイドラインでは、1 ヶ月に 12~14 日間のプロゲステロンの逐次併用投与と EPT の長期的で連続的な併用は、子宮内膜がんの予防作用があります。一方、長期間の EPT (3 ヶ月ごとに 1 回のプロゲステロンを追加で使用すること) が、内膜に対する十分な保護を提供できるかどうかについては、まだ検証されていません。また、非経口投与の投与経路の採用を考慮しても良いです。

3. HRT 血栓性疾患のリスクは増加しますか？

現在、EBM (科学的根拠に基づく医療) の評価によると、HRT は確かに静脈血栓症と肺塞栓症のリスクが増加すると認められています。血栓性疾患は、HRT 禁忌症とされています。経口投与の避妊薬の使用歴は、アンチトロンビンとプラスミノゲンを減少し、よって、血栓症を引き起こしやすくなると考えられていますが、実際、HRT と経口投与の避妊薬に用いられるホルモンの種類及び製剤に大きな差異があり、血栓症を引き起こすのは、殆どの場合、合成エストロゲンに関係し、かつ、用量-効果関係を示しています。現在のところ、HRT に使用される天然エストロゲンが凝固因子にどのような影響を及ぼすかについては、まだ証拠がありません。このようなリスクについては、白人やアジア人へのホルモン治療における血栓症のリスクの差異など、種族によってリスクが異なるかどうか、さらに研究する必要があります。なお、治療法によって、リスクは異なります。研究によると、エストロゲンの経皮投与による血栓症のリスクが低いとのことですが、これについては、さらなる研究と検証が必要となります。ただし、念のため、血栓症の既往歴のある女性は、HRT を慎重に使用する必要があります。

4. 男性にも更年期があるのですか？

人間の老衰は、性腺の機能と密接な関係があります。男性は 45~55 歳の間に、早かれ遅かれ睾丸の機能が徐々に低下していきます。往々にして他の臓器の老衰の前に起こります。視床下部、下垂体、副腎、性機能などの問題はいずれも睾丸の老衰と関わっています。アンドロゲンの減少で現れる、自律神経の機能障害を特徴とする一連の症状は、中高年アンドロゲン不全症候群、または男性の更年期と呼ばれます。一部の者は更年期に少しも気づかず、無事過ごすことができ、(体の調節・均衡と適応能力が低く、症状が目立っている者) もいます。約 1/3 の男性が治療を必要とします。男性の更年期の診断に当たっては、まず、うつ病、神経衰弱、脳動脈硬化、高血圧症など各臓器に起こりやすい器質性病変の可能性を除外する必要があります。

男性の更年期によく見られる症状としては、主として、

- ①精神・神経症状：神経過敏症、焦りやすい、怒りやすい、倦怠感、記憶力と注意力の減退、睡眠の減少、しびれ、うずき、恐怖感、孤独感、些細な事に悩みやすい。
- ②血管調節障害、全身熱感、頭痛、眩暈、動悸、手足の冷え

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

③性機能の減退、性的無関心、勃起機能障害

上記臨床症状について、相談にあたっては、中高齢者に、自己制御と楽しくて安定的な感情の維持を勧めます。また、精神的な外傷を減らし、ある程度の運動を行い、疲れ過ぎないように注意します。脂肪と糖類の食べ物を抑え、性生活を適度行います。性生活を最低限の生理的欲求の範囲内に抑えます。必要に応じて、医師の指導の下、アンドロゲンを適度補充してもよいでしょう。

5. 高齢者には、どうして性愛が必要不可欠なのですか？

従来の考え方では、性に対する人間の興味が年をとるに連れて減少し、健全な思想を持つ中年者は、次第に性生活に飽きて、高齢者は、性欲を根絶すべきであると考えられています。実際、これは客観的事実に反したものです。観察によると、長生きするほとんどの高齢者は、生活の良い習慣に加えて、夫婦関係が睦まじく、精神的に愉快で、互いに心遣いをして、婚姻と性生活が円満に営まれています。これは、たしかに健康・長生きの良薬です。年を取ると、生理的変化には抗えないものの、社会的要素なら、心理的作用として現れます。一方、心理的変化は、調節が可能です。高齢者にとって心理的要素の影響は、しばしば生理的要素を上回ることが発見されています。楽しくリラックスしているときは、内臓の機能が安定しており、調和がとれています。(感情が消極的で抑うつなときは、体の生理的活動に異常な変動が起こり、また、疾患が招かれることもあります。楽観的で愉快な心持ちを維持するためには、休養を積み、広い心を持ち、人生に自信を持ち、人間関係をうまく保つ以外に、積極的に適度の性生活を維持することも重要です。適度の性生活による刺激で、大脳の神経系が調節され、体の適応性が強くなり、生理的機能が均衡を保ちます。性腺の分泌は、性機能を確保する以外に、造血代謝と水・電解質の平衡にも貢献します。性生活は、高齢者の生理的欲求を満足するだけでなく、互いに慰め、感情の交流をさせるなど、心理的影響もあり、高齢者の自信と生命活動を強化し、高齢者の心身の健康に有利に働きます。そのため、お年寄りの皆様であれ、他の社会メンバーであれ、偏見を捨てて、お年寄りの性への興味と性的要求を理解・尊重すべきです。高齢者の性的欲求不満は通常、直接の形で現れるのではなく、高齢者の多くの病気と家庭不和の背後には、性に飢えているという潜在的な問題が隠れていたりします。相談要員には気づいてもらいたいものです。

膨満感解消欲は排泄欲とも呼ばれ、体内に分泌物が充満した後、膨満感が生じて、これを排泄せざるを得ない欲望を指します。例としては、男性の勃起・射精と女性の生殖器の充血と分泌物の増加が挙げられます。排泄欲は年齢の影響を受けます。高齢者には、排泄欲の回数が著しく減ります。高齢者夫婦にとっては、愛情の交流以外に、互いの愛撫、抱擁及び性器の刺激など接触欲の満足も重要です。お年寄りには上記の、性交には必ずしもつながらない性的活動によって、相手へ感情を表現し、相手の感情を受け入れ、老後生活を楽しむことができます。これは、体の健康、感情の調和および孤独感の解消にとっても役立ちます。

6. 高齢男性の陰茎の勃起が遅いのは、勃起不全の兆しですか？

高齢男性の陰茎の勃起が遅いのは、老衰に伴い自然と発生する性機能の変更です。勃起不全の兆しでも性機能がそろそろ喪失される印でも何でもありません。低下していく過程であり得る正常現象なのです。

一般的には、若い男性の陰茎の勃起は非常に早く、陰茎は、どんな形の性的刺激を受けてもわずか3~5秒で刺激を受けなかった時の刺激状態から、完全な勃起になることができ

ます。

3

第四部分中高齢

男性が50歳を過ぎて、60歳ひいては70歳になると、陰茎は、平静から完全な勃起までの所要時間が少なくとも若い時の2倍となり、ひいては3倍にまで延びることもしばしばあります。男性は年をとるほど陰茎が完全な勃起に達するまでの時間が長くなります。高齢男性は、性生活に当たって一旦陰茎が勃起すると、しばしば射精することなく長い時間の勃起を維持することがあります。これは、年齢の増加に関するものと考えられます。なお、若い男性は、性的反応サイクルの興奮期に、完全勃起後の時間が長すぎると、勃起が部分的に消退することがあり得ますが、再び完全に勃起することができます。性的反応サイクルには、このようなことを何回も繰り返す事が可能です。60歳以上の男性は完全勃起に達した後、射精せずに勃起が消退した場合、再び十分な勃起が困難となり、また、完全に再勃起できなくなる可能性もあります。いわゆる継発性不応期です。

要するに、高齢男性は、陰茎の勃起が遅く、勃起を維持する時間及び勃起がなくなった後で再度勃起する能力にも変化がありますが、異常現象ではなく、高齢者の正常反応によるものであるため、心配するまでもありません。

7. 高齢者の性生活が適度である基準は？

一部高齢者は、具体的な状況もわきまえずに、性的欲求に溺れることは体に良くないと絶対的に信じています。その結果、性的要求があるのに性生活を控えるはめになります。性的欲求に溺れることとは一体どういうことなのか、はっきり分かっていないわけです。とりわけ、どのような方式、頻度、時期でやれば性的欲求に溺れることになるかについては、正しく認識していないのです。+

現代の性的医学の視点からすれば、性的能力が次第に低下することを認め、それに注意する一方で、高齢者の性生活の正常の頻度を判断する基準は、中青年の基準と基本的に同様です。そのため、高齢者でも中青年でも同様に、性生活の回数の判断には、主として3つの原則があります。

(1) 性欲は、自然とかき立てられて性交したいほど強まったものです。どんな無理な性交または通り一遍の性交でも、過度と考えられます。

(2) 性交の全過程は、自然と進められ、完成するもので、不快感がありません。

体と心理上の不快感がなければ正常と考えられます。

(3) 性交後、睡眠に影響がなく、なお、翌日の精神状態も正常の範囲内におさまります。そのため、お年寄りの方は、人とむやみに比べるのではなく、自らの感覚で判断すべきです。人より多いほど良いわけではありません。また疑問があるなら、性の心理学の外来医師に相談すると良いでしょう。

各種高齢者の病気の患者は、一般医師のアドバイスに加え、とりわけ性的医学の医師に相談すべきです。例えば神経系と精神面の一部疾患については、適度で調和的な性生活は補助療法として役立つことがあります。性生活が適してないように見えても、性的医学の医師の正しい指導のもと、盲目に性生活を中止しなければ、往々にして治療に役立ったりします。

8. どうして射精に対する高齢男性の要求は減るのですか？

男性の老衰過程で、性的モデルに生じる最も重要な心理的・生理的变化は、その射精への要求の減少です。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

一般的には、60歳の男性が、1週間に平均1~2回性交する場合、しばしば二、三回に一回、射精の要求が生じると考えられます。しかし、毎回の性交を射精で終わることができないわけではありません。無理して、または女性の希望に応じて毎回射精することはできますが、自分の意思では、二、三回の性交に一回の射精経験があれば、個人の欲求が満足できます。このような射精の欲望は、よく勃起を達成・維持する能力にはふさわしくないものです。このような生理的特徴は、男性の性機能の行使の効果的な延長にとって重要な意味があります。射精しなければ、すぐ勃起能力を再び獲得し、性的活動を続けることができますが、一旦射精すれば、不応期が著しく延びるため、再び勃起するには、しばしば数日間ひいてはもっと長い時間を待たなければなりません。しかし、多くの女性はこの事実を知らず、夫が射精しなければ女としての任務が果たされていないと誤解しています。そのため、50歳以上の夫婦は、性的テンションの放出への要求に関して、配偶者の判断に任せるといいでしょう。そうすると、性生活は定期的に行われ、また、双方の性への興味は満たされます。女性の性への興味の範囲は広く、何回ものオーガズム放出を求めるものもあれば、陰茎が膣に挿入した後、性的テンションを高めるために、どんな動作もしてほしくない女性もあります。

第四部分中高年

ユニット2 よく見られる病気の対策

中高年女性は、卵巣機能が完全に消えるまで次第に減退するため、視床下部、下垂体、卵巣軸の活動は、まず変動し、最後に完全に消えます。男性は、睾丸の機能が次第に減退し、消えます。その症状としては、初期には、生殖能力と性生活への要求の低下と月経不調で、中期になると、性器の進行性萎縮と次第に老衰することが、泌尿生殖器系の劣化性疾患として現れ、長期的には、骨粗しょう症、糖質脂質の代謝異常疾患、心血管系疾患及び加齢性認知症として現れ、中高年齢層の正常の仕事と生活に深刻な影響を及ぼしています。また、年齢の増加に伴い、体の各臓器の機能は次第に弱まり、免疫系の機能は低下します。この時期は、感染性疾患と腫瘍が多発する段階でもあり、中高年齢層の生命と生活の質に対して大きな脅威になります。そのため、中高年齢層のよく見られる病気の対策はとても重要です。

目標

一 全体目標

中高年の生殖器は次第に萎縮し、生殖能力が次第に低下すると同時に、その他臓器と機能の衰弱も伴います。この段階は、腫瘍、前立腺疾患、心臓脳血管疾患、糖尿病、認知機能障害、感染性疾患及び心理性疾患が多発する時期であり、健康教育相談サービスと優れた技術サービスによって、中高年齢層にこの段階での生理的・心理的発達の特徴を理解させ、疾患の基本知識と予防措置を把握させ、良くない生活習慣を改めさせ、予防を中心に、定期的に健診を受けさせ、早期診断を実施し、資格のある、システムチックな治療を受けさせて、これによって、中高年齢層の生活の質を高めます。

二 具体的目標

1. 雑誌、新聞、科学知識普及のための本、専門講座など、様々なレベル・形での健康教育で、この時期の心理的・生理的特徴に対する中高年齢層の認識を深め、中高年保健の基本知識と、中高年齢層によく見られる疾患及び慢性疾患のハイリスク要素の特徴と予防措置を理解させ、科学的な健康理念を普及させます。
2. カスタマイズして、対象を明確にした相談サービスによって、関連疾患のサービス情報に対する中高年齢層のニーズを満たし、中高年の人々が能動的に疾患の早期発見に取り組み、適時かつ正しく医療を求めることができるように支援します。
3. 良質かつ規範的な健康診断サービスを提供し、関連疾患のスクリーニングとフォローアップ訪問を確実に実施し、中高年齢層の生理的・心理的その他よく見られる疾患の効果的な診断・治療を図ります。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

健康教育

一 よく見られる婦人科疾患

(一) 機能不全性子宮出血 (DUB)

1. 原因と類型

無排卵性 DUB は、閉経過渡期によく起こります。卵巢機能が低下し続け、下垂体性腺刺激ホルモンに対する卵巢の反応性が低下し、卵胞の発育が阻害されるため、排卵ができなくなります。子宮内膜は、単一のエストロゲンの刺激を受けて、また、プロゲステロンによる対抗がなく、エストロゲン破綻出血または消退出血が起こります。エストロゲン破綻出血には、2つのタイプがあります。ひとつは、断続的な少量の出血(ひとつは、長い間の閉経の後、急性の破綻出血が発生し、出血量が非常に多いものです。

子宮内膜には、程度が異なるものの、増殖性変化が起こり、ごく一部は、萎縮性変化を呈します。主に3つのタイプがあります。

(1) 子宮内膜増殖症。更に単純型増殖(子宮内膜腺がんに進展する確率はわずか約1%です)、複雑型増殖(約3%は、子宮内膜腺がんに進展します)、典型的でない増殖に分けられます。

(2) 増殖期子宮内膜

(3) 萎縮型子宮内膜

2. 症状及び徴候

無排卵性 DUB 患者には、様々な臨床症状があります。臨床上最よく見られる症状は、子宮の不正出血です。徴候としては、月経周期障害、月経周期の不一致、月経量の不定または増加、ひいては大量出血があります。出血の期間中、通常、腹痛または他の不快感がなく、出血が多く、または期間が長い場合、しばしば貧血が続発します。大量の出血は、ショックを引き起こすことがあります。出血の特徴によって、異常な子宮出血には、

(1) 月経過多：周期が規則的で、月経周期が7日以上にまで延長します。または月経量が過多(80ml以上)になります。

(2) 子宮不正出血過多：周期が不規則で、月経周期が延長します。月経量過多になります。

(3) 子宮不正出血：周期が不規則で月経周期が延長しますが、月経量は正常です。

(4) 頻繁すぎる月経：月経が頻繁に発生し、周期が21日以下まで短くなります。

3. 検査及び診断

診断には、除外法を採用します。除外すべき状況または疾患としては、妊娠関連出血、生殖器腫瘍、感染、血液系及び肝臓・腎臓など重要臓器の疾患、甲状腺疾患、生殖器系の奇形、外因性ホルモン及び異物による不正出血などがあります。主として既往歴、健康診断及び補助検査によって診断します。

第四部分中高年

(1) 既往歴

異常な子宮出血の種類、発症時間、病気の経過、出血前に無月経歴の有無及び以前の治療の経過を詳しく把握します。患者の年齢、月経歴、結婚・出産歴、避妊措置、ホルモン系薬剤の使用歴及び全身ならびに生殖器系に肝臓病、血液病、糖尿病、甲状腺機能亢進症または低下症など関連疾患の有無に留意します。

(2) 健康診断

婦人科検査と全身検査が含まれ、生殖器及び全身性の器質性病変の可能性を除外します。

(3) 補助検査

- ①子宮内膜サンプリング：診断的搔爬または子宮内膜生検
- ②超音波検査：経膈超音波検査によって、子宮の大きさ、形状、子宮内膜厚さ及び子宮腔内の病変などを把握できます。
- ③子宮鏡検査：子宮鏡の直視下で、病変エリアを選択し生検を行います。
- ④基礎体温測定：基礎体温は单相型を呈し、排卵がないことを示します。
- ⑤ホルモン測定：血液中プロゲステロン値を測定し、近頃に排卵の有無を判断します。血液中テストステロン、プロラクチンの水準、及び甲状腺機能を測定し、その他内分泌疾患の可能性を除外します。
- ⑥妊娠試験：性生活歴のある者は、妊娠試験を受けるべきで、妊娠及び妊娠関連疾患の可能性を除外します。
- ⑦子宮頸の細胞学的検査：子宮頸がんの可能性の除外。
- ⑧病原体感染検査：若くてき性活動の多い者に対しては、淋菌、ウレアプラズマ-ウレアリチカム、マイコプラズマホミニスおよびクラミジアトラコマチスの検査をすべきです。
- ⑨赤血球数及びヘマトクリット値測定：貧血の状況を把握します。
- ⑩血液凝固機能測定

DUB を診断する前に、生殖器病変または全身性疾患による生殖器出血を除外しなければなりません。

4. 治療

(1) 一般的な治療：貧血者は、鉄剤、ビタミンCとタンパク質を補充します。深刻な貧血の場合は、輸血が必要です。長時間流血する者には、抗生物質を与えて感染を予防します。出血期間中、栄養を強化し、過度の疲労を避けて、十分な休憩を確保します。

(2) 薬物療法：DUBのファーストライン治療は薬物療法です。思春期及び出産年齢における無排卵性DUBについては、止血、周期調整、排卵促進を中心とします(閉経過渡期DUBは、止血、周期調整、月経量減少、子宮内膜病変の防止を治療の原則とします。性ホルモンによる止血と月経周期の調整がよく用いられます。出血期には、血液凝固促進と線維素溶解系阻害薬を補助的に使用し、止血を促進します。

(3) 手術による治療：急性出血過剰または子宮内膜がんのハイリスク要素のあるDUB患者については、搔爬術を採用します。(月経量の多い閉経過渡期DUBと経ホルモンによる治療が無効で出産の要求のない出産年齢のDUB患者は、子宮内膜摘出術を採用します。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

患者は、各種の治療を受けても効果が良くなく、DUB 治療のためのあらゆる可能な方法を理解した後、患者と家族が状況を知った上で子宮摘出を選択することができます。DUB のために子宮摘出術を受けたのは、子宮摘出術の約 20% を占めています。

(二) 骨盤臓器脱

女性生殖器の正常位置の維持には、骨盤底の多層の筋肉、筋膜及び子宮靭帯の正常な解剖と機能が重要です。骨盤底の組織の劣化、外傷、先天性形成異常またはある疾患による損傷によって、張力が減少するため、その支持機能が弱まり、女性生殖器と隣接の臓器が下へ移動します。これは、骨盤臓器脱と呼びます。前膣壁脱、後膣壁脱と子宮脱があります。骨盤臓器脱の危険要素としては、妊娠、経膣分娩の損傷、長期的な腹圧増加（肥満、咳）、先天性不全及び骨盤底の筋肉の劣化、弱まりがあります。骨盤底臓器を支える骨盤底の筋肉組織の構造・機能異常が主な要素です

1. 前膣壁脱

前膣壁脱には、膀胱脱と尿道脱がしばしば伴いますが、膀胱脱の場合が多いです。前膣壁脱は単独で存在することもあります、よく子宮脱および（または）後膣壁脱と合併して存在することもあります

(1) 症状及び徴候

病状が軽い時は、顕著な症状はなく、深刻になった後、下腹部が引っ張られる感じ、腰痛を自覚し、塊状物が膣から脱出します。長く立っている後や、激しい運動の後に、塊状物が増大し、下腹部が引っ張られる感じがもっと目立ちます。前膣壁と合併する膀胱脱のみの場合、排尿困難、尿閉、続発性尿路感染症が起こります。膀胱脱と合併する尿道脱、全膣壁の完全脱出の場合は、力を入れて咳する、息を止めるなどして腹圧が増加する時、尿がもれてしまいます。これは、腹圧性尿失禁といいます。

(2) 程度

I 度：前膣壁が下に突き出ていますが、膣内にとどまり、時には脱出する膀胱が伴います

II 度：一部前膣壁が膣口外まで脱出します。

III 度：前膣壁が全部膣口外まで脱出します。すべての III 度脱には、膀胱脱と尿道脱が合併します。

(3) 病因

子宮頸の両側の膀胱と子宮頸靭帯が膀胱の正常位置を維持する上で重要な役割を果たしています。分娩の際に上述筋膜・靭帯の過度の伸びまたは損傷が起こり、産褥期には、早期に肉体労働にとりかかることにより、膣を支持する組織が元通り回復できず、膀胱及びそれと隣接する前膣壁の上から 2/3 の部分が下へ脱出し、膀胱脱及び尿道脱を形成します。

(4) 検査及び診断

婦人科検査では、膣口弛緩に伴う陳旧性会陰裂傷がしばしば認められます。前膣壁は半球形に隆起し、触ると柔らかく感じられます。その粘膜は薄く透明になり、襞が消えています。患者は力を入れると、脱出する前膣壁がはっきり見えます。

第四部分中高年

同時に尿が漏れる場合、膀胱脱及び尿道脱の合併を示します。既往歴の症状と婦人科検査によって、診断を確定できます。

(5) 治療

無症状の軽度患者は、治療が必要ではありません。症状はあるが、他の慢性疾患のため手術に適さない者は、ペッサリーを置いて症状を緩和させます。症状が顕著な重度患者なら、前膣壁形成術を行います。

(6) 予防と保健

①助産師は、分娩期を正確に処置し、頭と骨盤が合っていない場合、早期に帝王切開術を実施します。(子宮口が全開していない時、産婦は下腹部へ力を入れてはなりません。(速やかに会陰後側の切開を行い、必要な場合、手術による助産を行い、分娩第2期の延長を避けます。会陰損傷が起こった場合、速やかに発見し、産道と骨盤底組織の裂傷を丹念に修復します。

②産婦本人も分娩時と産褥期の衛生に留意しなければなりません。分娩の際には、産婦としては、下腹部へ力を入れるのを早まらないで、また力を入れ過ぎないようにすることです。

③産婦は、出産後、十分な休憩をとり、よく寝る姿勢を変えて、栄養にも気をつけなければなりません。体が弱い者の場合はなおさら回復に留意する必要があります。

④出産後、積極的に適度の運動をし、骨盤底筋及び腹壁の筋肉を鍛えます。

⑤重肉体労働と活動への早期参加を控えます。

⑥慢性の咳と常習性便秘を患う女性は積極的に治療を受けるべきです。

2. 後膣壁脱

後膣壁脱には、よく直腸脱が伴います。後膣壁脱は、単独で存在することもあります、前膣壁脱と合併することもしばしばあります。

(1) 症状及び徴候

軽症の患者はほとんど不快感がなく、深刻な患者は下腹部が引っ張られる感じ、腰痛及び排便困難を自覚します。ときには、指で脱出する後膣壁を押さないと糞便を排出できません。

(2) 病因：経膣分娩の産婦は、分娩第2期が延長する場合、骨盤底の筋膜と筋繊維が過度に伸びまたは損傷することにより、直腸前壁がポケットのように後膣壁に突き出て、直腸脱に伴う後膣壁脱となります。後膣壁脱は、前膣壁脱よりまれですが、長期的な便秘により排便時に力を入れることや老衰などはいずれもその脱出の程度を悪化させられます。

(3) 検査及び診断 婦人科検査の際に、後膣壁が半球状の塊状物の脱出が認められます。直腸診の際に、指の端が前へ行けば、膣に突き出るポケット内に入ることができます。患者には、陳旧性会陰裂傷が伴うことが多いです。臨床の程度分けは、前膣壁脱と似ています。

(4) 治療：病状が軽い患者は、治療が必要ではありません。病状が深刻な患者には、前膣壁脱が伴うことが多いです。前後膣壁形成術及び会陰形成術を実施すべきです。

(5) 予防：前膣壁脱と同じです。

3. 子宮脱

子宮は、正常位置から膣に沿って下降し、子宮頸外口が坐骨棘の水準以下に達し、ひいては子宮が膣口以外に全部脱出します。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻
前膣壁脱と後膣壁脱がしばしば伴います。

(1) 病因

①分娩損傷が、子宮脱の一番主な病因です。分娩の過程では骨盤底の筋肉、筋膜と子宮靱帯のいずれも過度に伸びてしまい、産褥期には、産婦が重肉体労働に参加するのが早すぎて、この時、損傷された組織がまだ修復されておらず、子宮脱が発生しやすくなります。複数回の分娩は、骨盤底組織の損傷の確率を高め、子宮脱を引き起こしかねません。

②長期的な腹圧増加 長期的な慢性の咳、常習性便秘、排便困難、頻繁の重い負荷（肩で担いだり、重いものを挙げたり、しゃがんだり、長い時間立っていたりするなど）、骨盤・腹腔内の巨大腫瘍または大量の腹水など、いずれも腹腔内での圧力増加につながり、子宮を下へ偏位させます。

③骨盤底組織形成異常または退行変性：先天性骨盤底組織形成異常には、胃など他の臓器の下垂がしばしば伴い、または閉経後期には、女性の骨盤底組織が萎縮・劣化するため、子宮脱は発生し易くなり、またはその脱出の程度は深刻になります。

(2) 程度

患者に背臥位を取らせ、下腹部に力を入れさせる際に、子宮が下降する最低点を程度の基準とします。わが国では、現在、子宮脱を3度に分けています。

I度：軽度：子宮頸外口から処女膜の縁までの距離< 4 cm、まだ処女膜縁に達していません。(重度：子宮頸外口はすでに処女膜の縁に達し膣口からは子宮頸が見えます。

II度：軽度：子宮頸がすでに膣口外に脱出し、子宮体がまだ膣内にとどまります。(重度：子宮頸及び一部子宮体はすでに膣口外にまで脱出しています。

III度：子宮頸及び子宮体は全部膣口外まで脱出しています。

(3) 症状及び徴候

I度の患者はほとんど自覚症状がなく、II、III度患者は、程度が異なるものの、しばしば腰仙部の痛みまたは下腹部が引っ張られる感があります。II度患者は、歩行、労働、しゃがみまたは排便などの際に、腹圧が増加すると、塊状物が膣口から脱出します。最初は背臥位で休息すると小さくなったり消えたりすることができますが、深刻な場合、休息後でも塊状物は自ら戻らず、通常、手で膣内にまで押さなければ戻りません。脱出した子宮及び膣の粘膜に高度な水腫が起こった場合、戻すのが困難になり、長く外に脱出し、患者の行動が極めて不便になります。また、長い時間の摩擦で、子宮頸の潰瘍ひいては出血が起こることもあります。潰瘍が続発性感染を起こした場合、膿性・血性分泌物が滲み出ます。III度患者は多くの場合、III度の前膣壁脱が伴い、尿閉が起こりやすく、また、腹圧性尿失禁のおそれもあります。

(4) 検査及び診断

婦人科検査の際に、子宮頸と子宮の位置の下垂が認められます。II、III度の子宮脱患者は、子宮頸及び膣粘膜が明らかに厚くなり、子宮頸肥大が見られます。多くの患者は、子宮頸が著しく長くなります。

既往歴と検査によって、明確に診断して、程度分けをします。同時に、前後膣壁脱の合併の有無、会陰陳旧性裂傷の程度及び腹圧性尿失禁の有無をも把握します。

第四部分中高年

(5) 治療

症状のない者は、治療が必要ではありません。症状のある者は、保存療法または手術治療を採用します。

①支持療法

栄養を強化し、適宜休憩と仕事を調整し、重肉体労働を避け、便通を常に良くし、長期的な腹圧増加による疾患に対して、積極的に治療を受けます。

②非手術治療

ペッサリー：ラップ型、リング型とボール型があります。各程度の子宮脱と前後膣壁脱に適用されます。患者は、自らでペッサリーを使いこなすように習得すべきです。

骨盤底筋の鍛錬：骨盤底筋群の張力を増えることで、軽度患者の症状を改善できます。圧力性尿失禁の症状を軽減できますが、Ⅲ度の脱出には効果がありません。

エストロゲンの補充：閉経後、女性はエストロゲンを適度補充し、筋肉及び筋膜組織の張力を高めることができます。

③手術治療

症状の解消、骨盤底支持組織の修復を目的とします。患者の年齢と、脱出の程度、出産の要求、全身の健康状況によって手術の方式を決定します。

(6) 予防

晩婚晩育を提唱し、出産の過多・過密を防止します。分娩期を正しく処置し、分娩期の延長を避けます。助産技術を高め、会陰を保護します。必要な場合、会陰後一側切開術を行います。産科の適応症がある者には、速やかに帝王切開を行い、妊娠を中止します。出産後の重肉体労働の早期参加を控えます。慢性の咳、常習性便秘を積極的に治療します。出産後の体操を勧めます。

(三) 腹圧性尿失禁

尿失禁は、中高年女性によく見られる症状です。女性の精神、心理に大きな損害を与えています。尿失禁には、多くの類型がありますが、腹圧性尿失禁が最もよく見られ、50%～70%を占めています。腹圧性尿失禁とは、腹圧の増加、ひいては休息時に、膀胱頸部と尿道が一定の圧力を維持できず、尿が漏れてしまうことを指します

1. 病因

腹圧性尿失禁の病因は複雑で、複数の要素が関与しています。主として、老衰、多産、分娩期の延長、または難産及び分娩損傷、子宮摘出などがあります。排便困難、肥満、慢性閉塞性肺気腫などによる腹圧増加の要素も腹圧性尿失禁を引き起こす可能性もあります。膀胱脱、尿道脱と前膣壁脱の患者にはよく見られます。

2. 症状及び臨床症状

発症の初期には、患者は通常の活動の際に尿が漏れることなく、咳、くしゃみ、大笑い、重いものを引き上げる、走るといった時に腹圧が増加し尿が漏れてしまいます。深刻な場合、休息時でも尿が漏れてしまいます。

3. 検査及び診断

検査にあたっては、患者に排尿しないように注意し、膀胱截石位を取らせ、咳の時に尿が尿道口から漏れてはいないか観察します。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

尿が漏れた場合、検査者は、人差し指と中指とを膣内に入れて、前膣壁と尿道の両側を軽く押して、再び患者を咳させます。尿がもれなくなれば、患者に腹圧性尿失禁があることが示されます。

既往歴の症状と検査によって初歩的な診断ができます。腹圧性尿失禁と診断した場合、尿流動態検査と合わせて行わなければなりません。現在、他の種類の尿失禁及び尿路感染症の可能性を除外するために、臨床では圧力試験、指圧試験と綿棒試験を補助的な検査方法として使っています。また、膀胱尿道造影、超音波検査、尿道圧力、腹圧尿漏れ点圧、尿流率などの測定も、腹圧性尿失禁の診断には役立ちます。

4. 治療

(1)非手術治療

①骨盤底筋の鍛錬：尿を制御する能力を高めるために、患者には、意識的に肛門挙筋を中心とする骨盤底筋を自発的に収縮するように指導します。簡単な方法としては、肛門収縮運動が挙げられます。5秒収縮しては緩ませ、15分間繰り返します。毎日3回やって、4～6週を1つの治療期間とします。3ヶ月間の鍛錬を経て、30%～70%の患者が症状を改善できます。

②薬物療法：イミプラミン、エフェドリンなど副腎素α受容体薬を多用します。このタイプの薬剤の副反応は、血圧の上昇で、お年寄りの患者、特に高血圧患者なら、慎重に使用する必要があります。閉経後、尿道の萎縮が随伴する患者は、性ホルモンの使用禁忌症がなければ、性ホルモン補充治療によって、上記薬剤の治療効果を高めることができます。

③電気刺激療法：電流によって骨盤底筋を刺激し収縮させ、また、排尿筋の活性を逆に阻害します。

④患者の骨盤底筋鍛錬の訓練のためにも用いられます。

尿道周辺の充填材の注射：尿道膀胱頸部周辺にPTFEプラスチックなど化学材料を注射し、尿道周辺組織の張力を強化する方法です。長期的な効果は未確定です。

(2)手術治療

手術は類型が多く、よく実施される手術としては、前膣壁形成術、経膣尿道膀胱頸部筋膜縫合術、恥骨後尿道固定吊上げ術、経膣尿道吊上げ術などがあります。

(四)萎縮性膣炎

1. 病因

萎縮性膣炎は、自然閉経及び卵巣去勢後の女性によく見られますが、出産後閉経した、または薬物で仮閉経の治療を受けている女性にも見られます。卵巣機能低下、エストロゲン水準低下、膣壁萎縮、粘膜の薄まり、局所的抵抗力低下その他病原体の過度の繁殖または侵入により、炎症が起こります。

2. 症状及び徴候

主な徴候としては、外陰の灼熱、不快感、痒み、及び膣分泌物の増加が挙げられます。膣分泌物は希薄になり、淡黄色を呈します。感染が深刻な者は、膿性・血性白帯下があります。膣粘膜の萎縮のため、性交痛が随伴することがあります。

3. 検査及び診断

婦人科検査の際に、膣の萎縮性変化が見られ、上皮の髒が消え、萎縮し、薄くなります。膣粘膜が充血し、散在する小さな出血点または点状の出血斑があります。

第四部分中高年

時には、浅表性潰瘍が見られ、潰瘍面は、反対側に粘着し、深刻な場合、狭窄ひいては閉鎖を引き起こします。炎症の分泌物の排出不良により、膣蓄膿症または子宮腔蓄膿症になります。

閉経、卵巣手術歴または骨盤放射線治療歴または薬剤性閉経歴及び臨床症状によって、診断を確定できますが、他の疾患の可能性を除外して初めて診断することができます。例えば、他の特異性感染性膣炎、子宮悪性腫瘍及び膣がんを除外しなければなりません。

4. 治療

治療の原則は、細菌の増殖を抑え、エストロゲンを補充し、膣の耐性を高めることです。

(1) 細菌の増殖の抑制：膣の奥には、抗生物質を使います。膣後部に局所的な乾燥が目立つ場合、潤滑剤を使用します。

(2) 膣耐性の増加：病因について、エストロゲンを補充することが、萎縮性膣炎の主な治療方法で、局所的投与でも全身投与でも可能ですが、乳がんまたは子宮内膜がんの患者及びハイリスクグループについては、エストロゲン製剤を慎重に使用する必要があります。

(五) 閉経期うつ病

人類社会の進歩と生活のペースの加速、仕事の強度の増加及び社会競争の熾烈化に伴い、人々の精神的圧力はますます大きくなりうつ病の発症率も年々増加しています。WHOは、全世界で現在、うつ病の患病率が約在5%～10%で、中国の人口のうちに約20%がうつ病症状を有し、その内の7%がうつ病であると推定しています。うつ病を患う女性の有病率は男性2倍で、うつ病は、あらゆる女性の疾患の中で首位を占めています。思春期、月経前期、出産後と閉経周辺期に多発します。アンケート調査によると、北京の都市部における45～55歳の閉経周辺期女性のうつ病発生率は46.1%で、うち軽度は69.9%、重度以上は30.1%です。また、身体疾患の患者のうつ病症状の発生率は身体疾患のない患者より高いことが認められています。閉経周辺期及びその関連疾患は、ますます広く関心を引き寄せています。うつ病障害もますます重視されつつあります。うつ病は、悲しくて抑うつな感情状態を少なくとも2週間継続し、すべてまたはほとんどの日常生活に興味を失う病気です。最もよく見られる感情障害の一種です。診断基準としては、下記症状のうち8種に同時に合致しなければなりません。

- ①食欲の増加または減少
- ②体重の増加または減少
- ③興奮・焦燥・不安しやすくまたは疲れやすい
- ④恐慌の発作と深刻な不安
- ⑤眠れにくく、睡眠の過多または不足
- ⑥無力感、無価値感または不適切な悔しさと恥ずかしさを感じる
- ⑦考えるのが困難で、注意力散漫、または意思決定の困難
- ⑧死亡または自殺を繰り返して考える

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

閉経期女性は、年齢上、キャリアや家庭の中堅とされており、プレッシャーが大きいです。また、エストロゲン水準が変動する人生の過渡期にもあるため、うつ障害が多発する対象となります。閉経期うつ病の特徴は、閉経周辺期症候群の症状が随伴し、不安感がしばしば合併します。かつ、ホルモン治療後でも精神症状の緩和は顕著ではありません。

閉経期抑鬱の治療には、現在、統一された方法がありません。患者が閉経過渡期にあり、うつ症状が顕著でかつ閉経期症状がない場合、単純な抗うつ治療でも良いでしょう。(患者が閉経周辺期または閉経期にあり、著しい閉経期症状と軽度のうつ症状がある場合、ホルモン治療を実行します。ホルモン治療後でもうつ症状が緩和されない場合、抗うつ治療も追加します。(患者が閉経周辺期または閉経後期にあり、顕著な閉経期症状と顕著なうつ症状の両方が見られ、またはすでにうつ病と診断された場合、ホルモン治療と同時に、抗うつ治療も追加します。

保健の目的は、うつ病の治療ではなく、閉経周辺期患者のうちのうつ障害の患者をタイムリーに発見することです。うつ症状が深刻で、自殺傾向がある患者や、身体疾患が好転したものの、うつ病が悪化する者、うつ病患者であって、自殺と精神病の家族歴がある者、再発性うつ病かつその症状が重い者、うつ症状に随伴する妄想・幻覚のある者、及び標準的な抗うつ治療の効果が良くない者については、治療が遅れることがないように、いずれも速やかに精神科の専門病院に紹介し、さらなる診断・治療を受けさせます。

二、男性生殖器系の疾患

(一) 前立腺炎

前立腺炎は、急性細菌性前立腺炎、慢性細菌性前立腺炎と非細菌性前立腺炎に分けられます。

1. 急性細菌性前立腺炎

若年成人によく見られますが、尿道上行性感染が主なルートです。また、扁桃腺、気道、出来物、腫れ物などによる血行性感染に続発することもあります。よく急性精嚢炎と併発します。

(1) 臨床症状

局所的な症状としては、頻尿、尿意切迫、排尿痛、尿道灼熱感、排尿困難ひいては急性尿閉が挙げられます。ときには、会陰部の引っ張られる感じ、痛みがあり、腰、背中、下腹部及び太ももの内側に放射することがあります。性交痛及び血精液症が見られます。全身症状としては、突如発作する高熱、寒気、全身の痛み、不快感などがあります。直腸指診で前立腺が腫れて、圧痛が顕著で、局所的な温度が上昇し、表面が滑らかで、膿腫が形成され、飽満または波動感があります。

(2) 診断

急性感染歴と典型的な臨床症状からは診断を確定できます。症状が2週間継続しても緩和せず、白血球が著しく増加し、会陰が激しく痛み、直腸指診で前立腺に波動感がある場合、膿腫を疑います。

第四部分中高年

(3) 治療

臥床安静にして大量に水を飲ませます。抗菌薬は、キノロン類とセファロスポリンを中心とします。静脈内注入を行います。鎮痛、鎮痙、解熱などの薬剤を使用します。湯浴で症状を緩和させることができます。急性尿閉の場合、恥骨上トロカールオストミーを用いることができますが、経尿道カテーテルドレナージは使ってはいけません。前立腺腫が併発する場合、腫瘍切開・排膿ドレナージを行います。適時かつ適切な治療によって、通常の場合は完治できます。

2. 慢性細菌性前立腺炎

多くの慢性前立腺炎の患者には、急性炎症既往歴がありません。

(1) 臨床症状

- ①排尿時、尿道の不快感または灼熱感があり、頻尿、尿意切迫、排尿痛があります。排尿後と排便後、尿道口からは、よく「滴白」と呼ばれる、白い分泌物が流れ出ます。精嚢炎と合併する場合、血精液症があります。
- ②会陰部と下腹部の鈍痛や不快感がよくあります。
- ③勃起不全、早漏、夢精または射精痛など性機能障害があります。
- ④眩暈、無力感、不眠、落ち込みなど症状があります。
- ⑤併発症としては、虹彩炎、関節炎、神経炎などがあります。

(2) 診断

- ①反復性の尿路感染症既往歴
- ②頻尿、残尿感、滴白などの症状
- ③直腸指診で、前立腺の増大、飽満、軟質、軽度の圧痛が認められます。病気の経過が長い者は、小さな結節が認められます
- ④前立腺液が黄色く混濁し、塗抹標本検査では、高倍率視野あたりの白血球数は10個以上で、レシチン顆粒が減少します。
- ⑤分杯尿及び前立腺液培養検査：検査前、水を十分に飲み、初尿を10ml (Vb1) 採ってから、200ml 排尿し、中間尿を10ml (Vb2) 採ります。前立腺マッサージをし、前立腺液 (EPS) を採取します。その後、10ml (Vb3) 排尿し、いずれも細菌培養し、コロニー計数を行います。コロニー計数で Vb3 > 10 倍の Vb1 の場合、細菌性前立腺炎と診断を確定できます。Vb1 と Vb2 の細菌培養が陰性で、Vb3 と前立腺液の細菌培養が陽性の場合、即診断を確定できます。
- ⑥前立腺液の pH 値測定で顕著な上昇が見られます。
- ⑦超音波検査で、前立腺組織内の光点の分布が均一ではなく、境界がはっきりしておらず、混乱していることが認められます。

(3) 治療

治療の効果は満足の行くものではなく、総合的な治療が強調されています。

- ①飲酒、刺激的食物、長時間座ることを禁忌します。
- ②抗菌薬としては、エリスロマイシン、複方スルファメトキサゾール、ドキシサイクリンなど、浸透力の強い薬剤が望ましく考えられます。
- ③湯浴、理学療法
- ④前立腺マッサージ：週に一回、炎症性分泌物の排膿ドレナージを行います。

@

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

⑤活活血化瘀・清熱解毒の漢方薬と合わせて治療することができます。

3. 慢性非細菌性前立腺炎

(1) 臨床症状

慢性細菌性前立腺炎に似ていますが、反復性の尿路感染症がないのが違いです。直腸指診では、前立腺がやや飽満で、質が柔らかく、軽度の圧痛があつたりします。

(2) 診断

前立腺液検査では、白血球数は高倍率視野あたりに >10 個で、かつ、複数回の細菌塗抹標本または培養で、細菌が見られません。臨床症状及び身体的徴候を総合すると診断を確定できます。

临床上、さらに慢性前立腺炎症状が見られ、骨盤・会陰痛が顕著ですが、一方、前立腺液検査では正常となり、培養では細菌増殖がありません。これは前立腺痛と呼ばれます。

(3) 治療

病因が不明なため、抗生物質による治療の効果がよくありません。鎮痙剤で尿路の刺激症状を緩和させることができます。

湯浴や前立腺マッサージはある程度役立ちます。

(二) 前立腺肥大

前立腺肥大は、高齢男性によく見られる疾患で、多くの場合、50歳以降に症状が現れます。加齢と機能のある睾丸が一般に認められているこの病気を引き起こす基礎要因です。

1. 病理

腺組織が前立腺疾患の主な発症組織です。移行帯、外周帯と中央帯があります。尿道の精丘部位を囲う部分は移行帯と呼ばれ、前立腺組織の5%を占めています。前立腺肥大が始まる部位です。射精管が通るのは中央帯です。

前立腺肥大の病理学的徴候は主として移行帯の結節です。70歳以降となると、結節は明らかに増大し、両側に拡張し、後尿道及び膀胱首に隆起し、尿道が圧迫され伸びて、狭くなり、湾曲し、膀胱頸部が縮小し、精丘が下へ移動するため、排尿が悪くなり、閉塞が引き起こされます。排尿筋はその収縮能力を強化するため、代償性肥大し、膀胱内の高圧が発生し、時には尿失禁が起こります。尿路閉塞が解消されず、排尿筋が膀胱内の尿を排出しきれず、残余尿が発生します。残余尿の増加に伴い、膀胱は次第に緩くなり、溢流性尿失禁が現れます。膀胱の高度な拡張によって、輸尿管の末端が弁膜機能を失い、膀胱輸尿管逆流現象を引き起こします。さらに水腎症と腎機能障害も引き起こします。尿閉は続発性感染と結石も引き起こすことが多くあります。

正常な前立腺の重さは約20gで、肥大の場合、可達30~100gにも達します。ただし、前立腺の大きさは、尿閉塞の程度に比例しておらず、肥大の部位と直接関連していません。

2. 臨床症状

前立腺肥大は発症が緩慢で、通常50歳以降になって症状が現れます。その症状の軽い重い、閉塞の程度、病変の進展速度及び感染性合併症の有無、結石によって決まります。

5

第四部分中高年

(1) 頻尿：患者の最初の症状です。まずは夜間尿の回数の増加ですが、毎回の尿量が減少します。そして、昼間にも頻尿が見られます。閉塞が深刻化するにつれて、膀胱に残余の尿量が増加し、膀胱の有効な容量が小さくなり、頻尿は次第に悪くなります。

(2) 進行性排尿困難：前立腺肥大患者の主な症状です。初期徴候は排尿が遅く、断続的で、排尿後、尿が滴り落ちることです。閉塞が深刻化するにつれて、排尿が困難になり、射程が短くなり、尿線が細くなり、弱くなります。

(3) 尿閉：閉塞が一定の程度に達すると、残余尿が現れます。残余の尿量の増加により、膀胱が次第に収縮能力を失い、尿閉を引き起こします。

(4) 感染性合併症：頻尿、尿意切迫、排尿痛など膀胱刺激症状があります。結石がある場合、血尿が伴います。末期には、水腎症と腎不全が起こります。

3. 補助的検査

(1) 尿流動態検査：前立腺肥大の初期には、排尿機能の変更が見られます。最大尿流率が 5ml/s 以下だと、排尿が渋ることを示します。10ml/s 以下だと、閉塞が深刻であることを示し、治療を受けなければなりません。

(2) 超音波検査：前立腺の大きさと構造を測定でき、また、残余尿を測る事もできますが、尿量が少なすぎる場合、正確性が悪くなります。排尿後カテーテル法で残余尿を測定してもよいです。健常者の残余尿は 10ml を超えません。

(3) 血清前立腺特異抗原 (PSA) 測定：前立腺がんの可能性の除外に用いられます。

4. 診断

50 歳以上で進行性排尿困難のある男性なら、尿流率、超音波検査の結果にあわせれば診断を確定できます

5. 治療

前立腺肥大は、加齢関連疾患であるゆえに、治療に当たって、患者の忍耐力を考えなければなりません。膀胱に残余尿が 100ml を超え、または急性尿閉があった場合、早期手術を施すようにします。

(1) 薬物療法

主として α 受容体遮断剤と 5α 還元酵素阻害剤があります。 α 受容体遮断剤は、 α_1 受容体を遮断することによって、平滑筋の張力を低くし、尿道の抵抗を低減し、排尿機能を改善します。常用薬としては、テラゾシン、アルフゾシンなどがあります。 5α 還元酵素阻害剤は、前立腺内のジヒドロテストステロンの含有量を減少することによって、前立腺を縮小させ、したがって、排尿機能を改善します。

(2) 手術治療

下部尿路の閉塞症状が顕著でまたはすでに輸尿管、水腎症及び腎機能障害を起こしており、またはすでに尿路感染、血尿、膀胱結石などを合併した場合、全身の状況が許す条件下で、積極的に手術治療を実行すべきです。全身の状況が良くない者なら、尿ドレナージ、カテーテル挿入または膀胱瘻造設術をまず実施し、全身の状況が改善された後、手術を行うといいでしょう。

前立腺摘出術は、前立腺全体ではなく、肥大の部分だけ摘出するものです。手術の方式としては、主として恥骨上経膀胱前立腺摘出術、恥骨後前立腺摘出術と経尿道前立腺摘出術があります。

(3) その他治療

主として、レーザー治療、経尿道的バルーン高圧拡張などがあります。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

三、よく見られる慢性疾患の対策

(一) 高血圧

中国では高齢化が日増しに目立ち、中高年の高血圧の問題は日に日に突出してきます。2010年、わが国の成人高血圧有病率は33.5%に達し、即ち、約3.3億の成年者が高血圧患者なわけです。高血圧は、心臓脳血管疾患の主な危険要素で、70%の脳卒中と50%の心筋梗塞の発症が高血圧に関わっています。高齢者の高血圧は複数の疾患としばしば併存し、併発症としては、冠状動脈性心臓病や、心不全、脳血管疾患、腎機能不全、糖尿病などがしばしば併発します。そのため、高齢者の高血圧の対策の着実な実施は、重要な意味があります。

1. 加齢高血圧の特徴

(1) 収縮期血圧が増加し、脈圧が増大します。高齢者の単純な収縮期高血圧（ISH）が高血圧の60%を占めています。年をとるに連れて、ISHの発生率は増加し、同時に、脳卒中の発生率も急上昇します。

(2) 血圧の変動が大きい：血圧の「朝ピーク」現象が増加し、高血圧に合併する体位性低血圧と食後低血圧の者が増加します。高齢者の血圧変動が大きいと、治療効果に影響を及ぼし、血圧が激しく変動する場合、心血管系イベントの危険性を顕著に増加します。

(3) よく見られる血圧の昼夜リズム異常：血圧の昼夜リズム異常の発生率が高く、夜間の血圧下降幅<10%または>20%というのがその徴候です。これによって、心、脳、腎臓など標的臓器の損害の危険は増加します。

(4) 白衣高血圧の増加

(5) 偽性高血圧の増加：カフ法で測られる血圧値が動脈内血圧測定値より高い現象で、正常の血圧または高血圧の高齢者に見られます。

2. 健康なライフスタイル

合理的な食事制御、体重、適度の運動、タバコ・飲酒の制限、健康的な生活態度などが挙げられます。詳しくは、第三部分ユニット4 出産年齢期の高血圧防護を参照してください。

3. 薬物療法

(1) 高齢者高血圧の治療の原則と目標

ますます多くの証拠から、標的臓器を保護するために、血圧の水準を抑えるだけでは十分ではなく、血圧の変動を小さくしなければならないことがわかりました。高齢者高血圧の治療に当たっては、心血管系病の危険要素、標的臓器の損害、心血管系または非心血管系疾患の合併など総合的な要素を考慮し、積極的かつ安定的に降圧療法を実施します。

降圧に通じて危険要素を制御し、標的臓器の損害を逆転させ、心血管系疾患の発症と死亡の総リスクを最大限に低減します。

1) 高齢者高血圧の目標値

①危険要素が低い者：高齢者高血圧患者の血圧は150/90mmHg以下まで下げるべきです。我慢できる場合、140/90mmHg以下に下げてもよいでしょう。80歳以上の高齢者の降圧目標値は150/90mmHg未満とします。

第四部分中高年

しかし、現在は、140/90mmHg 以下まで下げればより大きな利益が得られるという、EBM 上の十分な証拠はだありません。

②単純な収縮期高血圧患者：収縮期血圧(SBP) < 140mmHg、拡張期血圧(DBP) ≥ 70mmHg。高齢患者の降圧療法に当たっては、収縮期血圧が基準を達成することを強調すると同時に、過度に低下する血圧を避けるべきです(拡張期血圧が 65mmHg を下回るべきではありません)(降圧療法を我慢できる前提で、次第に基準まで血圧を下げて、早すぎる降圧は避けるべきです。(降圧への忍耐性が良い患者については、積極的に降圧療法を行うべきです。収縮期血圧が高く、拡張期血圧が高くなく、ひいては低い ISH 患者の治療はある程度難しいですが、どう処理すればよいのか、今のところ明確な証拠はありません。参考となる提案：DBP < 60mmHg の場合、SBP < 150mmHg だと、薬を投与せず観察しますが、SBP が 150~170mmHg の間だと、降圧剤を慎重に、少量投与します。SBP ≥ 180mmHg だと、降圧剤を少量投与します。降圧剤としては、小投与量の利尿剤、カルシウム通道遮断剤、アンジオテンシン変換酵素阻害剤、またはアンジオテンシン II 受容体拮抗剤などがあります。投与中に、病状の変化をこまめに観察します。

③ハイリスク、極めて高いリスク、及び脳卒中、冠状動脈性心臓病、腎臓損傷などの患者は、その血圧が < 130/80mmHg であるべきで、蛋白尿 > 1g/d の患者もその血圧が < 125/75mmHg でなければなりません。

④降圧剤によって作用するプロセスが異なり、作用する標的も異なるため、降圧療法の効果も違ってきます。抵抗性高血圧については、複数の薬剤を併用することも考えられます。

2) 治療の原則

高齢者高血圧を治療するための望ましい降圧剤は、以下の条件を満足すべきです。①安定的、効果的です。②安全、不良反応が少ないです。③服用が簡単で、コンプライアンスが良いです。常用する降圧剤としては、カルシウムチャネル遮断剤、アンジオテンシン変換酵素阻害剤、アンジオテンシン受容体遮断剤、利尿剤と β 受容体遮断剤、α 受容体遮断剤などがあります。いずれも高齢者高血圧の治療に使用できます。

3) 高齢者の降圧の注意事項

①降圧に当たって、基準を達成するが、基準を超過しない：高齢者の血圧が年をとるに連れて次第に上昇することは、生理性補償です。なぜなら、高齢者の動脈血管壁の弾力性が低下するため、比較的高い血圧で血液の供給を維持する必要があるからです。また、お年寄りの血圧の変動が大きく、例えば、血圧の「朝ピーク」現象が増加し、高血圧に合併する体位性低血圧と食後低血圧の者が増加し、血圧が激しく変動すると、心血管系イベントの危険性が顕著に増加します。そのため、高齢者が血圧を下げるときに、余裕を持たせるべきであり、あまり低くしすぎてはいけません。

②緩やかな降圧：高齢者は圧受容器の損害のため、血圧の変動が大きすぎても速やかかつ正確な調節ができず、短時間内の大幅の降圧を受け入れられません。さもなければ、重要臓器への血液供給が不足し、標的臓器の損害が悪化します。非常時でない限り、降圧剤は小さい投与量から始め、次第に量を増やすべきです。なるべく効果が安定する長時間作用型降圧剤を使用し、安定的な降圧という目的を達成します。

③家庭内での血圧モニタリングの強化：通常の場合、被測定者自らが遂行します。この場合、血圧自己測定または血圧の家庭内自己測定とも言いますが、家族などが協力して実行しても良いです。測定が慣れている家庭環境で行われるため、白衣効果が避けられます。

家庭内血圧モニタリングは、さらに、数日間、数週間、ひいては数ヶ月間、数年間に渡る血圧の長期的変化または降圧療法の効果の評価に活用されることもでき、また、患者の参入意識を高め、患者の治療コンプライアンスの向上にも役立ちます。

4) 漢方薬による治療

現在、現代医学体系による高齢者高血圧の研究に大きな進展があり、迅速な降圧が実現できています。心血管系イベントの発生率は低下するものの、患者の症状改善については、まだ思わしくなく、降圧によるマイナス効果も患者の生活の質に大きな影響があります。漢方薬は単純な降圧では効果が薄いものの、血圧上昇メカニズムの多くのプロセスとターゲットに干与できます。例えば、血管内皮機能を改善し、血管の収縮と拡張活性物質のアンバランス状態を調節し、レニン・アンジオテンシン系の主な媒質に干与し、心血管系自身の安定を維持するなど。このように、西洋薬による降圧の相対的に単一の効果メカニズムを補います。漢方医は、全体的な弁証法を重視し、陰陽、臓腑、気血の均衡を重んじ、天・地・人の協調を強調します。弁証法的治療により、複数のレベル、複数のターゲットにおいて作用を発揮します。(一方、西洋医学は、血圧指標及び危険性のレベル分けを重視し、効果的かつ迅速に血圧上昇を抑え、標的臓器の保護とエンドポイントイベントの減少などで一定の治療効果があります。病気・症状を結びつけたモデルで高齢者高血圧を治療する際に、漢方医の弁証法的な類型別論証・治療の上に、疾患の段階分け、レベル分け、と標的臓器の損害状況に基づいて、高齢者高血圧の関連病理学的プロセスに合わせて、最適な西洋薬による治療を選択し、マクロとミクロの相互浸透を実現し、シナジー効果を果たし、生活の質を高め、臨床症状の緩和を図ります。

(二) 糖尿病

1. 高齢者糖尿病の特徴

(1) 異質性が大きく、その年齢、病気の経過、基本健康状態、併発症、合併症及び予想される生存期間など、いずれも異なっています。

(2) 長い間糖尿病を患っている患者には顕著な慢性併発症がしばしば随伴します。新しく診断された高齢者糖尿病は多くの場合、発病が緩慢で、無症状の場合が多く、しばしばルーチンな健康診断または他の疾患で血糖または尿糖を検査する際に発見されます。

(3) 一部高齢者糖尿病は、併発症が先に発見されます。

(4) ごく少数の高齢者糖尿病患者は、体温が低く、汗が多く、神経性悪病質、筋萎縮と認知機能の減退が徴候となります。

(5) 一部高齢者糖尿病患者は、潜在的な随伴疾患が見られます。

2. 高齢者糖尿病の併発症

(1) 急性併発症

高齢者糖尿病患者の深刻な急性併発症は、高血糖高浸透圧状態であり、死亡率が高いです。

(2) 慢性併発症

1) 心脳血管併発症は高齢者糖尿病の死亡の主な原因で、約 80% の高齢者糖尿病の患者が心血管系合併症のために死亡しています。

第四部分中高年

2) 高齢者糖尿病の周辺神経性病変と自律神経病変の両方とも年をとるに連れて増加します。

3) 高齢者糖尿病患者の白内障、網膜病変と緑内障の発症率は著しく増加します。

4) 一部高齢者糖尿病患者には、明らかな認知機能障害と活動の制限が見られます。

3. 高齢者糖尿病の治療上の注意事項

高齢者糖尿病の治療の原則は、一般の成年者糖尿病と似ています。詳しくは、第三部分ユニット4 出産年齢期糖尿病の治療に関する内容を参照してください。ただし、高齢者の特徴を考慮する必要があります。血糖抑制も重要ですが、

心脳血管のリスクとイベントを軽減する治療、例えば、血液中脂質、血圧の制御などによるメリットは、血糖の厳格な制御よりも大きくなります。血糖降下剤を経口投与の際に、下記事項に留意すべきです。

1) 高齢者の臓器機能が次第に減退します。心臓、腎臓、肝臓、肺臓の機能不全が伴う者については、血糖降下剤の経口投与の適応症と禁忌症に気をつけるべきです。

2) 高齢者は、低血糖への忍耐力が低く、低血糖によって心脳血管イベントが誘発され、ひいては死亡することもあります。そのため、治療の重点は、低血糖の発生を避けることであり、血糖制御の強化ではありません。血糖制御の目標は、個人に応じて決めるべきで、成年者よりやや緩めにしても良いでしょう。

(三) 悪性腫瘍

1. 中高年齢層の3レベル予防

第三部分 出産年齢層の腫瘍対策に関連する内容を参照してください。

2. よく見られる悪性腫瘍

(1) 前立腺がん

前立腺がんは、男性生殖系によく見られる悪性腫瘍で、その発症率は、顕著な地域・種族差があります。通常、50歳以降に発症し、95%が60歳以上の高齢男性に発生します。前立腺がんを引き起こす病因は明確ではありませんが、現在、確認されたのは、前立腺がんと遺伝的要因、環境要因および性ホルモンの水準と一定の関係があることです。なお、前立腺に淋菌、ウィルス及びクラミジア感染があったこと、性的活動の増加及びホルモン水準の変更、年齢、高脂肪、精管切除、喫煙、重金属との接触、不適切な性生活及び性病など、多くの関連要素とかわらっています。前立腺がんはよく4期に分けられます。I期は、よく前立腺手術または生検の時に小さい病変が発見され、分化が良好です。II期は、前立腺包膜以内に限られます。III期には、前立腺がんがすでに包膜を突破し、周辺の脂肪、精囊、膀胱頸部と尿道を犯します。IV期は、局所的リンパ節または遠位転移が見られます。

1) 臨床症状

初期には多くの場合、顕著な症状がありませんが、直腸指診または超音波検査の際にしばしば発見されます。腫瘍が腫れ上がるに伴い、患者は、頻尿、排尿困難ひいては尿閉が見られます。前立腺がんは初期に転移し、骨痛など転移性病変の症状を引き起こすことができます。直腸指診では、前立腺の不規則で硬い結節に触れることができます。

2) 診断

直腸指診、経直腸的前立腺超音波検査と前立腺特異抗原（PSA）の上昇に前立腺生検を加えれば、診断結果が確定します。

3) 治療

①内分泌治療：前立腺がんの多くは、アンドロゲン依存型であるため、アンドロゲンを除去すれば、その増殖を明らかに抑制できます。常用される方法としては、睾丸摘出及び抗アンドロゲン薬と合わせた治療があります。これは、第Ⅲ、Ⅳ期のがんの治療に適しています。

②根治的前立腺摘出術は、Ⅱ期前立腺がんに適しています。

③Ⅰ期患者については、密接にフォローアップすることができます。

4) 予防と保健

高齢者層には、魚類、大豆類と野菜を多く摂取することを勧めます。魚の体内には、前立腺がんを予防できる OMEGA-3 脂肪酸があり、特にサーモンのような脂質の多い魚の体内には含有量が多く、よく魚を食べる人は、前立腺がんになることが少なくなります。大豆中のイソフラボン、アンドロゲンの破壊作用を低下させ、がん細胞を抑制し、殺すことができます。白菜、カリフラワー、ブロッコリーなど野菜は、前立腺がんを予防する効果があります。また、毎日亜麻仁、トマトを食べることもお勧めします。トマトには、リコピンが含有され、前立腺がんを予防する作用を果たします。

(2) 陰茎がん

40～60歳で包茎または仮性包茎の患者に好発します。病因が不明ですが、恥垢の包皮内での長期的な刺激に関わると考えられます。ヒトパピローマウイルスが重要な発がん性物質と考えられます。

陰茎がんは、主として陰茎頭部と包皮内板に発生します。扁平上皮がんが陰茎がんの主な病理学的類型で、基底細胞がんと腺がんはまれに見られます。形態としては、乳頭状がんと浸潤性がんがありますが、早期には、尿道海綿体に浸潤することが余りありません。一方、末期になると、陰茎全体を破壊し、尿道に侵入します。陰茎がんの転移は、主としてリンパ経路で、鼠径リンパ節と腸骨リンパ節が一番早く転移される部位です。末期がんが海綿体に侵入すると、血行性転移が起こり、肺臓、肝臓、骨格、脳などの部位に転移します。

1) 臨床症状

よく小さな硬腫、赤斑、突起する小さな腫物または治りにくい潰瘍として現れます。腫瘍が糜爛すると、血性の悪臭分泌物があります。尿道に及ぶと、排尿困難、血尿が発生し、鼠径部あたりのリンパ節はしばしば腫大します。

2) 診断

臨床症状にもとづいて診断するのは難しくありませんが、患者は、無視や、恥ずかしさなどの原因でよく診断を遅らせます。検査に当たっては、腫瘍の大きさ、部位、浸潤の有無、海綿体に及んでいないかなどに気をつけ、両側の鼠径リンパ節をこまめに検査すべきです。リンパ節腫大の場合、病理学的生検で診断を確認することができます。

3) 治療

①手術治療：包皮に限られる場合、包皮環状切除術を施すことができます。陰茎がんは、通常、陰茎の部分的摘出術を必要としますが、切断端は、腫瘍の近位端から少なくとも 2cm 離れなければなりません。陰茎全切除術の場合、会陰尿道造瘻術を行います。リンパ節転移のある者については、両側鼠径部リンパ節郭清術を行います。

②放射線治療と化学療法は、手術治療と合わせて実施できますが、効果は思わしくありません。

第四部分中高年

③予後：腫瘍の時期、治療の早い遅い、及び悪性の程度に関連します。腫瘍が局所に限られている者は術後5年間の生存率が高く、よく見られる死亡原因は膿毒症です。

(3) 大腸がん

1) 概要

大腸がんは、盲腸、それぞれの結腸の区切りと直腸粘膜に原発する上皮性悪性腫瘍の総称です。一番良く見られる消化管の悪性腫瘍です。大腸がんは45歳以降となると次第に増加します

2) 臨床徴候

下痢、便秘、腫れ物、血便、貧血、腸閉塞を主な徴候とします。30歳以上の人は、腹部の不快感、鈍痛、腹部膨満感、大便の習慣の変更が現れ、下腹部が引っ張られる感じがあり、かつ大便が血を帯び、貧血、倦怠感があり、腹部に腫れ物が触れられる場合、大腸がんと考えられます。そのうち、結腸部位に沿って局所性・断続性の鈍痛があるのは、大腸がんの第一の警報信号です。下腹部が引っ張られる感じが顕著で、血を帯びる大便が随伴するのは、しばしば直腸がんの兆しです。

3) ハイリスクグループ

大腸・直腸がんの家族歴と家族性結腸直腸新生物がある者や、大腸直腸がん術後の患者、大腸にポリープがある者、胃がん、甲状腺がん、乳がんの患者、潰瘍性結腸炎と Crohn (クローン) 病の患者、長期的に高脂肪・低繊維の飲食をする者、及び骨盤放射線治療歴のある者。

4) 早期スクリーニング

ハイリスクグループは、半年ごとに便潜血検査を受け、病院で専門医師に大腸内視鏡または大腸バリウム検査を手配してもらいます。検査結果が正常であれば、医師のアドバイスにしたがって、定期的に診断を受けます。

5) 診断

既往歴、健康診断、実験室検査、X線検査、超音波検査、内視鏡などの順で行います。一般的には、排便の習慣と糞便の性状の変更及びやつれ、貧血、急・慢性腸閉塞など、大腸がんの典型的な徴候に基づき、また、繊維結腸内視鏡生検の病理学的検査も合わせて、がんの病変を発見すれば、診断を確定できます。(典型的な臨床徴候とバリウム注腸で、結腸の充満欠損、粘膜の破壊、腸壁の硬直または腸腔の狭窄・閉塞といった徴候が見られれば、初歩的な診断しかできません。

6) 治療

患者の適応症に応じて、放射線療法・化学療法・手術治療などを実施します。臨床実務者は、患者に専門病院で患者の臨床的時期分けなど状況に応じて、ふさわしい総合的な治療プログラムを選ぶようにアドバイスすべきです。

(4) 肺がん

1) 概要

肺がんは、原発性気管支肺がんとも呼ばれ、気管支粘膜上皮に起源する悪性腫瘍を指します。葉、分節気管支開口部以上に成長する腫瘍は、中心型肺がんと呼ばれ、(分節以下の気管支の癌腫は末梢型肺がんと呼ばれ、わが国で最よく見られる悪性腫瘍の一つです。疫病学によると、肺がんの発症率は40歳以降に急上昇し、70歳でピークに達しています。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

2) 臨床徴候

咳が肺がんの早期信号です。がん細胞の成長により、気管支壁の正常な構造が破壊され、気管支を刺激し、咳を引き起こすためです。抗生物質や咳止め薬でも緩和せず、次第に重症化し、たまには血痰と胸痛が発生します。がん腫が大きく成長するため、気管支に程度の異なる阻塞が起こる場合、胸の圧迫感、喘息、息切れ及び局所性喘鳴、局所的肺気腫などの症状と身体的徴候が現れます。

3) ハイリスクグループ

①年齢 45 歳以上。②喫煙。③肺結核既往歴、特に結核の癍痕がある者。④職業性発がん性物質の接触歴があります(例えば、アスベスト、無機ヒ素化合物、ばい煙、タール、石油中の PAH)

4) 早期スクリーニング

ハイリスクグループ、特に喫煙指数が 400 年本（1 日あたり喫煙本数×喫煙年数）に達する場合、定期的に胸部 X 線または CT 検査を受けます。下記症状がある場合、必要に応じて気管支内視鏡検査を受けます。①原因不明の胸痛、血痰。②炎症が肺の同一部位に繰り返して発生し、積極的な抗炎症治療を受けても効果がよくありません。③肺結核病人が病状が安定した後、突然再発し悪化します。④肺の局所的肺気腫または無気肺の患者であります。

5) 診断

肺がんの臨床診断は、臨床症状と各種の画像検査の結果に基づいて総合的に分析しなければなりません。刺激性の咳、空咳または白い泡沫状の痰、血が点在し、または糸状の血が存在する痰、胸の圧迫感、喘息、息切れなどの症状といった肺がんの典型的な徴候、または局所性喘鳴、または局所性肺気腫など身体的徴候に、X 線胸部検査で肺内に密度が均一で、縁が不規則でまたは枝分かれする腫れ物、または肺内に円形または楕円形で、縁に切られたような跡または刺のような影、局所的肺気腫、無気肺が見られるなどの所見を合わせても、初歩的な診断しかできません。肺がんの典型徴候が現れ、また、痰の細胞学的検査でがん細胞が、または気管支内視鏡検査でがんの病変が見つかった場合、診断を確定できます。

6) 治療

患者適応症に応じて、放射線療法、化学療法、手術治療などを実施します。臨床実務者は、患者に、専門病院で患者の臨床的時期分けなど状況に応じて、ふさわしい総合的な治療プログラムを選ぶようにアドバイスすべきです。

(5) 胃がん

1) 概要

胃がんは、胃の悪性腫瘍のうち、最もよく見られる一つで、胃の原発性悪性腫瘍の 80% 以上を占めています。どんな年齢でも発生し得ますが、中年以降に多発し、約 70% の症例が 40～60 歳の間に発生されます。特に 50～60 歳が一番多いです。

2) 臨床徴候

胃部の疼痛が往々にして胃がんの早期徴候です。患者はしばしば上腹部に不快感、膨満感、胃もたれを覚え、一般的な胃薬を服用すると緩和することもあります。さらに食欲不振、やつれ、倦怠感が現れます。

第四部分中高年

これはしばしば、胃がんの最初の症状です。また、よく悪心と嘔吐が随伴します。胃の既往歴のない人は、いったん現れると、直ちに注意すべきです。これも胃がんの早期の信号の一つなのです。なお、上腹部の深い圧痛はしばしば早期の胃がんの唯一の身体的徴候となります。

3) ハイリスクグループ

①飲食について漬物を好みます。②萎縮性胃炎があります。③悪性貧血。④胃がんまたは大腸がん家族歴があります。⑤血液型はA型です。⑥胃切除術後十年以上の者。⑦喫煙者。⑧胃内でヘリコバクター・ピロリを感染する者。

4) 早期スクリーニング

ハイリスクグループについては、1～2年に1回、定期的に胃内視鏡検査を行います。50歳以上の病人で、上腹部痛、腹部膨満感、食欲不振、貧血、吐血、黒い大便または原因不明な体重減少など、疑われる症状がある者は、なるべくすみやかに診断してもらい、さらなる検査を受けるべきです。

5) 診断

胃がんのハイリスク患者に胃がんの臨床徴候が現れると、上消化管造影と繊維胃内視鏡生検と合わせて診断を確定できます。

6) 治療

手術による切除は胃がんの主な治療手段で、現在、胃がんを治癒させる唯一の方法でもあります。病人の身体状態や、腫瘍の病理学的類型、侵入範囲（病期）と進展の傾向に応じて、放射線療法、化学療法などを施します。

(6) 肝がん

1) 概要

原発性肝がんは、全世界で最よく見られる悪性腫瘍の一つで、わが国は肝がんが多発する地域です。悪性腫瘍による死亡の2位となります。この病気は、どんな年齢にも発生し得ますが、中高齢者には発生が少ないです。高齢者肝がんは発症が気づきにくく、進展が迅速で、その予後は、自然な病気経過、病理学的形態、組織学的分類及び治療法に関わっています。

2) 臨床徴候

肝がんは発症が気づきにくく、進展が迅速で、一部典型的症状は、疾患が中・末期に進展しないと発現しません。しかし、その時になると、すでに手術の機会が失われたこととなります。そのため、ハイリスク患者に食欲の顕著な減退、右上腹部の鈍痛、倦怠感、やつれ、原因不明な発熱及び水腫、黄疸、腹水、皮膚の痒みなどの症状が現れると、これに留意すべきで、なるべく早期に病院で検査を受けるようにしたいものです。

3) ハイリスクグループ

①肝硬変。②慢性B型肝炎またはC型肝炎の者、うちB型肝炎は、わが国で肝がんの最も主要な発がん要素で、その平均発症年齢は約55歳前後です。③肝がん家族歴。④過度の飲酒。⑤アフラトキシンを含有する飲料水または食物の飲食。

@

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

4) 早期スクリーニング

現在、一般に認められているスクリーニング指標としては、血清 α -フェトプロテイン (AFP) 及び肝臓の超音波検査があります。AFP は、現在、肝細胞がんの診断で特異性が最も高い方法の一つで、ハイリスクグループについては、通常、3 ヶ月毎に 1 回検査を行います。超音波検査は、直径 2cm の占拠性病変が発見でき、今のところ、比較的に優れており、位置を確定する上で価値のある非侵入性検査方法です。

5) 診断

AFP $>400\mu\text{g/L}$ の場合、肝がんの可能性が高度に疑われます。なるべく早く画像検査 (超音波、CT、MRT、動脈造影、核医学) と関連検査を実施し、早期の発見、診断、治療を図ります。

(6) 治療

手術治療は肝がんの一番望ましい治療法で、腫瘍組織を完全に除去することで、治愈の目的を達成します。他の治療法としては、ラジオ波焼灼、マイクロ波焼灼、高密度焦点式超音波、動脈化学栓塞療法、放射線療法、免疫療法と漢方薬治療などがありますが、主として各種の原因で手術治療を受けられない患者を対象とします。患者の適応症と具体的な状況に応じて、ふさわしい総合的治療プログラムを選びます。

四、認知機能障害の対策

認知機能障害は、軽度の認知機能損害から認知症まで、広く各種の原因による各種の程度の認知機能損害を指します。認知機能障害は、中高齢者の健康と生活の質に影響する重要な疾患になっています。認知機能障害の徴候は、記憶障害、失語、失認、失行及び視空間障害などに加え、不安、抑うつ、激高、衝動など情感行為障害も含まれます。このような感情と行為障害もまた、患者を障害者とする原因で、社会や家庭に大きな負担をもたらします。そのため、医師にとって、早期の認知能力障害への認識を高め、速やかに早期診断をするのが非常に重要なことです。早期の介入は、認知機能の低下と行動問題の発展を遅らせ、患者がより長い時期内に、基本的な認知機能を維持するようにし、患者及びその介護者の生活の質の維持と改善に有利です。

(一) 予防

認知機能障害の発展は長期的な過程で、臨床前の数十年からも開始することがあります。疾患が進展する後期、特に認知症が発生後になって治療を開始しても、認知機能低下の進展を遅らせることはできますが、治療効果が顕著でなく、費用が高いなどの問題が存在し、また、すでに存在する損害は多くの場合、元には戻れません。そのため、早期介入は、重要な意味を有します。アルツハイマー病 (高齢者認知症) 予防は、中年から始め、また、高齢者認知症は、例えば、認知症前期に発見され、生活で相応の措置が講じられれば、その進展が制御できるものです。また、ある程度良い方向に向かわせることもできます。

1. 各種の危険要素の積極的な防止

各種危険要素のうち、血管性危険要素が発見・制御できるものであるため、ハイリスクグループのスクリーニングと介入についてとくに重視したいものです。

第四部分中高年

高血圧症、脳アテローム性動脈硬化症、脳血管病、糖尿病及び冠状動脈性心臓病の患者は早期発見・早期治療のために、いずれも記憶及び知能の検査を受けるべきです。治療は早いほどその効果が良くなります。

2. 生活や飲食に注意し、良好な生活習慣を身につけます

生活・飲食を規則正しくし、タバコ・飲酒をやめ、良好な生活習慣を身につけます。早寝早起し、十分な睡眠をとり、時間通りに食事をし、排便し、便通を良くすることは、加齢性認知症の予防にとってポジティブな意味があります。食事については、3定3低と2戒を目指します。即ち定時、定量、定質(高タンパク、高不飽和脂肪酸、高ビタミン(低脂肪、低塩分。また、タバコと飲酒を止めること。魚介類を多く摂取し、ピーナッツ、羊の脳、竜眼、紅棗など脳に良い食べ物をよく食べます。野菜、果物を多く食べて、有益なミネラル、ビタミンと微量元素を補充します。(また、アルミ製品の使用の減少、魚、肉、野菜のつけもの、カビの生えた食糧、油類、ピーナッツ、肉類及び果物など食品、および茶器または水器の長時間の使用後に発生する付着物など、加齢性認知症発生につながる可能性のある一部食物を避けます。

3. 感情の調節

楽観的な感情を保ち、不良な精神的刺激を避け、大脳組織機能の損害を防ぎます。(抑うつ、考えすぎは血管の収縮、血液の供給不足及び内分泌障害を引き起こし、疾患を誘発します。また、家族の和みを維持することで、いい気分を保ち、耐病性を高めます。

4. 適度の運動

適度の運動で体を鍛えます。高齢者に多くの趣味を持たせ、高齢者の生活の選択肢を豊富にします。散歩、ジョギング、水泳、山登りなど、自分が好きで、力が及ぶ範囲内で運動をします。散歩、ジョギング、太極拳、体操、ゲートボールなど、適切な運動は、血液中脂質の低減、ダイエット、高血圧の改善に有利で、血液循環を促進し、大脳への良好な血液供給を確保し、脳神経細胞の保護には無視できない作用を果たしています。

5. 脳部の鍛錬の強化

脳部の鍛錬を強化することで、思考を強化し、脳部の血液循環及び細胞の新陳代謝を加速させることができます。たとえば、チェス、魚釣、パズル、絵描きなど活動は、脳力を維持するのに有益です。様々な人々と接触し、コミュニティの文化的活動に参加し、独居を避け、豊富な居住環境及び社会的交際を保つことは、感情の改善、気分の調整に有利です。

6. 早期発見

中高齢者本人でも家族でも、生活の中で次の状況に気づいたら、認知機能障害の発生に注意したいものです。例えば、過去のことははっきり覚えていますが、最近起きた事は覚えていません。高齢者本人に、「何かを言ったらすぐに忘れてしまう、よく何々をどこにおいてきたのか忘れた、知り合いの名前が思い出せない、うちの電話番号忘れた、買い物に出かけるときよく忘れ物する」といった状況が毎日のように起こって、あるいは週に4～5回位上起きたら、認知機能障害がすでに発生した可能性があります。

主な認知機能障害としては、①記憶障害(しばしば早期症状と考えられます)。例えば直近の出来事の記憶、個人の経験の記憶、生活の中での重大イベントの記憶障害。②オリエンテーション障害:時間、場所、人物がはっきりわかりません。③言語障害:言葉選びの困難、読み書きと理解の困難。④視空間能力損害。⑤計算力の低下。⑥問題の判断・解決能力の低下、が挙げられます。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

(7) 早期治療

毎年、約 10%～30%の認知機能障害患者は認知症に進展します。また、加齢性認知症のうち、2/3の患者は認知機能障害から進展したもので、正常な高齢者は毎年、わずか1%～2%が認知症まで進展します。認知機能障害は、日常生活への影響があまり顕著でないため、無視されやすく、患者と家族とが異常に気づいたら、往々にしてすでに中等度認知症に達しています。認知症と高血圧、脳卒中、高脂血症、脳白質希薄化、糖尿病、加齢、喫煙、過度飲酒、低教育水準などと密接な関係があります。そのため、高齢者に記憶障害が現れ、上記疾患が随伴する場合、速やかに病院に行き、専門医師に頭部CT、NMR、神経心理検査など関連検査をしてもらい、早期介入によって認知症の発生を遅らせます。診断が早いほど、介入の効果が良いため、早期発見、早期治療を推奨します。

(二) 診療と治療

認知機能障害の対策として、各種危険要素、特に制御可能な血管性危険要素を積極的に識別・制御し、認知機能障害の発生を減少します。以下は中高齢者の临床上よく見られる認知機能障害疾患です。

1. 認知症

(1) 概要

認知症は、複数の認知機能不全を特徴とする後天性臨床症候群で、その程度は、患者の職業と社会活動に影響するほどのものです。認知症は、単一病因でも複数病因でも可能です。病因と発症メカニズムによって、これらの認知・非認知機能障害または障害の諸症状と身体的徴候も異なる順序と組み合わせで現れ、異なる臨床症候群を構成します。認知症の病気の経過と予後は病因によって異なり、進行性または静止性があり、また緩和も可能です。

(2) 臨床症状

- 1) 認知機能不全：徴候は、記憶障害、言語障害または失語、失行、失認、実行能力障害などです。
- 2) 非認知機能障害：徴候は、空間認識障害、判断・予見能力障害、脱抑うつ行為、言語、歩容と運動、精神と行為障害、譫妄などです。
- 3) 病気の経過：認知症は、病因によって、進行性、静止性と漸次改善性に分かれます。例えば、典型的な加齢性認知症は、知らないうちに発症することが多く、その経過は進行性の悪化を呈します。血管性認知症は発症が更に速く、病気の経過は段階的な悪化と不可逆性を呈します。他の疾患に続発する可逆性認知症は、その病気の経過及び予後がその病因と病理学的性質及び深刻さ、効果的な治療の利用可能性と適時性によって決まります。

第四部分中高年

(3) 診断基準

ICD-10 と心理障害診断・統計マニュアル (DSM-IV) にもとづき、認知症の臨床診断基準は以下の通りです。

1) 複数種の認知機能不全

①記憶力障害 (順行と逆行性記憶障害)

②失語、失行、失認、計画・組織・手順と抽象的思考などの計算と操作能力不全など、一種または複数種の他の認知機能不全。

2) 認知機能不全の程度は社会または職業機能と日常生活を深く影響・攪乱します。認知機能不全は、これまでの機能水準に比べて見られる低下です。

3) 認知機能不全は、進行性悪化を呈し、少なくとも 6 ヶ月の病気の経過を必要とします。

4) 意識障害はありません

5) 認知機能不全が譫妄状態の時に現れた場合、譫妄と併存すれば、譫妄が回復し、消失したあとでも、認知機能障害は引き続き存在します。

2. アルツハイマー病 (AD)

(1) 概要

AD は、原発性神経変性性認知症のうち最よく見られるタイプで、アルツハイマー型神経変性性認知症と呼ばれ、略して AD と呼ばれます。その有病率は年をとるに連れて増加し、65 歳層の発症率は毎年 0.5%、85 歳以降になると 8%になります。

アルツハイマー認知症の病因はいまでも不明ですが、一般に認められている変更関連の危険要素としては、年齢、家族遺伝、脳外傷などがあります。また、感染学説、免疫学説、神経栄養因子学説、遊離基学説など多くの仮説もあります。

(2) 診断要点

1) スクリーニング診断：記憶など認知障害が疑われる患者から認知機能障害を確認した一部患者を洗い出します。最もよく用いられるのは、精神状態短時間検査表 (MMSE) です。

2) 認知症候群の診断：スクリーニング試験で認知機能障害と確定した患者が認知症候群に属するかどうかを確認します。最もよく用いられるのは ICD-10 と DSM-IV を合わせた臨床診断基準です。

3) 除外診断：認知症状が現れる他の神経系または全身性疾患、及び薬物と中毒による認知症 (続発性または可逆性認知症) の可能性を除外します。患者には、詳しくて信頼できる既往歴、詳細な健康診断、神経系検査とルーチンな化学試験検査が必要です。また、患者の具体的な状況に応じて、実験室検査、画像検査その他検査を行い、続発性認知症の可能性を除外します。

4) 診断：診断確定は、脳組織の病理学的検査のみを根拠とします。臨床診断の信頼度は、「可能性 AD」の水準しかありません。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

(3) 治療

1) 社会心理治療：治療の基盤と重点は、社会全体の AD 疾患に対する正確な認識を高めることです。いかなる薬剤による AD 予防と根治も期待できません。社会と家族の認知症患者への重視と支援と関心を高めるのが治療上の肝心なところです。

2) 症状改善のための薬剤：常用する薬剤としては、アセチルコリンエステラーゼ阻害剤、抗アセチルコリンエステラーゼ製剤（例えば、アリセプト、エクセロンとガラントミンなど）メマンチンがあります。

3) 抗 A β 免疫療法

4) 精神行為障害の治療：患者に精神、行為、感情、情緒障害と睡眠障害が現れる場合、正確に評価し、原因または誘因を究明し、社会環境と心理療法と薬物療法を組み合わせます。

3. 血管性認知機能障害 (VCI)

(1) 概要

従来のには血管性認知症 (VaD) と呼ばれます。VCI を Vad に代替すると、「脳のハイリスク段階」から、中等度と重度の認知症まで、すべての血管病因による認知障害疾患スペクトルが含まれるようになります。単純な血管要素の認知症も、血管病変と要素を合併する類型の認知症も含まれます。一方、VaD という名称は、VCI の一つの主な亜型として残されています。現在、この病気の一般に認められている危険要素は以下のとおりです。

①介入不能な要素。たとえば、加齢、種族、性別。②動脈硬化関連要素：高血圧、喫煙、心臓病、糖尿病、高脂血症、高ホモシステイン血症、閉経期。③非動脈硬化要素：遺伝子、血行力学的変更、飲酒、アスピリンの応用、精神的ストレス状態、職業被曝、化学薬品、社会経済的要素。④脳卒中関連要素：部位、病変の数、白質病変及び脳組織喪失の体積。⑤その他：運動、飲食（魚）肥満と夜間睡眠時無呼吸症候群

(2) 臨床症状

VCI と AD の最も大きな違いは、その臨床症状が認知機能障害（認知症）に限られないことです。VCI の臨床症状は、さらに①認知機能障害。②神経系の局所性症状と身体的徴候。③血管性危険要素。④特徴性的な実験室と画像検査の所見（大脳皮質の下での白質病変が最もよく見られます。）を含みます。

(3) 診断要点

VCI の臨床診断には、2つのルートがあります。一つは、患者または家族が認知機能障害を訴えることで、二つは、脳卒中患者のうちから認知機能障害を発見することです。いずれも認知症の診断手順通りに実施すべきです。

1) VCI のスクリーニング（認知症）手段：最もよく用いられるのは MMSE 表です。

2) VCI の初歩的診断：Hachinski 虚血スコアによるスクリーニング。スクリーニングされた VCI 患者は、その偽陽性率が 21%~58%にも達しているため、単独で VCI 患者のスクリーニングに用いるべきではありません。この目的のために、VCI 診断のための専門的な基準を追加しても良いです。

(4) 治療

大量の疫学学的証拠により、血管性危険要素の効果的な制御が認知機能の低下を遅延させ、認知症の発生を減少することが証明されています。

第四部分中高年

そのため、高血圧、高血糖と脂質異常を積極的かつ厳格に制御し、EBM の要求に基づいて、関連薬剤を合理的に選択します。(抗血小板と抗凝固療法を重視します。)

1) 病因治療：VCI は、多くの血管性疾患によるもので、VCI の診断と同時に、病因をはっきりさせ、相応の治療を施すべきです。VCI は、しばしば2つ以上の病因によるものです。

2) 認知障害の治療：AD 治療用のアセチルコリンエステラーゼ阻害剤を採用します。アリセプトも VCI について有効です。

3) 予防療法：VCI 患者の多くは、複数種の血管危険要素があり、相応の処理を必要とします。治療の重点は、早期治療で、その病因、血管危険要素と認知機能障害を積極的かつタイムリーに治療することです。

4. 軽度認知機能障害 (MCI)

(1) 概要

MCI は、認知症に進展する高度な危険性があります。外国の文献によると、MCI 患者が認知症に転化する年間発症率は 10%~15%とのことです。多くの MCI 患者にとって、MCI は、加齢と認知症の過渡段階です。MCI の健忘型は、可能性 AD の前駆期と考えられます。MCI は一番治療にふさわしい段階で、特に予防性治療段階がそうです。MCI は、異質性病種であり、異なる認知機能特徴と臨床進展過程があります。このような差異は、遺伝子、生理と環境要因が相互に作用する結果によるもので、どんな MCI 患者の転帰も肯定しにくいです。一部は長期に渡って正常を保ち、ひいては元の正常状態に復帰できますが、一部は認知症にまで進展します。

(2) 診断の要点

1) 客観的な記憶障害の訴え：本人、家族または医師が患者の記憶障害を発見し、本人のこれまでの水準と比べて、記憶が減退します。

2) 記憶障害の客観的な検査の証拠：2 項目の延長記憶検査で、少なくとも一項目の得点が正常の同年齢者の平均値より低くなっていますが、神経心理の詳細な検査ではその他の面で有意な不全が見つかりません。

3) 正常な日常生活動作の維持：一部複雑な日常活動には軽微な影響が出ますが、その深刻さは現在の診断基準には達していません。

4) MMSE スコアは 24、臨床認知症評価表 CDR のスコアは 0.5 です。

5) うつ病、他の精神心理疾患、意識障害と中枢神経系活性薬剤の服用の可能性を除外する必要があります。

(3) 補助的検査

画像検査で側頭葉の萎縮、脳脊液 tau 蛋白濃度の増加と A β -42 の水準の低下、及びアポリポタンパク質 E4 とイベント記憶の欠損が発見されると、予後の判断に役立ちます。上記発見のある MCI 個体は、AD に進展しやすいからです。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

(4) 治療

その目的は、MCI 個体が AD 患者に進展するのを阻止し、または遅延させることです。MCI は予防性治療の一番望ましい時期ですが、この目的を達成できる肯定的な治療手段は未だにありません。

健康相談

よく見られる病気に関する健康相談は、主として2つの点があります。一つは、効果的な相談に通じて、サービス対象が適切な技術情報について知った上での選択をするように支援することです。(一つは、ライフスタイルに関するよくある質問に答え、疑問を解消し、誤解を解け、サービス対象が健康なライフスタイルを理解し、不良な生活習慣を変え、不良な行為の危害への認識を高め、行動を変える自信を強化し、社会的支援を強化することに貢献することです。

Q&A

1. ペッサリーの正しい着脱の方法は？

(1) 装着：手を洗い、しゃがみ、両足を開けて、一方の手でペッサリーの柄を握り、本体を傾斜位で膣口に入れます。本体が子宮頸に着くまで柄を押し入れながら前へ回転させます。完成後、柄の曲がった部分が前に向き、恥骨弓の後に向かっています。

(2) 脱着：指で柄を握り、上下左右に軽く振り、負圧が解消されれば、後の方向に向かって外へ引き出せば、膣内から滑り出ます。

(3) 注意事項：①装着前に、体内には、一定水準のエストロゲンが必要です。閉経後期の女性は、性ホルモン補充療法を受け、または定時的に膣エストロゲンクリーム剤を使用することができ、後者の効果はより良いです。通常、ペッサリーを使用する前の4～6週間からエストロゲンクリーム剤を使用し始め、装着期間中にも使用し続けたほうが良いです。②ペッサリーの大きさは人によって異なりますが、装着後脱落せず、不快感もないのが理想的です。③ペッサリーは、毎朝起床後に装着し、毎晩就寝前に取り出し、洗浄後、次の使用に備えます。長時間装着すると、ペッサリーの嵌頓、ひいては圧迫壊死性尿瘻と糞瘻が起こることもあります。④装着後、3～6ヶ月に1回再度検査してもらうべきです。⑤Ⅲ度子宮脱に随伴する骨盤底の顕著な萎縮、及び子宮頸または膣壁の炎症または潰瘍がある者には使用を勧めません。月経周期と妊娠期には、使用を中止します。

2. 尿失禁をどう予防しますか？

(1) 尿路感染症の防止：大・小便後前から後へトイレットペーパーをふく習慣を見につけ、尿道口感染を避けます。性生活の前に、夫婦はまずぬるま湯で外陰を洗い、性交後、女性は直ちに尿を全部排出し、外陰を洗浄します。

(2) 規則的な性生活の維持：研究によると、閉経後の女性が規則的な性生活を維持すると、卵巣のエストロゲン合成機能の生理性退化を著しく遅延させ、腹圧性尿失禁の発生を減少すると同時に、他の加齢関連疾患を防止し、健康水準を高めることができます。

(3) 運動の強化：各種の慢性疾患を積極的に治療します。肺気腫、喘息、気管支炎、肥満、腹腔内の巨大腫瘍など、いずれも腹圧の増加を引き起こし、尿失禁につながります。

第四部分中高年

これらの慢性疾患を積極的に治療し、全身の栄養状況を改善します。同時に、適切な運動と骨盤底筋群のトレーニングを行います。最も簡単な方法は、毎朝起きてベッドから降りる前と夜背臥位で就寝する前に、それぞれ45～100回の肛門収縮と肛門を引き上げる運動をすれば、尿失禁の状況を著しく改善できます。

(4) 出産後、十分な休憩をとり、早い時期に重い負荷やと疲労にかかってはなりません。毎日5～10分間肛門の収縮をします。普段は小便を我慢せず、ダイエットも心がけます。出産の傷があれば、速やかに修復してもらいます。

(5) 便秘による腹圧増加を防ぐために、あっさりしたものを食べ、繊維素が豊富な食べ物を食べます。

3. 前立腺炎は性機能障害につながりますか？

いいえ。前立腺炎は、男性によく見られる疾患ですが、勃起機能と神経系、生殖内分泌系、陰茎の解剖構造と密接な関係があります。前立腺炎は上記系統には直接影響を及ぼさないため、男性の性機能に直接害を及ぼすことはありません。しかし、前立腺炎患者には、射精痛、睾丸が引っ張られるような痛み、不快感など症状があり、患者には精神、心理的なプレッシャーをかけ、従って性機能に影響をおよぼすことがあります。そのために、患者は、不必要な心配を減らし、資格のある医師による治療を受けると同時に、長時間座ることを避け、辛いものを少なく食べ、過度の飲酒、過度の性生活など不良な生活習慣を変え、炎症を効果的に緩和させます。

4. 単純な収縮期高齢者高血圧の患者が降圧について留意すべき点は？

年をとるに連れてお年寄りの単純な収縮期高血圧の発生率は増加すると同時に、脳卒中の発生率も急上昇します。高齢者の脈圧と総死亡率と心血管系イベントは顕著な正相関関係を呈するため、高齢患者の降圧療法は、収縮期血圧の基準達成と同時に、血圧を下げすぎないように強調すべきです（拡張期血圧は、65mmHgを下回ることを勧めません）。降圧療法を忍耐できる前提で、次第に基準まで降圧します。早すぎる降圧は避けます。降圧の忍耐性が良好な患者については、積極的に降圧療法を行い、収縮期血圧が高く、拡張期血圧が高くなく、ひいては低いISH患者については、治療がやや困難です。どう処理すればよいのか、いまだに明確な証拠はありません。参考となる提案：DBP<60mmHgの場合、SBP<150mmHgだと、薬を投与せず観察しますが、SBPが150～170mmHgの間だと、降圧剤を慎重に、少量投与します。SBP≥180mmHgだと、降圧剤を少量投与します。降圧剤としては、小投与量の利尿剤、カルシウム通道遮断剤、ACEI、またはARBなどがあります。投与中に、病状の変化をこまめに観察します

5. 症状のない高血圧でも治療が必要ですか？

必要です。血圧の上昇の人体の主要臓器に対する損傷は長期的な慢性過程です。早期と中期には、損傷が顕著ではなく、身体検査の時に、臓器機能と形態が正常であることもありますが、一旦、臨床症状、特に機能障害が現れると、すでに大脳、心臓と腎臓など重要な臓器の永久性不可逆性の損傷をもたらしています。そのため、なるべく早期に発見し、高血圧を制御すると、臓器の損傷を避けて、または遅らせることができます。

6. 糖尿病患者は野菜を摂取量を制限せずに多く食べることができますか？どんな野菜の糖分含有量が低いですか？

野菜は、糖分含有量が低いですが、摂取し過ぎると他の食物の摂取量に影響をおよぼし、栄養の不均衡をもたらします。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

糖尿病患者は、総エネルギーの摂取を制御し、各種栄養物質を合理的かつバランスよく配分すべきです。

糖分含有量が低い野菜としては、大根（白大根、赤大根、緑色大根）、ナス、トマト、トウガラシ（ピーマン、パプリカ）、トウガン、キュウリ、ヘチマ、ツルレイシ、ペポカボチャ、ニラ、ハクサイ、チンゲンサイ、アブラナ、カリフラワー、ブロッコリー、キャベツ、ハウレンソウ、セロリ、レタスなどがあります。

7. 糖尿病患者はどんな果物を食べていいですか。どんなものは食べないほうがいいですか？

血糖の制御が思わしく、高血糖または低血糖の状況がない場合、リンゴ、ナシ、モモ、サクランボ、アンズ、ブドウ、ダイダイ、ミカン、パイナップル、キウイフルーツ、スイカ、キュウリ、トマトなどの果物を食べてもよいでしょう。（新鮮なナツメ、リュウガン、レイシ、バナナなど糖分含有量が高い果物は食べないほうが良いでしょう。）

8. 認知症患者には、労働を少なくしてもらい、休憩を多くとってもらうべきですか？

一部家族の方は、患者の方がよく忘れ物をし、手足もうまく動けないため、家事をなるべくさせないようにしたり、（お金の計算がうまく出来ないため買い物に出かけさせなかったり、自分の名前が書けなくなると頭が悪くなったと思って出来る限りの事はさせなかったりします。速やかに病院で見てもらい、早期発見・早期治療を図ればこそ、早期に効果を上げることができます。）

9. 現在の高齢者認知症は、対症療法だけで、根治は望めず、病院で診てもら必要はないと思っている者もありますが、正しいですか？

早期診断、早期治療は、疾患過程で現れる、精神症状を含む各種症状をなるべく減少し、認知症のさらなる発展を遅らせます。軽度と中等度の患者は、治療を経て、疾患の進展が遅延します。ひいては、治療に通じて、一部機能を回復し、家族の介護の負担も減ります。

10. 中高年認知症対策における漢方薬の作用は？

(1) 薬剤予防：漢方医学理論では、認知症の多くは、陽虚血瘀、脳失精明によるものと考えられています。臨床では、多くの場合、補腎、益気養血、化瘀祛痰開竅を中心とします。ですから、お年寄りで陽虚の者は、健脾補腎、活血化瘀のものをよく服用することができます。一部研究者は、脳動脈硬化の進展を効果的に制御すれば、大脳組織の血流注入を変え、大脳代謝の正常を維持でき、認知症の発生の予防に対して、積極的な意味があると考えています。弁証法的な治療の上で、沢蘭、沢瀉、白術、黄芪、葛根、川芎などを状況に応じて使用することができます。

(2) 灸術による予防：灸術も扶陽化淤、延年益寿の効果があります。任脈の神闕、気海、関元、督脈の命門、大椎、腎俞、胃経の足三裏穴（両側）に灸術を施します。膀胱経の腧室及び経外奇穴の膏肓について、毎回五壮に灸術を施せば、補腎填精助陽の効果が得られ、衰老と予防認知症を防止する効果があります。

(3) 鍼術治療：益気調血、醒腦開竅、扶本培元を主な治療の原則とします。症状のタイプに応じて、ツボを選び、対症療法を行います。臨床でも良い臨床治療効果が得られています。

11. 脳認知症によく見られる病因は？

(1) 神経変性性認知症：アルツハイマー型認知症、前頭側頭葉変性症、Lewy 小体型認知症、皮質下性認知症など。

(2) 神経変性疾患に随伴する認知症：例えば、パーキンソン病、Huntington 病、皮質—基底核変性、筋萎縮性側索硬化—認知症など。

第四部分中高年

(3) 血管性認知症

(4) 他の疾患に続発する認知症

12. 高齢期認知症と、加齢性記憶減退、高齢者譫妄との違いは？

大量の臨床研究によると、50歳以上の高齢者の約50%に記憶力の低下が現れ、これは、加齢性記憶減退と呼ばれます。記憶障害も認知症の重要な徴候ですが、しばしば、記憶、集中、思考、理解、オリエンテーションと感情など様々な精神神経機能障害及び人格変化が伴います。一方、加齢性記憶減退は、通常、判断と思考の障害がなく、人格変化、計算、命名、注意力と集中能力も正常であるため、その区別は難しくはありません。

高齢者の譫妄には、記憶またはオリエンテーション障害が見られることがあり、認知症に非常に似ていますが、譫妄は多くの場合、症状が突如発生し、時には変動があります。夜間に顕著になり、環境の刺激または幻覚への反応は速くて強烈なものです。通常、身体の疾患、損失、摂食障害または術後など、一定の誘因があります。一方、加齢性認知症の発症形式は、早いものも遅いものもあり、進展が緩慢で、病状に顕著な変動がなく、記憶力について長期的なものが短期的なものよりよく、言語が単調でまたは失語し、また、睡眠の障害がないこともあり得ます。詳細な既往歴は診断に役立ちます。

13. 腫瘍の治療にはどんな主な方法がありますか？

ここ半世紀以来、腫瘍の治療は、学際的な総合治療の時代に突入しました。現在、国際医学界で一般に認められている発展傾向は、EBM治療の規範化と個別化で、主な方法として、外科治療、放射線治療、化学療法、生物的応答調節療法、漢方医学療法などがあります。

14. 腫瘍患者はリハビリ期に何に気を付ければ良いのですか？

腫瘍患者のリハビリ期は、身体の回復と精神の回復の両方が行われ、患者が各種の治療の効果を固めるための延長線です。感情を調節し、楽観的な気分で腫瘍と向き合います。(生活に留意し、規則的な生活をし、過度の疲労やのんびりし過ぎを避けます。(飲食を抑え、あっさりし、吸収しやすいものを食べ、栄養の組み合わせに気をつけます。(同時に、他の併発症を積極的に治療します。さらに患者自身の状況に応じて、適度の運動をします。

健康検査

1. 標的臓器の損傷の評価

患者の標的臓器の損傷(心臓、大脳、腎臓または血管など)の程度を評価することは、患者の早期の積極的治療への意識を高める上で重要な意味があります。たとえば、心電図検査では、左心室肥大、心筋虚血、心臓ブロックまたは不整脈が発見できます。腎臓の損傷は、主として血清クレアチニンの上昇、推計される糸球体濾過率の低下または尿中アルブミン排出量の増加によって判断されます。眼底網膜動脈病変は、小血管病変の状況を反映できます。大脳頭部磁気共鳴血管画像(MRA)またはCT動脈造影技術(CTA)は、ラクナ性病変または脳血管狭窄、石灰化とプラーク病変を発見できます。

2. 神経心理学検査

神経心理学検査は認知機能障害の重要な診断方法で、状況に応じて異なるスコア表を使って評価を行います。

@

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

例えば、スクリーニング尺度表（MMS など）総合評価尺度表（ウェブスター成人知能尺度表、臨床認知症尺度表、全体低下尺度表、AD 評価尺度表など）特定の認知機能検査（記憶、執行機能など）、精神行為尺度表（神経精神アンケート、Hamilton うつ病尺度表、高齢者うつ病尺度表など）があります。

3. よく見られる疾患の健康検査

- 1) 中高齢者層高血圧症のスクリーニング検査サービスとしては、主として既往歴の把握、身体検査、実験室検査、血圧測定、標的臓器の損傷程度の評価などがあります。
- 2) 中高齢者層糖尿病対策健康検査サービスとしては、主として無症状糖尿病患者のスクリーニング、血糖値モニタリング、糖化ヘモグロビン（HbA1c）、自己血糖値モニタリング、尿糖値モニタリングなどがあります。
- 3) 中高齢者層の認知機能障害の健康検査サービスとしては、主として神経心理学検査、神経画像検査、電気生理学的検査、実験室検査などがあります。
- 4) 中高齢者のがん予防健康検査サービスとしては、主として、がん予防検査を中心に、がん警報情報、ベースライン調査、物理的検査、実験室検査及び他の検査（例えば、超音波検査、胸部 CT、子宮頸 TCT、胃内視鏡、結腸内視鏡、PET-CT など）があります。

参考文献

- [1] 楽傑. 婦産科学. 北京：人民衛生出版社, 2007
- [2] 豊有吉, 沈鏗. 婦産科学. 北京：人民衛生出版社, 2010
- [3] 王臨虹, 趙更力. 女性保健学. 北京：北京大学医学出版社, 2008
- [4] 吳在徳, 吳肇漢. 外科学第 9 版. 北京：人民衛生出版社, 2008 年
- [5] 吳階平, 吳階平. 泌尿外科学. 濟南：山東科学技術出版社, 2009 年
- [6] 中華医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病対策指南 2010
- [7] 国家心血管系病センターと高血圧連盟. 中国：中国高血圧対策指南 2010
- [8] 中華医学会臨床診療指南心血管系分冊. 北京：人民衛生出版社 2009
- [9] 米国心臓病学院基金会（ACCF）/米国心臓病学会（AHA）、欧洲高血圧学会（ESH）2011 年米国高齢者高血圧コンセンサス 2011
- [10] 王瑜. 腫瘍の総合治療. 天津：天津科学技術出版社 2009
- [11] 李鏡冲, 王麗敏, 姜勇ら. 2010 年中国成年者の高血圧の罹患状況. 中華予防医学雑誌, 2012, 46 (5) : 409-413

第四部分中高年

ユニット3 健康な生活のための提案

中年は、生理機能の全盛期であり、老衰に入る過渡段階でもあります。しかし、中年者は、自己保健を無視しがちです。中高齢者によく見られる疾患としては、高血圧、高脂血症、冠状動脈性心臓病、脳卒中（ストローク）、悪性腫瘍、糖尿病、骨粗しょう症などがあります。これらの病気は、慢性非伝染性疾患で、単一の要素によるものではありません。その形成は緩慢で見えない過程であり、一旦かかると、一生治療を必要とします。

世界保健機関（WHO）の統計によると、1992年、世界の60%の死亡は不良な行為とライフスタイルによるもので、WHOは、健康と長寿の60%が自己責任だと指摘しました。そのため、健康は、居住環境と社会環境の影響もあるが、健康を維持するのは、基本的に個人の責任です。中年または更に若い時期から早期に準備をし、健康な生活習慣を身に付けければ、晩年になると依然として健康かつ積極的な生活ができます。

合理的な食事、適度の運動、禁煙・飲酒制限、心理的均衡が、健康の四つの柱です。健康なライフスタイルとは、健康に有益な習慣化した行為方式です。具体的には、健康的な飲食、適度の運動、喫煙しない、過度の飲酒をしない、心理的均衡を保つ、十分な睡眠を取る、日常の衛生を維持するなどです。中高年者の保健の確実な実施には、まず正しい保健理念（健康保健の生活化（医療化、専門化ではない））が必要です。一方、健康的なライフスタイルを採り、積極的に個人介護に参加することは、生命過程の各段階でも非常に重要です。

目標

一全体目標

生命過程で、運動と活動の欠如、不適切な飲食、喫煙・過度の飲酒など不良な生活行為は、中高齢者の慢性非伝染性疾患のリスクを増やします。健康教育、個性化した相談と良質な技術サービスによって保健知識を普及させ、疾患予防、定期的な身体検査など健康意識を高め、健康行為への転換に指導を提供し、中高齢者に健康促進、社会参加のための様々な機会を活用させ、疾患の危険要素に適時介入し、それを制御し、また、機能低下を予防し、寿命を伸ばし、生活の質を高め、中高齢者が自分の健康を維持・改善するように促します。

二具体的な目標

1. 様々な形の健康教育を継続することで、中高齢者に健康ライフスタイル関連知識を提供し、中高齢者が健康的な生活習慣を身につける意識を高め、不良なライフスタイルの危害とはなにか、健康的なライフスタイルとはなにか、及び中高齢者層に健康な生活モデルの知った上での選択をどう指導するかなど、各種の常用する自己保健方法の技術情報を提供します。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

疾患の早期発見のために、異なるグループにがん予防または他のよく見られる疾患のスクリーニングなど検査サービスを提供し、中高齢者が定期的、規範的な健康検査を受けるように提唱することも、健康教育の実施上の重点となる内容です。

2. カスタマイズした相談に通じて、異なる生理的段階または異なる社会経済文化背景にある中高齢者層の健康な生活に関する知識またはサービス情報へのニーズを満たします。

健康教育

中高齢者層の健康な生活のための提案と教育をしっかりと実施するには、家庭保健サービススタッフが関連する健康な生活の保健知識を理解し、既存の知識と能力の上、さらに健康な生活モデルの新たな進展と新たな方法を勉強する必要があります。集団講座と個別指導を組み合わせた方式で、関連知識と情報を的確にこれを必要とする個人またはグループに伝え、科学的な生活行為意識を高め、自身の健康に有利な行動を取らせます。中高齢者層の健康教育の形式としては、主として集団説明、グループディスカッション、個別指導と宣伝チラシ分配などがあります。

コミュニティの効果的な高齢者初級衛生保健に立脚することは、健康促進、疾患予防と介護され、体が弱い患者の慢性疾患の管理にとっても重要です。現在、中高年の健康な生活のための提案は、主として適度の運動（スポーツ活動）、歯と視力保護、タバコ・酒の抑制、社交活動などに関連します。健康な生活理念を樹立し、健康に有利な行為とライフスタイルを採用することにより、保健の目的を達成します。

一、適度の運動

サービススタッフは、身体活動と運動の提唱をし、身体活動に参加し、運動の意識のある者、外出・運動に積極的な態度を持つ者を増やし、その1日あたり歩行量を増加させ、定期的に運動に参加する者、コミュニティの運動設備を利用して体を鍛える者の数を増やします。

（一）中高齢者には運動が必要

身体活動の欠乏は、高血圧（13%）、タバコの使用（9%）、高血糖（6%）に次いで、全世界での死亡にかかる主な危険要素の四位になっています。（世界の死亡原因の6%を占めています）また、過体重と肥満は、全世界の死亡原因の5%を占めています。多くの国では、身体活動不足のグループの比率が増加し続けています。

第四部分中高年

また全世界での人々の全体的健康状況及び心血管系疾患、糖尿病とがんなど慢性疾患の有病率及び高血圧、高血糖と過体重など危険要素にも重要な影響があります。

規則的かつ適度のスポーツ活動に参加することで、機能低下を遅らせ、健康な中高齢者と身体に不快感を覚える中高齢者の慢性疾患の発生を低下します。例えば、規則的な身体活動は、冠状動脈性心臓病、脳卒中、2型糖尿病、高血圧、結腸がん、乳がん、骨粗しょう症と関節炎のリスクを低下させられる証拠があります。なお、身体活動はエネルギー消費の重要な決定要因で、エネルギー均衡を維持し、体重を制御するための基盤であるため、肥満のリスクを軽減できます。積極的な生活は、精神的健康を改善し、社会的なつながりを強化し、抑うつリスクを軽減します。積極的に活躍することで、高齢者は出来る限り長時間独立を保ち、転がるリスクも低くなります。したがって、活発な身体は、高齢者にとって重要な経済的利益があり、活発な身体は、高齢者の医療費用を大きく減らします。

(二) 中高齢者はどう運動しますか。

運動には、上記メリットがありますが、仕事のプレッシャーが大きく、家事が多くて、自分が体がいいので運動する必要はないと思っているなどの理由で、運動するグループには、中年者をあまり見かけず、また、多くの国では、高い比率の高齢者が長い間座りっぱなしで動かない生活をしています。政策とプロジェクトは、中高齢者の運動意識を高め、いつでもどこでも運動するよう提唱し、活発ではない人を老いていく過程で活発にさせ、また、活発になる機会を与えるべきです。安全なエリアを提供し散歩させ、運動量が適切な刺激的なスポーツ活動をさせ、中高齢者自らが組織し指導するコミュニティ活動をさせることなどは特に重要です。「何もしない」から「何かする」への行動変更と中高齢者の行動能力回復に貢献する身体リハビリプロジェクトは、効果的なものであり、費用対効果の要件に合致するものです。

全民健康ライフスタイル行動国家行動弁公室の、社会的グループの身体活動、適度の運動による健康ライフスタイル促進に関する基本的な提案は、日常生活で多く動きまわり、規則的な運動の習慣を身につけ、進んで関節柔軟性の活動と抵抗活動をし、関節の機能を維持・改善し、必要な防護措置をとり運動損傷を避けることです。具体的な内容は以下のとおり：

1. 日常生活で多く動きます。

体の活動は、家事、交通、仕事とレジャータイム活動の4点を含みます。

(1) 調理、選択、掃除、植物・ペットの手入れなど家事労働

(2) 歩行、自転車を主な交通機関とします。

(3) 公共交通機関に乗るときに、目的地まで1~2ストップ先で下車または一定の距離を歩行してから乗車します。

(4) 車で移動する時、車を遠いところに駐車し、歩行の機会を増やします。

(5) なるべく座ってまたは横になってテレビを見たり読書したりコンピュータを使ったりなどの静的活動を減らし、これらの活動と同時にて足を伸ばしたり、足踏みしたりなどの身体活動をします。

(6) レジャータイムに各種運動に多く参加する

2. 規則的な運動の習慣を身につけます。

心肺、筋肉、骨格の健康を促進し、身体のバランス・協調能力を強化するには、定期的に一定の強度の運動が必要です。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

運動の強さは、よく代謝当量（METs、メッツと訳されます。）で表します。通常、6メッツ以上の場合、強さが高く、(3~5.9メッツは中等の強さ、3メッツ以下の場合、強さが低いとされます。運動の強さはさらに千歩当量で表すこともできます。4km/hで5分間中速歩行の活動量は1千歩当量とします。各種活動は千歩当量で換算できます。表4-3-1を参照してください。

表4-3-1 1千歩当量に相当する各種よく見られる日常生活活動の所要時間

活動項目

メッツ

QE6N

千歩当量

時間 (分)

強さ

分類

歩行

W>,T 水平硬質表面(階段下り(山下り) 55 中

W>,T 水平硬質表面 @ 中

3W>,T 水平硬質表面(中低速階段登り) 5 中

3W>,T 水平硬質表面(549WM 有負荷階段登り) 53 中

3W>,T 上山(94WM 有負荷階段登り) 35 やや高い

自転車乗り

43W>,T 5 中

.3W>,T 35 やや高い

家事

服の手洗い @ 中

床の掃除 @ 中

子供との遊び、中等度の力を使うこと(歩く、走る) 5 中

エンタテインメント

スポーツ

バレーボール練習 55 中

朝の体操、仕事の合間の体操 @ 中

太極拳、ピンポン練習上階段下り 5 中

体操、バトミントン練習 9 中

テニス練習 53 中

グループダンス 中

歩き・走りの組み合わせ、バスケ練習 35 やや高い

ジョギング、サッカー練習、ローラースケート 95 やや高い

ジョギング(8km/h)、縄跳び(遅い)、水泳 5 やや高い

WHOは、食事、運動、健康に関する世界戦略を打ち出して、政策策定者に指導を提供し、規則的な運動習慣と健康なライフスタイルを身につける基盤としています。その提案は以下のとおりです。

(1) 18～64 歳年齢グループ

当該年齢グループの成年者にとって、身体活動は、日常生活、家庭とコミュニティ環境内のレジャータイムの活動、歩行または自転車などの交通、移動、仕事などの職業活動、家事労働、遊び、遊戯、スポーツ運動または計画的なトレーニングなどを含みます。

心肺、筋肉と骨格健康を促進し、慢性非伝染性疾患とうつ病のリスクを減らすため、以下のとおり提案します。

1) 18～64 歳の成年者は毎週、少なくとも 150 分間の中等の強さの有酸素身体活動を完成し、または毎週、少なくとも累計で 75 分間の高い強さの有酸素身体活動または中等の強さと高い強さの 2 種の活動相当量の組合せをしなければなりません。

第四部分中高年

2) 有酸素活動は毎回少なくとも 5 分間継続すべきです。

3) より多くの健康効果を得るために、成人は、有酸素活動量を週に 300 分間の中等の強さまたは週に 150 分間の高い強さの有酸素活動または中等の強さと高い強さの 2 種の活動相当量の組合せに増加し、毎週少なくとも 2 日間に大筋群がする筋肉力強化の活動に参加します。

(2) 65 歳以上の年齢グループ

当該年齢グループの成人にとっては、身体活動は日常生活、家庭とコミュニティでのレジャータイム活動、歩行または自転車などの交通移動、職業活動(まだ勤務しているのなら)、家事労働、遊び、遊戯、スポーツ運動または計画的トレーニングなどを含みます。心肺、筋肉、骨格と機能性の健康を促進し、慢性非伝染性疾患、うつ病と認知機能低下などのリスクを軽減するために、以下のとおり提案します。

1) 高齢者は、毎週少なくとも 150 分間の中等の強さの有酸素身体活動または毎週少なくとも 75 分間の高い強さの有酸素身体活動または中等の強さと高い強さの 2 種の活動相当量の組合せを完成すべきです。

2) 有酸素活動は毎回少なくとも 10 分間継続します。

3) より多くの健康効果を得るために、当該年齢層の成人は、有酸素活動量を週に 300 分間の中等の強さの、または週 150 分間の高い強さの有酸素活動または中等の強さと高い強さの 2 種の活動相当量の組合せを達成すべきです。

4) 活動能力が弱い高齢者は、毎週少なくとも 3 日間に平衡能力と転倒予防の活動をすべきです。

5) 毎週少なくとも 2 日間に大筋群が参加する筋肉力強化の活動をします。

6) 健康の原因で提案される身体活動量を完成できない高齢者は、能力と条件が許す範囲でなるべく多く活動すべきです。

3. 自ら進んで関節の柔軟性の活動と抵抗活動をし、関節機能を維持し、向上させます。筋肉と関節機能活動は、2 種に分かれます。一つは、基本運動機能についての練習、例えば、抵抗活動、関節柔軟性の活動などです。抵抗活動とは、特定の筋肉群が一定の抵抗に対抗することに参加し、繰り返して力を入れる過程を指します。一般の方の抵抗活動は、主として上肢、肩、胸、背中、腰、腹部、臀部、下肢を含む、身体の大筋肉群についてします。もう一つは、日常生活の活動を合わせて設計される機能練習、例えば、階段登り・下り、歩行、前後へ歩く、重い物を引き上げる、高いところの物を取る、しゃがんで立ち上がる、座っては立ち上がる、前かがみ、体を捻る、つま先で立つ、首を伸びて遠くを眺めるなどです。

(1) 骨関節または他の関連疾患の患者は、運動に参加する場合、専門医師に相談しておくべきです。

(2) 関節の柔軟性練習は、日常活動または有酸素運動にあわせて行っても良いです。週に 2~3 回やります。

(3) 筋肉、関節は頻繁に曲げたり伸ばしたりしないほうがよいでしょう。

(4) 抵抗活動は、週に 2~3 回やって、毎回 8~20 回繰り返します。

(5) 抵抗負荷は、ダンベル、ボトル、サンドバッグ、ゴムバンドなどジム設備でも、四肢と胴体自身の重量で、例えば、腕立て伏せ、懸垂などでも良いです。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

4. 必要な防護措置を採り、運動損傷を避けます。

(1) 運動用の場所は、平坦で、運動環境の中には一定の空気の対流を保ちます。

(2) なるべく昼間の高温、寒冷、特に寒冷を避けるようにします。風のある時に運動する場合、よく水を飲み、水分を補充するように気をつけましょう。お腹が空いていて、またはお腹がいっぱいになった後、すぐには運動しません。

(3) 運動の時に、襟、袖、胴の部分がゆったりした綿織物など、熱量発散に有利な服を選択します。歩行・ジョギングに適した運動靴とします。

(4) 運動前にウォーミングアップをし、運動後、リラクゼーション運動をします。

(5) 運動の過程中には、身体に不快感を覚えたら、直ちに運動を中止します。

(6) ある運動に参加する時、この運動の基本ルールを守り、運動の基本技術を身につけます。

(7) 身体活動量の調整については、活動量を次第に増えるようにします。例えば、2週間ごとに一定の活動量を増えます。

(8) 運動損傷があったら、適時処理します。

(9) 特殊な需要がある、または様々な慢性疾患を患っている人は、身体活動に参加する場合、まず専門家のアドバイスを聞く必要があります。

要するに、あらゆる年齢グループにとって、上述の身体活動の提案を受け入れ、積極的に身体活動をすることによって獲得する効果は、可能な危害をはるかに上回っています。週に150分間の中等の強さの身体活動の推奨量について言えば、骨格筋肉系の損傷はよく見られるものではありません。グループを基盤に提案を実施する際に、骨格筋肉系の損傷のリスクを軽減するために、適切な方式は、次第に増えるようにすることで、相対的に適度の身体活動量から、次第に高い身体活動量に移行します。運動にあたっては、必要な防護措置を取る必要があります。

二、歯、視力の保護

(一) 歯の保護（口腔衛生）

WHOは、歯の保護を提唱する「8020」運動で、高齢者の口腔健康の目標を「8020」として掲げました。即ち80歳の高齢者は、少なくとも機能歯、即ち、正常に食物を咀嚼でき、緩まない歯を20本保つことで、その目的は、歯の寿命を伸ばす事によって、長寿を確保し、命の質を向上させることです。歯を保護すれば、美食を楽しめるのみならず、会話、発音及び外見への影響など、対人コミュニケーションの面でも重要な作用を果たしています。また、生活習慣病と歯周疾患、肥満と咀嚼との関係、全身健康と歯・口腔健康との間の関係は最近、日増しに関心を引き寄せています。サービス提供者は、歯の保健を実施するとき、中高齢者に、歯周病の予防及び欠損歯の対策をさせるべきです。具体的には、為進行性歯周病の減少と、デンタルフロスで歯の清掃をする者の増加、80歳になって20本以上の永久歯、60歳になって24本以上の永久歯を持つ人数の増加、定期的なプラーク除去をする者の増加、定期的に歯科検査を受ける者の増加、となります。

第四部分中高年

1. 中高年齢層の歯の特徴

中年になると、口腔が生理的機能と解剖形態で退行性変性が起こるため、歯の病気は、身体的健康の脅威となる大きな潜在的な危険となります。特に 50 歳以降の中高年齢者は、歯の有病率がほぼ 100%です。中高年齢者の口腔疾患は、普遍性と広範性の特徴を持つが、国民にとって食事が非常に大事なことで、口腔と歯の健康状況は、咀嚼機能に影響し、中高年齢者の生活の質と健康に直接影響を及ぼす重要な要素です。第三回全国口腔健康疫病学調査の結果によると、わが国の中高年齢者のう蝕の有病率はそれぞれ 88.1%と 98.4%で、歯周健康率はそれぞれ 14.5%と 14.1%です。高齢者が患う根面う蝕のうち、98.1%が適時治療を受けていません。一人あたりのう蝕は 3 本、一人あたりの欠損歯数は 5 本です。中年者の 77%に歯茎出血があり、97%に歯石があります。調査データによると、高齢者グループの口腔健康知識の理解率は低いです。67.9%の者が年をとると歯が抜けるのが必然的なものと思っています。35.5%の者は歯の良い悪いは生まれつきのもので、自分の保護との関係があまりないと考えています。95%以上の者が科学的な口腔衛生方法に欠けています。現在、わが国の中高年齢者の最も主要な口腔問題は、口腔衛生知識の欠乏で、自らの口腔衛生意識が高くなく、(良好な口腔衛生習慣が足りず、口腔衛生がよくなり、(う蝕、とりわけ根面う蝕が深刻で、またそのほとんどが効果的な治療を受けておらず、歯周疾患が多く(高齢者の歯の喪失の主な原因)、(歯頸のくさび状欠損と口腔がんの有病率も増加傾向を呈しています。

口腔疾患によって、多くの中高年齢者は早い時期に咀嚼機能を喪失し、さらに心臓病、胃病、糖尿病、心血管系病と関節疾患及び併発症が起こり、または深刻になり、全身健康に大きな危害を及ぼし、さらに個体と社会の財政負担を増加し、自信と生活の質を下げることもあります。

2. 中高年齢者によく見られる歯の病気の類型及び予防

中高年齢者の口腔健康の問題は、主として歯周病、う蝕、歯の脱落と口腔がんなどです

(1) 歯周疾患

歯周炎は中高年齢者によく見られる病気ですが、う蝕のように人々に理解され、重視されるものではありません。歯周炎は、よく発作を繰り返し、歯周の健康を損ない、歯が緩み、抜ける現象を引き起こします。歯周疾患は、中高年齢者の歯の喪失の主な原因です。そのため、中高年齢者は、この病気への認識を高め、効果的な予防を図るべきです。

予防方法：毎日の朝と夜に保健歯ブラシで効果的な歯磨きをし、デンタルフロスを使用します。半年に一回、定期的に口腔検査を受けて、定期的に清掃(スクレーリングと呼ぶ)を受け、歯石と歯垢を取り除きます。食事のバランスを保ち、骨組織と歯茎の健康を維持します。歯周炎の対策として、薬だけでは問題を解決できません。歯周クリーニング、歯周洗浄、薬物の使用またはう蝕掻爬、フラップ手術による根治など、局所的な歯周治療を受けるべきです。さらに、これに合わせて、全身に薬剤を使用します。

(2) 根面う蝕

中年者のう蝕には、その特別な原因と症状があります：中年を過ぎると、歯周病と長期に渡る歯石の影響で、歯茎が萎縮し始め、歯頸と一部歯根は露出し始めます。これらの部位の硬さは、歯冠より低く、食物残渣が長時間歯の表面に存在すると、う蝕菌と食物中の炭水化物と反応し、酸を生成します。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

これらの酸はさらにエナメル質と反応して、エナメル質の表面が脱灰し、軟化し、解体します。最後に空洞を形成します。このようなう蝕の発生する位置が気づきにくく、痛みがないと発見されにくいです。治療しないと、歯の穴がますます大きく深くなり、象牙質の表層まで行くと、冷たい、熱い、酸っぱい、甘いものなど、刺激的な食べ物を食べると、歯が痛くなり、歯髄炎を引き起こし、最終的に激しい痛みになります。簡単にいえば、歯茎が後退し、歯根がさらわれた後、根面にう蝕が発生し、これは、根面う蝕と呼ばれます。

予防方法：フッ素含有の歯磨き粉で歯磨きし、定期的に歯の検査をし、早期発見、早期充填、早期治療を図ります。

(3) 象牙質知覚過敏

中年を過ぎると、歯面の摩耗と歯周の萎縮のため、歯の一番外の層であるエナメル質がすり減って、象牙質が露出します。この時、歯は局所的に冷たいもの、熱いもの、酸っぱいもの、甘いものに対して知覚過敏の症状が現れます。このような冷たすぎたりあつすぎたりする刺激によって、歯髄炎が起こり、歯の健康が損なわれます。

治療法：ぬるま湯で漱ぎ、歯磨きし、冷たすぎたり、熱過ぎたりする刺激を避ければ、歯髄の炎症の発生を軽減できます。よく生のクルミの実または茶葉を咀嚼し、または脱感作歯磨き粉で歯を磨き、病院で脱感作治療を受けるとよいでしょう。

(4) くさび状欠損

歯頸は、歯の構造の薄弱な部分であり、耐摩耗力が低く、この部位の唇、頬が2つの滑らかな斜面を形成しやすく、それによって生じる欠損は、くさび状欠損と呼ばれます。

形成の原因：①長期に渡って毛の高い、先端の大きな歯ブラシで横方向に磨きます。

酸性の食べ物を好みます。②胃病があります。③よく胃酸の逆流があります。

対策方法：①保健歯ブラシを使い、縦に磨くまたは回して磨く方法を使います。②酸性の食べ物を控えます。③胃病の治療。④病院で充填してもらいます。

(5) 口腔がん

50～60歳は、口腔がんの発生率が最も高い年齢グループで、口腔がんの発生は、喫煙、タバコの咀嚼、ビンロウの実の咀嚼、大気汚染、放射線、飲酒、局所的刺激、遺伝的要因など要素に関係します。

予防：①タバコ・飲酒をやめ、とりわけタバコとビンロウの実を噛まないこと。②熱すぎるもの、または刺激的な食べ物を食べません。③残った歯根、歯冠を処分し、鋭利になった歯の先端を丸く整え、不良な修復体を除去します。④長すぎる日光直射を避けます。⑤有害な工業物質に接触する仕事なら、防護措置を強化します。

(6) 歯欠損

歯は人体の重要な臓器の一つで、食物の咀嚼機能以外にも、発音、言語及び顔面の協調と美観を保つ作用もあります。

歯の欠損後の影響：①咀嚼機能が減退し、摂食障害が起こり、さらに消化機能全体に影響を及ぼします。②長期に渡る欠損歯によって、隣の歯が欠損歯の間隙に傾斜し、対顎歯が伸びます(歯の間で正常の接触関係が失われます)。食物が詰まりやすく、う蝕と各種歯周疾患ひいては顎関節の症状が引き起こされます。③前歯欠損：発音・会話の明快さには大きな影響があります。例えば歯音：Zhi、Chi、Shi、唇歯音：Fu、Fei、Feng、舌歯音：Te、Di、Deなど。

第四部分中高年

④歯が欠損した後、それに応じて生じる唇、頬の部分の軟組織の凹みと歯槽骨の萎縮は、容貌に一定の影響が生じます。唇は膨らみがなくなり、人を老けてみえます。

高齢者の歯欠損は比較的によく見られます。欠損した歯については、タイムリーに入れ歯で修復すべきです。入れ歯のタイミングは通常、抜歯してから2～3ヶ月目に入れ歯を施します。必要に応じて、この期間において、とりあえず臨時性の修復体で美観などの問題を解決してもよいです。現在常用する入れ歯の方法としては、局所的義歯または総義歯、取り外し可能な義歯または固定義歯、そしてインプラント義歯があります。主として患者の口腔条件と主観的要求によって決まります。

3. 歯の保健

中高齢者の口腔健康状況が楽観できません。歯の長期的な使用における不可避な摩耗状況と関わってはいますが、よくない歯の保護行為によるところが大きいと考えられます。中年者にとって、歯を愛護することは、健康生活で重視すべき一環です。歯の疾患の予防で最も重要なのは、口腔の清潔さを維持し、そして正しい歯磨き方法を身につけることです。自己口腔清掃は、歯磨き粉、爪楊枝またはデンタルフロスの使用を重視したいものです。普段はよく口を漱ぎ、歯の上の粘着物を取り除き、定期的に病院でスクレーピングしてもらい、歯石を徹底的に除去してもらいます。また、研究によると、毎日歯を叩くことは、歯の保健に有利であるとのこと。要するに、歯については、早期検査、早期発見、早期治療を提唱します。毎年、病院で一回検査してもらうのが一番望ましいです。

(1) 良好な口腔衛生習慣とライフスタイルを身につけ、全面的に口腔健康を守ります。

1) 毎日の朝と夜に歯を磨きます。夜の歯磨きは大変重要で、食後ごとに歯磨きは提唱すべきです。フッ素含有の歯磨き粉と保健歯ブラシで歯を磨き、絶えず歯垢を除去し、歯周健康を守り、う蝕の発生を予防します。正しい歯磨きの方法を採用し、のこぎりを引くような横磨きを避けます。歯頸のくさび状欠損を予防し、糖分含有量の多い食べ物を抑え、食後口をすすぎ、半年ごとに専門病院で口腔検査をしてもらいます。

2) 毎日デンタルフロスで歯の隣り合う面を一回清掃します。(歯間の隙間が広い者については、隙間ブラシを勧めます。

3) マウスウォッシュの使用を提唱します。歯磨きは、主に歯の表面の柔らかい垢と歯垢を清掃しますが、口腔の他の部位に対して、十分な清掃作用を果たせません。これらの部位も口腔疾患を引き起こす病因です。マウスウォッシュを適切に使用することは、口腔の全面的な清掃に一定の作用があります。

4) 食後、義歯を清掃すべきです。寝る前に口内の取り外し可能な義歯を取り出して、清水または義歯洗浄液の中に浸します。

5) たばこをやめて、酒を少なく飲みます。

6) 食事のバランス。

7) 水を多く飲み、口が乾くのを防ぎます。

8) 加齢性認知症、半身不随など深刻な疾患のある中高齢者については、家族メンバーまたは医療スタッフが定期的に特殊な口腔介護をすべきです。

(2) 定期的な口腔検査をして、口腔疾患の早期発見と治療を図ります。

古い考え方の影響のために、多くの人は年をとると牙が抜けて当然と考えているため、中高齢者の口腔保健を無視し、治しやすく、苦痛が少なく、費用が低い簡単なう蝕、歯茎炎、を治療が複雑で苦痛が多く、費用が高い歯髄病と歯周炎に進展させてしまいます。

@

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

そのため、定期的な検査によって、疾患を発見し、タイムリーに治療することは、お年寄りの方が歯を保護するための効果的な方法の一つです。その具体的なやり方は、以下のとおりです。

1) 半年または一年ごとに一回の口腔検査を受けて、早期治療・早期予防を図ります。定期的に清掃を行い、歯周疾患の発生と進展を予防します。

2) 歯に冷たいもの、熱いもの、酸っぱいもの、甘いものへの刺激痛があったり、不快感を覚えたりする時、資格のある口腔医療機関に行って検査・治療してもらいます。痛みが我慢出来なくなってからようやく治療してもらうことを避けたいものです。

3) 以下の症状があった時、歯周疾患が示され、タイムリーに治療すべきです。

①歯の表面に柔らかい垢、歯石が堆積しています。

②歯茎が赤く腫れ、柔らかくなり、歯を磨いたりまたは噛んだりする時、歯茎が出血しやすく、歯ブラシの毛または食物の上に血の跡があります。

③歯には、程度が異なるが、緩みがあり、歯根が晒され、噛む力が弱くなります。

赤く腫れ上がった歯茎を軽く押すと膿が溢れでて、口臭がします。

④治療できる歯をすべて保存し、たやすく抜いては行けません。

5) 以下の症状があった時、重視して、適時病院で検査してもらい、口腔がんの可能性を除外します。

①2週以上経っても癒合できない口腔潰瘍

②口腔粘膜に現れる白いまたは赤い斑点、プラーク

③口腔に非炎症性腫れとそれに伴う首のリンパ節腫大

④口腔と首の原因不明な麻痺または疼痛（他の原因が除外された）

6) 長期の喫煙と大量の飲酒とビンロウの実の咀嚼をする者は、自己検査の上、定期的に口腔がんのスクリーニングを受けます。

(3) 上述の欠損歯の適時な修復と充填以外にも、義歯の機能状態を維持すべきです。

1) (俗に入れ歯と呼ばれる) 義歯を保護し、清潔さを維持し、変形を防止します。

2) 修復済みの義歯を定期的に検査し、不快感があったら、適時修正・調整します。

3) 義歯を長く装着すると、しばしば口腔組織の腫れ、疼痛、潰瘍などの症状があります。この時、医師に速やかに検査し処理してもらい、または義歯を交換してもらいます。

(4) 良好な咀嚼機能を維持し、全身健康を促進します。

1) 良好な咀嚼機能は、口腔健康の重要なしるしです。完全な歯列を持つことは、良好な咀嚼機能の前提であり、歯列が完全であれば、美味しい食べ物を十分堪能できます。歯の咀嚼と研磨を経れば、人体の吸収に有利です。歯が喪失された時、咀嚼機能は大きく低下します。

2) 咀嚼の刺激は、中枢神経系の機能に対しても促進作用があります。咀嚼の時に、脳の血流量が増加し、記憶力の強化、加齢性認知症の防止に役立ちます。

(5) 歯の体操：指で自ら歯茎のマッサージをし、舌を回し、マッサージし、スクレーピングし、歯を叩き、頬を膨らませてすすぐなどの動作は、歯の生理性刺激を強め、歯周の血液循環を促進できます。長期に継続すると、歯の健康にも大きなメリットがあります。

第四部分中高年

(6) 視覚の口腔医療機関で診療を受けます。診療は、口腔健康の保障です。資格のある口腔医療機関は、中高齢者に良質な医療保健サービスを提供し、中高齢者の最も基本的な口腔機能状態を維持し、または最低限の修復に通じて出来る限り口腔機能を回復することに役立ちます。高齢者の生活自立能力の向上、高齢者の命の質の向上を口腔衛生保健の基本目標とします。自らの口腔ケアに加え、口腔医師も口腔の健康を保護してくれます。

(二) 目の視力の保護

1. 中高齢者の目の状況・特徴

中年になると生理的に「病期の多発する時期」に突入します。+目の状況がとりわけそうです。資料によると、目の病気がなくとも、40歳以降になると、ほとんどの人の視力鋭敏度調節機能が低下し始めるとのことです。現在、年齢に関連して視力の損傷と失明症を引き起こす原因も日増しに増加しています。制御されない糖尿病もますます失明症につながります。老眼、白内障、緑内障、網膜剥離など多くの目の病気は、中年期に発症率が増加します。早期に措置をとると、目の病気の発生を避けて、または遅らせ、目の健康を保護できます。予防または治療によって、成人の中で75%にも達する失明症は回避できます。全世界で、黄斑は回避可能な失明症を引き起こす唯一の最も重要な原因で、その次は白内障です。

2. 中高齢者よく見られる目の病気の類型と予防

現在、中高齢者の視力に関して、よく見られる目の病気に影響するのは、主として白内障、緑内障、老年性黄斑変性、糖尿病、網膜症と高血圧性網膜症などです。

(1) 白内障

最もよく見られる老年性の目の病気の一つで、現在世界で最も多い失明をもたらす病気です(目の不自由な者の55%以上)。白内障は、高齢者の失明を引き起こす最も主要な病因です。統計によると60~70歳の発症率は77.8%、71~80歳は80%、90歳以上の高齢者は90%以上に達しています。失明率も年をとるに連れて上昇します。

1) 症状

視力がかすみ、単眼性複視、羞明、視力減退など

2) 予防提案

①抗酸化食品。天然の赤い食物は、体内の抗遊離基物質であるビタミンCとEを補充でき、組織細胞の老化を防止し、または遅延させることができます。例えば、トマト、ニンジン、ノリ、赤アマランサス、芯が赤いサツマイモ、タマネギ、カボチャ、サンザシ、赤ナツメ、ヤマモモ、イチゴ、クワの実、カキ、紫のブドウ、赤リンゴ、黒米など。

②日よけ帽子または日傘及びサングラスで防護すべきです。

③緑茶。緑茶には、豊富なビタミン類栄養物質以外にも、他の様々な効率的な抗老衰・抗がん・抗心臓血管疾患物質があります。

3) 治療

早期の目薬使用は、病変の進展の遅延に有利で、日常生活に影響などがある視力減退が深刻になる場合、手術治療が必要になります。病状に応じて治療法を決定します。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

(2) 緑内障

視神経の損傷と視野の欠損を引き起こし、失明につながる眼科疾患です。原因の一つは、眼球内の房水排出が阻まれ、眼内圧が上昇し、視神経の損傷を引き起こします。しかし、正確な病因はまだ明確ではありません。高齢者自身の眼球発育には異常が存在し、また、高度近視と良くない感情も発症要素です。また、長時間新聞を読むなど過度に目を使う高齢者もいて、これも緑内障を誘発できます。

1) 症状

通常、自覚症状が顕著ではなく、時には頭痛、閲覧困難、はっきり見えないなどの症状が現れますが、急性発作の時、眼圧が急上昇することによって、頭部の激痛、悪心、嘔吐など症状が引き起こされます。このような症状を発見すると、直ちに病院で適切な治療を受けるべきです。

2) 予防

①定期的検査（視力、眼圧、眼底、視野）できれば角膜顕微鏡及び隅角鏡も受けます。なぜなら、緑内障の早期発見と早期治療がとても効果的であるためです。40～60歳の方は、2～3年ごとに、60歳以上の方は、検査を受けます。

②適度の飲水 高齢者の毎回の飲水量は500mlを超えてはなりません。飲水が多過ぎると、血液が希釈され、血漿の浸透圧が低下することによって、房水が増加し、眼圧が上昇します。また、牛乳、ジュースなどの流動食もなるべく控えるようにします。タバコ、酒、濃いお茶、コーヒーをやめて、辛いものなど刺激的な食物を少なく食べます。いずれも血管神経調節中枢に障害を起こし、血管の運動機能障害が発生し、眼圧が上昇し、病状が悪化するためです。

③夏には、あずき、エゾキスゲ、オオムギ、スイカ、ヘチマなど利尿作用のある食品を多く食べ、体内水分の排出を促進します。なお、エゾキスゲ、リュウガン、赤ナツメ、ピーナッツ、クルミ、豆乳、豚肉、牛肉など肝臓・腎臓に有益な食品を多く食べます。ゆったりした服を着るのも、緑内障の高齢者に良いです。

④寝る時は、枕を高くすれば、血液の回流や眼圧の低下に良いです。閉塞隅角緑内障患者の場合、感情の安定の維持にとりわけ注意すべきです。怒ったり、泣いたり、緊張したり、過度に悲しみ恐れたりするなどの感情状態を避けるべきです。

3) 治療

治療の方法としては、目薬または経口投与薬がありますが、病状と高齢者の要求に応じて、レーザー治療または濾過性手術治療なども可能です。

(3) 老年性黄斑変性

加齢黄斑変性とも呼ばれ、中高齢者の失明を引き起こす一大要因です。50～59歳、60～69歳、70～79歳および80歳以上の年齢層で検出される発症率はそれぞれ、5.7%、13.5%、20.2%と23.5%です。50歳以上の中高齢者は、視力低下が現れ、かつ正常の水準まで矯正できない場合、白内障と緑内障が考えられる以外にも、老年性黄斑病変にも気をつけたいです。

1) 症状

視野の中心が歪曲し、視力が損傷され、視野には中心の暗い点が現れ、色覚損傷があるなどです。

第四部分中高年

2) 予防

その病因への認識がまだ十分ではないため、効果的な措置によって対応することがまだできません。おおまかに言えば、健康なライフスタイルが必要です。(心血管系疾患の積極的な対策。(均衡のとれた栄養。(光線が強い時に外出する場合、紫外線遮断のためのサングラスをかけます。

①定期的に眼底検査を受けて、一旦病変を発見すると、蛍光眼底造影を受けて、なるべく早期の治療を図り、失明を防止します。

②患者の心血管系、血液中脂質代謝と肝機能などについては必要な検査をすべきです。異常があれば相応の予防性治療を行います。

③強光照射の回避。老年黄斑変性は紫外線照射と関連する可能性があるため、強光による刺激を回避すべきです。日光が強烈な時に外出する場合、日よけ帽子または変色グラスをかけると、黄斑エリアの損傷を軽減できます。

④早期には、ビタミン C,E と β カロチンなど、抗酸化剤を適宜服用すると、老衰病変の進展を遅らせるのに役立ちます。

⑤タバコをやめます。1/3 の黄斑細胞の萎縮は、喫煙が直接もたらすものです。タバコをやめるのは、黄斑病変、失明を防止する先決条件の一つです。

⑥高血圧症、高脂血症、動脈硬化など全身性疾患を積極的に予防し、脂分が多すぎる食品を少なく食べます。

⑦よく紫ブドウを食べて、赤ワインを適度飲みます。赤ワインは、高齢者の高脂血症、アテローム性動脈硬化症、冠状動脈性心臓病の予防、抗老衰、がん予防、白内障予防と網膜黄斑退化の予防の効果が比較的に良いです。

3) 治療

病状に応じて、レーザー治療、光線力学的療法、薬物療法または手術などとします。

(4) ドライアイ

高齢者によく見られる眼表面疾患の一つで、主として中高年以降、涙の分泌が減少しまたは涙腺の機能が低下することによって、目の表面に微小な傷痕が現れる症状です。ドライアイの原因は非常に多く、高齢者によく見られるものとして、マイボーム腺の機能障害、長時間の近距離の作業や、糖尿病、リュウマチなど全身性疾患などが挙げられます。

1) 症状

目が乾く、痒く、異物感、焼灼感、疲労し易いなど

2) 予防

子女としては、普段、高齢者の症状の有無に気をつけましょう。存在する場合、無視せずに、タイムリーに診療を受けて、規範的な治療を図ります。日常生活の中で、加湿器で環境の湿度を適切上げ、高齢者が風に吹かれたり冷房に吹かれたりしないようにし、集中の要する仕事を減らすなどによって、ドライアイの不快感を緩和させます。

3) 治療

主な方法としては、涙液の補充と涙液の流失の減少です。人工涙液は、人体涙液と同じように作られた目薬のことで、その局所的点眼は療法を補足する措置の一つとして、眼表面の湿度と潤滑を維持し、目の不快感をなくしまたは減らすことができます。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

(5) 涙目

高齢者には、まぶたの弛緩と、筋肉の退行性変性が起こります。これらの加齢性変化によって、涙点（目頭の縁付近にある2つの小さな穴）の位置が異常になる一方、「ポンプ」機能（涙が出るのは、受動的な「流れる」過程ではなく、能動的な「ポンプ」過程です）も減退します。出口の異常と排出の無力は高齢者の涙目の主な原因です。また、白目（結膜）の緩みにより涙が正常に分布・流動できず、眼外に直接排出されるのも、高齢者の涙目の重要な原因の一つです。

1) 予防

① 飲食については、なるべくあっさりしたものを多く食べ、水を多く飲み、体内の水分を補充します。「目を守る神様」と呼ばれるビタミンAは、ドライアイ、視力低下、夜盲症を予防するための良薬です。ニンジン、緑、黄色の野菜と赤ナツメの中に一番多く含まれます。ビタミンB1が視覚神経の栄養源の一つで、欠乏すると目が疲労しやすくなります。ビタミンB2不足によって、角膜の病変が起こりやすくなります。ゴマ、大豆、新鮮な牛乳、麦芽など食物を多く食べるべきです。またクコには、豊富なカロチン、ビタミンA、B1、B2およびC、カルシウム、鉄などがあります。

② 目を保護します。空気が乾燥する時、加湿器で環境の湿度を適度上げることができます。風が強く、日光が強烈な時に外出すると、サングラスをかけ、風沙による刺激を避けます。顔を洗う時に、瞼の縁を綺麗に洗います。油性肌または脂漏性皮膚炎が随伴する人はとりわけそうすべきです。

③ 高齢者がテレビを見る時間は長くなってはいけません。テレビを見る時、まばたく回数が減り、涙液が過度に蒸発するため、涙液層の質に影響し、ドライアイの症状が発生し、または悪化します。通常、テレビ番組は30～40分でCMが放送されますが、この時、目を休め、遠いところを眺めたり、同時に体を動かしたりしてから見ると良いでしょう。テレビは、水平の視線よりやや下、一定の角度をなす位置に置かれます。

(6) 老眼

老後、レンズ（水晶体）の硬化または部分的な硬化により、光覚調整が足りず、光線の焦点が網膜に正確に焦点を当てることができず、代わりに網膜の後に当ててしまい、近距離の物と文字を見ると、はっきり見えない現象が起こります。通常、40歳になると程度は異なるが老眼が始まります。老眼の度数も年をとるに連れて増加します。通常、5年ごとに50度増加する早さで次第に増えていきます。60歳前後になると、度数は250～300度までなり、その後、老眼の度数は通常増加しません。

1) 症状

近距離で読むときのかすみ、疲労、痛み、涙が多い、羞明、乾燥及び随伴する頭痛など。

2) 予防

各種の雑穀、ピーナッツ、ダイズ、エンドウ、豚肉の赤身、卵黄、動物の心臓、肝臓、腎臓など、ビタミンB1が豊富な食べ物をよく食べます。

第四部分中高年

②ビタミンB1豊富な牛乳、羊乳、赤身の肉、卵類、インゲンマメ、動物の肝臓、腎臓などを多く摂取します。

③ビタミンCを含有する食べ物を多く摂取します。食物中のビタミンCの摂取の多さは、レンズの透明度に影響します。新鮮な果物のうちには、サージ、サンショウバラ、キウイフルーツ、サネブトナツメ、新鮮なナツメ、サンザシなど、(野菜のうちには、アブラナ、白菜、コエンドロ、トマト、シュンギク、ホウレンソウなどがビタミンCを多く含みます。

④飲食でタンパク質の供給確保に留意します。

⑤冷水で目を洗い、老眼の発生を予防します。毎朝、冷たい水で顔、目を洗います。まず両目を冷水に1~2分間浸し、顔及び目の周辺の眼筋を拭き、両手で軽く20~20回こすります。

⑥よく瞬き、老眼の発生を予防します。普段、暇な時に目を一つ開けて一つ閉じる方法で眼筋を興奮させ、同時に、両手で軽く瞼をこすり、眼球の潤いを増やし、目を閉じるときは両肩を力いっぱい上げて、両目をしばらく固く閉じます。

⑦眼部熱罨法：毎晩、就寝するまえに、40~50度の湯で顔を洗います。額と両目の部位の熱罨から始めます。頭をややもたげ、両目を約2分間閉じて、温度が低くなると顔を洗います。

3)解決措置

本を読んだり字を書いたり編み物をしたりするとき、必要な応じて、ふさわしい老眼鏡をかけます。

3. 目の保健

(1) 日常的な目の保養方法

1) 目を閉じてリラックス

穏やかな気分で目をしばらく閉じて、両手の掌で両目を軽く覆い、2つの肘でテーブルの縁に支え、全身の筋肉をなるべくリラックスさせます。30秒後、目を開けて、何回も早く瞬きます。毎日3~5回やります。この方法は、視力を著しく改善でき、特によく本を読んだり物を書いたりする中高齢者に適しています。

2) 遠く眺める・マッサージ

毎朝起きてから新鮮な空気のあるところに目を閉じて、眼球を右から左へ、そして左から右へそれぞれ5回回し、突然目を開けて、出来る限り遠くを眺めます。(平静に立ってまたは座って、左、右、右上、左上、右下、左下と順に注目し、5回繰り返します。きれいに洗った両手の中指で鼻筋の両側の内角の、凹んだところから、上から下へ、目の縁をリング状にマッサージし、そして20回まばたきます。

3) 眼球回転法

ベッドの縁または椅子に腰を掛けて、両目を左へ5週回転させ、前方を水平にしばらく見えています。毎日の早と夜にそれぞれ1回やります。

(2) ふさわしい眼鏡の着用

45歳前後になると、目の調節機能の減退のため、近くにある物を見る時に、疲労が発生し、はっきり見えなくなります。もともと高度近視の者は近くにある物を見る時、改めて作った眼鏡にします。もともと近視眼・遠視眼のないものは、近くにあるものを見る時に、老眼鏡の着用が必要です。老眼鏡を作る時は、資格のある医学的検眼が必要で、また、1、2年ごとに病院で新たに検眼する必要があります。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

サングラスを選ぶ時でも、紫外線防止機能のある眼鏡とし、色は淡い灰色が望ましいです。人間の瞳孔が、光線に照射されると光への反応が起こり、瞳孔が縮小し、レンズ及び網膜に対する光線の損害を減らすため、質の良くないサングラスをかけると、瞳孔が縮小せず、紫外線と光線による瞳孔への照射も阻止できず、レンズ及び網膜が紫外線に多く接触し、白内障の進展を早めます。

(3) 強光の遮断

中年になると、レンズが老化し始め、過多の紫外線照射はレンズの老化を深刻化する要因です。そのため、真夏の日光が強烈な時間帯に外出する場合、日傘、日よけ帽子、サングラスなど、防護具を付けなければなりません。

(4) 資格のある医療機関で、定期的に目の健康を検査してもらい、なるべく早期に関連疾患を発見し、積極的に治療します。

人体の老化の過程で、目は他の臓器より早いです。四、五十歳前後で目の老化現象が現れます。早期に措置を取ることで、中高齢者は、極めて良い視力を獲得することができます。なお、一部病気は、加齢のみならず、その病気への人々の認識にも密接な関係があります。しかるべき重視を得ないと、他の多くの目の問題も発生しかねません。多くの目の病気は早期発見・治療によって、回避・軽減され、またはその発生を遅延させることができます。多くの中年者がかかりやすい全身性疾患も往々にして目の病気と密接な関係があります。例えば、高血圧と眼球結膜出血及び眼底出血、脳血栓症と網膜血管の血栓症、糖尿病と眼球運動障害及び白内障、腎病と滲出性網膜、血液病と結膜病変など。そのため、関連疾患を積極的に治療すべきです。また目の検査によって、目の健康状況をタイムリーに把握するだけでなく、日常に無視されやすい高血圧、糖尿病など危険な健康問題について予め警報を発することもできます。高齢者の視力が突然低下するは往々にして高血圧、糖尿病など重大な疾患によるもので、目の病気の家族歴があり、緑内障、網膜症など目の病気にかかりやすい高血圧、糖尿病の高齢者患者は、定期的に病院で眼底検査を受けなければなりません。

そのため、中高齢者は、定期的に視力、眼圧、眼底など目の健康状況を検査してもらい、医師の指導下でふさわしい眼鏡をかけ、早期に相応の治療を受けて、視力の損傷と失明症の発生を軽減します。

三、タバコ・酒の抑制

(一) タバコの使用の減少

サービス提供者は、タバコの予防と制御業務で極めて重要と特殊な役割を果たしています。サービス提供者は、喫煙制御の実施にあたって、喫煙による健康被害に関する知識の普及を重視し、公共の場所・職場で喫煙エリアと非喫煙エリアを厳しく区切り、喫煙エリアの区切りの必要性に関する知識を普及させ、喫煙を減らすまたはたばこをやめる意向のある者に対して、タバコをやめるための指導を提供します。

1. 喫煙による被害

タバコの使用は高血圧(13%)に次いで、全世界で二位となる死亡の主な危険要素です(全世界の死亡要因の9%を占めている。)

第四部分中高年

喫煙は、肺がんなど疾患のリスクをふやすだけでなく、重要な機能の喪失につながる要素にも関連しています。喫煙は、必要とする医療の効果を阻害し、受動喫煙への被曝は、高齢者の健康にマイナスの作用を果たす可能性があります。特に喘息または他の呼吸系疾患がある場合はなおさらそうです。

タバコの使用は、中国を含め、世界範囲で予防可能な死亡をもたらす最大の要素です。中国は世界でも喫煙率が最も高い国の一つで、年齢が15～69歳の間の中国人男性の喫煙率は54%です。2011年、全世界で500万人以上が心臓病の発作、脳卒中、がん、肺病または他の疾患など、タバコ関連の疾患で死亡することになります。

2. なるべく早期にタバコをやめる

青年にとってもお年寄りにとっても、喫煙は最も重要でかつ是正可能な慢性非伝染性疾患の危険要素で、また、早期死亡の主な予防可能な要因です。タバコの制御は、非伝染性疾患に対応する必要な手段です。

タバコをやめるメリットは非常に広く、また、どんな年齢グループにも適用されます。タバコをやめるのが遅すぎることはありません。例えば、脳卒中のリスクは、タバコをやめてから2年後に低下し、タバコをやめてから五年以降、そのリスクが吸ったことのない者のリスクと同じです。肺がんと慢性閉塞性肺疾患など、他の疾患については、タバコをやめることで、罹患のリスクが低くなります。ただし、効果は非常に緩慢です。そのため、現在の被曝は、現在と未来の罹患リスクの良い指標ではなく、既往の被曝も考えなければなりません。(喫煙の作用は、累積的、長期的なものです。

3. 喫煙中止の指導のための原則と方法

喫煙は、人類の多くの重要な疾患の発生と早死をもたらす要素ですが、予防できるものでもあります。医師などサービス提供者は、タバコの予防と制御業務で極めて重要かつ特殊な役割を果たしています。約70%～90%の喫煙者は毎年、医師と接触しており、50%～70%の喫煙者はタバコをやめる意向があります。医師など保健サービス提供者は通常、健康の保護者とみなされ、その行為は模範と手本とされています。彼らによるアドバイスは、良い効果を生むでしょう。常に喫煙患者と接触する中、サービス提供者が、その喫煙行為にある程度関心と指導を与えれば、喫煙者の行為に実質的な変化をもたらす、影響を与えることができます。そのため、医師など保健サービス提供者は、タバコをやめるための協力に最もふさわしいものです。

タバコをやめるための効果的かつ簡単な治療の段取りは、患者の個人にも機構サービスのリソースとサービス提供者が受けた研修にも適さなければなりません。サービス提供者は、喫煙患者の介入と治療に当たって、必要な情報を収集し、重要な意思決定をする必要があります。サービス提供者が喫煙者にタバコをやめるための指導を与える方法は以下のとおりです。

(1) 喫煙者の特定

タバコをやめるための治療の肝心の第一歩です。喫煙者を正しく特定するには、サービス機構が制度化したモニタリングシステムを形成することが必要です。診療を受けに来る患者一人ひとりにその喫煙状況を聞き、病歴に記録しておきます。

(2) 喫煙者にタバコをやめるよう説得します

一旦患者を喫煙者として特定した場合、少なくとも簡単にかつわかりやすく説得すべきです。この時、サービス提供者の喫煙者に対する説得と強調は、明確で、きっぱりしていて、カスタマイズしたものです。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

(3) 喫煙者のタバコをやめる意思を評価します。

患者がタバコをやめるように説得すると同時に、サービス提供者は、喫煙者のタバコをやめる意思または状態を評価すべきです。すべての喫煙者がタバコをやめたがるわけではありません。「変化ステージモデル」に基づき、それぞれの段階の喫煙者には、異なる需要があり、異なる介入方法を用いるべきです。

(4) タバコをやめようとしなない喫煙者について

一般的には、わずか一部の喫煙者（約 10%）が本当にタバコをやめようとしています。タバコをやめたくないほとんどの喫煙者について、医師はより多くの時間と精力で彼らのタバコをやめる意欲を促進します。今、臨床上、タバコをやめるモチベーションを強化する方法が一般的に使われています。サービス提供者は、喫煙する患者との接触と会話で絶えずそのタバコをやめる意思とモチベーションを強めます。特に次の 4 点に留意したいです。

1) 関連性：モチベーション強化のコツは、喫煙者に喫煙またはタバコをやめることがそれ自身と密接な関係があることと悟らせることです。例えば、喫煙者の身体状態、家庭または社会的状況、及びその子供への影響などに極めて重要な関係があります。

2) 危険性：医師は、患者が喫煙の有害な影響を識別することに協力し、低ニコチン、低タールのタバコまたは他の製品のタバコを使ってもその危害性を減らすことはない告知します。喫煙の危害性としては、急性危害、慢性危害と環境への影響が挙げられます。

3) タバコをやめるメリット：サービス提供者は、患者にタバコをやめる実際のメリットをわからせるべきです。タバコをやめさえすれば、様々なメリットが患者に反映され続けることが可能です。

4) 反復性：患者との毎回の接触で、繰り返しモチベーションへの介入を強化します。

上記 4 点での介入に通じて、最初はタバコをやめたくない、またははっきり分からない喫煙者でも次第にその態度と考え方を換え、タバコをやめたい、またはタバコをやめることを検討する者に転換します。

(5) タバコをやめる意向のある喫煙者についての支援。

サービス提供者がタバコをやめる意向のある喫煙者に提供する支援については、健康相談の部分参照してください。

(二) 飲酒量は抑えるべき

サービス提供者は、飲酒制御を提唱する時、過度飲酒者の数の減少（過度飲酒とは、1 日あたりのアルコールの純摂取量が 60g を上回ることを指します）、適度の飲酒の知識の普及（毎日約 20g の純アルコールの摂取）

1. 過度飲酒の危害

節制しない飲酒によって、食欲が低下し、食物の摂取量が減少し、多種の栄養素の欠乏、急慢性アルコール中毒、アルコール性脂肪肝が起こり、深刻な場合、アルコール性肝硬変が発生します。過度飲酒によって、高血圧、脳卒中と一部がんなどの疾患のリスクが高くなります。中高齢者には適正な飲酒量を進めます。お年寄りは往々にして若い者より飲酒量が少いですが、体の老化と代謝の変化に伴い、栄養不良と肝臓・胃・膵臓の疾患など、アルコール関連疾患にもかかりやすくなります。年長者のアルコール関連の転倒と負傷のリスクも更に高くなります。

第四部分中高年

アルコールと薬剤とを混合した使用に関連する潜在的危険もある程度増加します。中高齢者に対しては、飲酒問題関連のサービスを提供すべきです。

WHOの最近の文献の概要によると、非常に低水準の飲酒（1日1杯の量）は、45歳以上のグループにおける冠状動脈性心臓病と脳卒中に対してある形の保護を与えられます。しかし、全体的死亡超過率について言えば、飲酒のマイナス影響は、その冠状動脈性心臓病への保護を超えており、ハイリスクグループでもそうです。

2.適度の飲酒

サービス提供者は、サービス対象が飲酒量を抑える健康的な行為を提唱できます。

(1) 成年男子は1日あたりアルコール摂取量が25gを超えないようにします。ビール750ml、ワイン250ml、または38度の白酒75g、またはアルコール度数の高い白酒50gに相当します。成年女子は1日あたりアルコール摂取量が15gを超えないようにします。ビール450ml、ワイン150ml、または38度の白酒50gに相当します。

(2) アルコールと作用する可能性のある薬剤を服用中の者、高脂血症、高血圧、冠状動脈性心臓病、膵臓炎、肝臓疾患など一部疾患のある者、アルコールに敏感な者は、いずれも飲酒してはなりません。血液中尿酸が高すぎる人は、痛風の発作の危険を減らすため、大量にビールを飲むのを控えるべきです。

(3) 文明的な飲酒を提唱し、過度に酒を進めることを提唱せず、酔っ払ったり、酒で嫌なことを忘れたりといった良くない飲酒習慣はやめます。

(4) 飲んだとしてもなるべく少なく飲み、ビール、ワインまたは紹興酒など、度数の低い酒のほうが望ましいです。また、適正な飲酒量以内に抑えておきます。

(5) 白酒が好き人は、来る限り度数の低い白酒とし、空腹時の飲酒は避けます。

(6) 飲酒と同時に炭酸飲料を飲んではいけません。

(7) どんな者でも心臓病予防の考慮から、飲酒し始めまたは頻繁に飲酒することは推奨しません。

四 社交活動

サービス機構とサービスを提供する専門スタッフは、社会・高齢者によって組織されたコミュニティ団体、ボランティア、隣同士の助け合い、パートナーによる指導と訪問、家庭介護者、世代間プロジェクト、拡張サービスなどを支援することで、中高齢者の社交活動を提唱し、中高齢者のソーシャルネットワーク精神及び精神的健康の促進に貢献することができます。

(一) 社交活動の重要性

年齢の増加に伴い、中高齢者の生活の中で多くの変化が起こっています。そのうちの一つ重要な変化は、一部の役割と活動の喪失です。中高齢者は家族と友人を失いやすく、寂しさや社会的隔離にさらされやすく、「小社会サークル」を得るのがより困難です。中高年の社会的隔離と孤独は、心身の完全状態の低下とつながっています。

3@

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

アクティブ・エイジングは、第二回高齢化に関する世界会議で、21世紀の人口高齢化を受けて打ち出した、「独立、参加、尊厳、ケアと自己実現」を原則とする高齢化発展戦略です。WHOは、「アクティブ」とは、身体の活動能力または肉体労働に参加する能力だけでなく、絶えず社会、経済、文化、精神と公民の事務に参加する能力を意味すると指摘しています。高齢化問題の解決は、全面的に「ソフト」な社会サービス方法と組み合わせるべきです。社会的支援、継続的な教育と生涯学習の機会、および平和的な環境、危険、暴力と虐待から遠ざかることは、積極的に高齢化する社会環境の決定的な要素です。孤独、社会的隔離、無学と十分な教育の欠如、虐待と衝突の環境への暴露は、高齢者の障害と早死のリスクを大きく増加しています。

(二) 中高齢者のための社交関連のサービスの提供

身体の健康を保つと同時に、中高齢者の精神と心理的健康も同様に重要です。サービス提供者は、中高齢者の残りの認知能力に配慮し、安全感と自己肯定感を与え、独立的・自主的な権利を尊重し、愛されたい、ケアされたいとのニーズを満たしてあげます。

1. 能動的な学習

中高齢者が健康な心身を保ち、さらに社会の大きな舞台で活躍するには、個体の能動的な学習の効果を十分に発揮しなければなりません。能動的な学習は、中高齢者の自己意識と進取の精神の反映であり、中高齢者の心身の健康に対して、無視できない影響があります。学習者は、老年大学、または、組織・コミュニティが組織する活動に参加し、1年以上経常的または系統性に学習した者と定義されます。研究によると、学習活動は、中高齢者の心身の健康及び生活満足度の向上に顕著な作用があります。学習と年齢の交互作用が身体と心理的機能の面で表す顕著な差異は、学習活動と年齢の増加の交互作用が心身の健康にとって至極重要であることを示しています。学習活動は、中高齢者の心身の健康に有益です。要員、設備、敷地などに余裕のあるサービス機構は、高齢者の文化学校活動を実施し、コミュニティの各世帯にチラシを郵送し、キャンペーンを実施し、ネット上で始業情報などを公表し、義務教育を実行することができます。また老年活動室、老年大学、老幹部活動センターなどサービスの場でイベントを実施し、中高齢者に書道、音楽、美術、文学、手作り、編み物などを習わせることもできます。

2. 社交・文化活動への参加

文化活動への参加は、高齢者が社会に溶け込むための重要な形の一つで、積極的に文化活動に参加するかどうか、高齢者の生活の品質の高い低いを総合的に評価する重要なしるしです。高齢者が文化活動に参加する社会的需要が休息に拡大するに伴い、高齢者の文化活動の形式も内容もますますカスタマイズ化・多角化する方向へ発展し、高齢者の文化活動の場所と施設の建設も日増しに重要担ってきます。コミュニティがお年寄りに相互接触の機会と活動の場を提供し、各種の活動を実施することを推奨します。

現在、コミュニティに依存した高齢者の文化・娯楽活動は、主として歌、ダンス、体操、チェス・カードゲームなどを中心としています。活動を手配する時、サービス対象の個別の興味及び能力に配慮すべきです。形としては、趣味グループ（戯曲組、手工芸組、合唱隊、舞踏隊、体操グループ、読書組、運動/ゲームなど、及び誕生日会、祭りなどが挙げられます。

第四部分中高年

3. 自身、家庭、ボランティアと志願者を動員してサービスへ参加

活動の実施に当たって、コミュニティの集団的な活動で、組織者が足りない状況があったりします。様々なリソース、例えば、退職・定年退職した人才で、特長があり、身体が健康な中高齢者、中高齢者の家族または公益に熱心で、進んで他に奉仕したいボランティア・志願者などを動員すれば、より良い効果を取められるかも知れません。中高齢者及びその家族の能動性・積極性を発揮し、自身と密接な関係のある健康教育の組織と実施などの業務と活動に参加させ、この過程で必要な保健知識を把握させるだけでなく、高齢者の間でより良い交流と理解が得られ、親しみやすさ、影響力を高められます。高齢者の健康教育活動に更に大きく役立ちます。公益事業に熱心なボランティアと志願者を動員し、関連サービスに参加させます。また、それに応じて、若い時から奉仕してきた高齢者に対して、老後無料で利用できる老人ホームなど、貯蓄式サービスも考えられます。

4. 関連のサービス産業の開発

現代化した通信施設とサービスネットワークによって、中高齢者の無料サービスホットラインまたは高齢者特別介護電話番号を作ることができます。困難にあった時、この番号にかければ、タイムリーに助けられます。またオンラインソーシャルプラットフォームまたは携帯電話のショートメッセージサービスプラットフォームも開発します。中高齢者が家族または友人との連絡を維持し、レジャータイムの活動の手配のための、パートナーのスマートな検索に協力します。

五 精神的健康

精神的健康によって、身体的健康が決まります。高齢者の精神的健康はとりわけ重要で、特殊な状況のある高齢者については、もっと注目したいです。

(一) 精神的健康の維持

中高齢者が良好な心理状態を保つように、中高齢者自身の家族と社会全体は、共同で以下6つの面で努力すべきです。

1. 仕事

高齢者にも仕事が必要です。自分の残った力を発揮し、または出来る限りの仕事をするのが、高齢者が社会とのつながりを維持し、これまでの生活の経験を人と共有するための良いことです。他人の参考または教訓にもなりますし、本人が若い時に実現できなかった願いも叶えるかも知れません。老衰に抵抗するだけでなく、楽しさも増して、健康が促進されます。そのため、家族も社会もこれを理解し、支援すべきです。

2. 思いやり

高齢者は仕事をしなくなり、社交も減り、友人も減少します。一方、生活の中での困難が絶えず増加し、心理的に孤独感が発生し、関心と愛情を必要とします。そのため、会社でも家でも高齢者への思いやりは無視できません。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

組織とコミュニティは、高齢者の心身の健康に有益な活動、及び新年・祭日の訪問を積極的に組織すべきで、子女としては、高齢者にプレゼントを買うなど、気持ちを込めて両親を愛護すべきです。多くの高齢者は、高いだの、お金の浪費だの、勿体無いだのと文句を言いますが、内心嬉しく思っています。思いやりの具現化だからです。

3. 調和

高齢者は、家族の調和と、老後の幸せを望んでいます。中国には、高齢者へ孝行という文化的伝統があります。「孝行」の文化は、家庭の調和の文化的規範です。若いものも年寄りの心理的ニーズを理解すべきで、仕事が忙しくても、時間を割いて両親と一緒に過ごし、高齢者を喜ばせるべきです。適時新しい知識を教え、または新しい情報を高齢者に伝えるともっとよいでしょう。

4. 尊重

高齢者が職場を離れて、または、体力も精力も以前ほどではないことで、誰しもがっかりするでしょう。子女の収入と能力が両親の世代をはるかに超えているなら、なおさらコンプレックスを感じます。高齢者の家での地位は、気持ちと密接な関係があります。そのため、子女は、両親を尊重すべきです。礼儀正しい尊重は、高齢者の尊厳を保ち、嬉しく感じさせることができます。

5. 安静

一部高齢者は、一人で静かに、または家族少人数で一緒に時間を過ごすのが好きで、人が多いとやかましく感じられます。一部のお年寄りには神経が敏感で、大声を嫌います。若い者はこれに気づき、高齢者のこのような感情に配慮すべきです。静かな環境を必要とする高齢者については、居住と活動のための静かな環境を創出・維持し、気分を緩めるべきです。彼らを変えようとしてはいけません。

6. 愛情

高齢者にも愛へのニーズがあります。異性や性愛へのニーズ以外にも、配偶者を獲得する意味も更により高くなります。現在、多くの高齢者は身体が健康で、同様に性生活の能力があります。性生活に通じて、お年寄りは幸福感を味わえます。老衰が遅延し、さらに自信が高くなります。高齢者は孤独を恐れます。配偶者がいれば、互いに思いやって、助けあうことができます。子女でも社会でも高齢者の愛へのニーズを理解し、晩年の願いが叶えるよう、支援協力すべきです。無論、例えば、もともとの感情的基盤が弱い、互いに信頼感が足りない、生活の習慣の差異が大きい、配偶者の選択が功利的である、子女の介入が多すぎる、感情の傷跡がある、健康問題が心配されるなど、高齢者の再婚にも多くの課題があります。高齢者の婚姻については、総合的な考慮が必要で、とりわけ、子女と相談してから穏当な決定をする必要があります。

(二) 特殊な高齢者の心理的な問題への注目

1. 空巢老人

空巢老人とは、子女が家を離れ、家の中には年をとった夫婦だけまたは一人が独自で生活する現象を指す。子女と高齢者は一つの都市に生活しておらず、または子女が海外にいる場合の空巢老人には、問題が多く、主として孤独と寂しさです。生活で困難があっても助ける者はありません。コミュニティの支援は、重要な作用を果たします。男女両方が一緒に生活する空巢老人にとっては、相互の思いやりと心理的サポートもとても重要です。

第四部分中高年

(1) 一緒にいたり別々にいたりする

高齢者は、互いにたよって、相互依存していると言っても良いですが、生活の中では、相手と距離を開けて、あることは皆で一緒にして、あることは別々にやるほうがよいでしょう。さもないと、プレッシャーがかかり、自由がないと感じられます。一緒にいたり別々にいたりすると、矛盾を回避、緩和し、夫婦間のいざこざを減らし、さらに他人との接触によって、より多くの社会的情報を得、生活がもっと楽しくなります。

(2) 小異を残して大同につく

年をとると心理も性格も変化します。夫婦間では、意思疎通と交流によって相手の変化を受け入れ、順応し、小異を残して大同につくという状態を実現させるべきです。夫婦の平等の意思疎通と交流は非常に重要で、互いの叱り合いを減らし、矛盾または衝突を大きな問題とはせずに、大目に見るのも時には最善の策です。

(3) 共同の趣味

高齢者は、自分の趣味を持たなければなりません。夫婦ともに同じ趣味を持ったほうがなお良いです。例えば一人が写真が好きで、もう一人がモデルになります。一人が書道の稽古をし、もう一人が絵描きを学びます。互いにサポートし、鑑賞しあうことができるのです。高齢者は更に、調理、茶道、生花など、家事の面での趣味と特長を培うべきです。健康な生活を得、生活の品位を高めるだけでなく、友人を広く作り、空き巣によって引き起こされる寂しさと孤独感を避けることもできます。

2. 子女が死亡し、または障害を持つ家庭の高齢者

子女が死亡し、または障害を持つ家庭の困難としては、生活的または経済的困難もあれば、心理的負担もあります。さらに、死後、残された子供の世話を誰がすると言った心配もあります。このような親の精神的健康の視点から、社会と本人は次の努力をすることができます。

(1) 健康的な文化の雰囲気への創出

社会は、子供に先立たれた、または子女が障害を持つ家庭について、文化的支援を与えます。宣伝を通じて、社会全体が彼らを思っている社会的気風を作り出し、健全な社会心理、文化を提唱し、現実を受け入れ、健康的に、楽しく今後の生活と向き合うように励まします。子女に先立たれ、または子女が障害を持つ家庭に対するどのような差別も容認しません。

(2) 幸せな生活をする権利を喪失してはなりません。

子女に先立たれた家庭は往々にして、子女を失った苦痛から抜けだせず、苦しい思い出の中で生きています。タイムリーな心理相談、すなわち、死別カウンセリングが必要です。専門的訓練を受けた心理相談士によって子どもと死別したお年寄りの感情問題に適切に対処すべきです。子女が障害を持つ家庭の主な問題は、社会からの理解と同情を得難いことです。身体的障害であろうと、精神的障害であろうと、恥が感じられ、したがって、感情的な抑うつが発生します。これらの家庭はさらに経済と労働力での困難に直面するかもしれません。子女に先立たれた、および子女が障害を持つ家庭が幸せな生活を得る権利を喪失せず、エンタテインメント活動に積極的に参加し、良くない気分を変えて、なるべく早く悲しさから抜け出すように励ますべきです。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

そうすれば、健康にもメリットがあります。

(3) 自分を助けること、互に助けあうことと救助を組み合わせたサポートモデルの提唱
どんな家庭の困難にとっても、最も重要なのは、自らが困難を克服することです。つまり、他の人に頼るより、自分を助けることです。自分を助けることで、人の潜在力が発揮できます。互いに助けあうことは、自分を助ける上での相互協力のことです。子女に先立たれた家庭でも、子女が障害を持つ家庭でも、その境遇が似ていて、互いに分かり合えます。心理学上、共感または感情移入と呼ばれます。同病相哀れむのに、旧知である必要はありません。同じ境遇の者同士は、互いに分かり合うのが容易で、からかわれたりあざ笑われたりしません。また、それぞれ類似した問題に対処してきた経験もあります。様々な名目の親睦会は助けあうための良好なプラットフォームです。小規模の世帯間の助け合いも比較的良い実用的モデルです。互いに世話をし、短所を補いあい、心理的な解放と交流をすることで、健康な生活に役立ちます。助けあう活動は、親が家庭から出る重要な機会でもあります。救助の責任は政府にあります。政府は、経済面の支援を提供すべきです。とりわけ養老問題です。自分を助けるのも、互いに助けあうのも、政府による人と金の支援が必要です。

健康相談

年をとると、文化的背景、経済的能力、健康状況と心理的状态によって、相談サービスへのニーズと品質への要求に大差が存在します。相談サービスを提供するにあたって、高齢者と良好な関係を築くよう留意する以外に、なるべく早く高齢者の相談の質への要求を判断し、満足すべきです。

高齢者は話すスピードが遅くなり、声が低くなり、ひいては断続的にしゃべり、言葉があやふやになります。さらに一部の高齢者は聴覚が低下します。どれも言語による交流に困難を来すものです。相談に当たって、根気よく傾聴し、ややもすれば高齢者の話を途中で打ち切りません。サービス提供者は、しゃべるときにスピードを遅くし、適度トーンを上げますが、声をあまり大きくしてはなりません。高齢者の不安または抵抗感を招くからです。余裕があれば、ふさわしいビデオ宣伝品を再生しても良いです。年をとって教育レベルが低く、かつ好奇心、自制心が劣る高齢者については、相談にあたって、特に根気が必要で、なるべくわかりやすい言葉で、繰り返し解説します。ただし、一回で与える情報はあまり多ぎては行けません。年齢が比較的若く、教育レベルがやや高く、好奇心がある高齢者については、比較的専門的な情報を与えても良いです。自分が答えられない質問については、はっきり相手に教え、積極的に関連する専門家に連絡し、高齢者の要求を満たします。

また、科学普及の資料または本を提供し、掘り下げて学習させます。医学または保健の専門知識を持つ高齢者に関しては、相談の過程で、ボランティアとして関連する専門的な相談業務を担うように誘うこともできます。コミュニティのリソースを十分活かすだけでなく高齢者が力を発揮し続け、晩年生活を充実させることもできます。

9

第四部分中高年

Q&A

1. 対象に対して適度の運動（身体活動）の啓発と相談サービスを行うにあたって、どのような助言を与えればよいですか？

中高年のサービス対象に対して、適度の運動（身体活動）の啓発と相談サービスを行うにあたって、対象が身体活動及び運動に参加する意識の向上を重視すべきです。サービス対象に対して、ちょっとした助言をしてもよいでしょう。例えば、日常生活の中での多くの体を鍛えるチャンスを重視する、肉体労働が身を鍛えるチャンスである、負担ではなく、不便に感じることもない。歩行して外出する。掃除しても経済または社会的地位が低いとは限らず、環境や家族を大切にすることのしるしである。運動に当たっては、必要な防護措置を講じ、順を追って体を鍛える習慣を身につけていく、などが挙げられます。普段あまり活動しない高齢者については、運動を開始する前に、身体検査を受けて、どのような運動から始めればよいか、医師の助言をもらうように助言します。

2. 口腔の自己ケアはどうすればよいですか？

歯をたたく、舌を回す、口を潤す、歯を掃除する、唇をさするといった、5ステップ口腔自己ケア法を使います。具体的な段取りは以下に示します。

(1) 歯をたたく：立っても座っても良いです。目を前に据えたまま、または閉じ気味にして、舌の端を軽く上顎につき、上下の歯を互いに（約100回）叩き合います。歯をたたく時、「歯はたたくほど丈夫になって、健康な人生が一番幸せだ」と繰り返し黙想します。歯をたたいた後、舌を上下歯の内・外側に沿って一回りし、唾液をゆっくり飲み込みます。1分間。

(2) 舌を回す：舌の端を上唇につき、左右へ回します。声に出さずに50週を数えます。1分間。

(3) 口を潤す：自分で作る「舒香漱口茶（洗口液）」を口に含み、漱口茶で口腔の中を十分潤します。1分間

(4) 歯を掃除する：良質な歯磨き粉え、柔らかい歯ブラシで上下へ縦に歯を掃除します。動作を軽くします。1分間

(5) 唇をさする：口、唇を閉じて、局所的に赤く熱くなるまで、右手の2本の指で軽く口唇の外をこすります。1分間。全過程は5分間で完成します。上記方法は、毎日の起床後と就寝前にそれぞれ一回やります。さらに、これに合わせて、毎食の食後ごとに舒香漱口茶で口をすすぎます。

3. 通常、どんな状況で歯を抜く必要がありますか？

(1) 歯が深刻に破壊され、根もとだけが残っていて、ひいては、完全にただれていて、抜かないわけにはいかなくなります。

(2) 歯周疾患が多く、歯がひどく緩みます（2度以上で前後左右に揺さぶれます）

(3) 生えてしまった余分な歯と傾斜した歯があって、咀嚼に深刻な影響が出ます。

(4) 外傷、すなわち、硬い物を噛むことによる歯茎の割れがあります。

(5) 転位歯、即ち噛み合う歯がないことで、上には歯があって、下にはそれと噛み合う歯がなく、長期にわたって口腔粘膜に損傷を与えます。

(6) 思いがけない事故で骨折線上にある歯。

なお、中高齢者は抜歯の際、自分の禁忌症も考えなければなりません。心臓血管系疾患など、全身性疾患がある場合、医師にそのまま自分の身体状態を告げなければなりません。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

女性は月経周期または妊娠期には抜歯をしてはなりません。この時期は耐性が低下し、細菌の増殖が早いからです。最後に、局所的炎症が深刻で、ひいては膿腫が現れた場合、抜歯は炎症を止めたてからにしなければなりません。

歯の病気の治療の原則は、なるべく歯を保存し、抜歯を容易く行わないことです。何せ、自分で生えた歯に勝るものはありません。一般的には、患者の具体的な病状に基づいて全面的な検査を実施し、検査の結果で、抜歯が患者の現在の問題を解決するための最善の方法であるかどうかを判断します。

4. 年をとると、欠損歯は補填する必要がありますか？

補填で欠損歯を修復したほうが良いです。年をとったからいくつか歯が欠けても普通なことだと考える人もいますが、実は、欠損歯のデメリットは非常に多いです。咀嚼能力の顕著な低下に加え、消化と栄養の吸収にも影響を及ぼします。また、その欠損は、周辺の歯の動揺と脱落を早めます。中年者が歯の病気にかかった場合、タイムリーに治療を受けるだけでなく、最も重要なのは、歯の機能の回復なのです。そのため、歯の補填は、歯の欠損を解消するために必要な治療です。

5. 中高齢者は視力の低下にどう適応すればよいですか？

視力の低下に適応するために、中高齢者は生活の中で、以下のことに留意すべきです。

- (1) 十分な照明を確保し、反射光をチェックします。
- (2) 手すり及び階段の標識を取り付けます。
- (3) 明るいところから暗いところに行くまでの間、目を暗さに慣らします。
- (4) ナイトランプを取り付けます。
- (5) ものを固定した位置に置きます。
- (6) 歩道をきれいにします。
- (7) 定期的に視力検査を受けます。
- (8) 眼鏡を着用し、レンズを洗浄します。

6. 中高齢者は聴力の低下にどう適応すればよいですか？

聴力の低下に適応するために、中高齢者は以下のことをすべきです。

- (1) 会話の相手と同一の平面にある位置に座ります。
- (2) 口を遮らないこと。
- (3) 大声で叫ばないで、低いトーンを保ちます。
- (4) ゆっくりしゃべり、簡単な言葉と短い文を使います。
- (5) 背景の騒音を減らします。
- (6) 聴力検査を勧め、補聴器の使用を勧めます。

7. 補聴器と人工蝸牛など電子設備を着用する際に注意すべき点は？

補聴器や人工蝸牛など電子設備は、現在、一般に認められている効果的な治療手段ですが、以下の点に注意したいものです。

- (1) 通常の状態では、単側性難聴または軽度の難聴の患者は補聴器を着用する必要がありません。

第四部分中高年

聴力損失が 35～85 デジベルの患者は、補聴器を使っても良いでしょう。聴力損失が 60 デジベル前後の場合、補聴器着用の効果が一番よいです。重度の難聴は、着用してもよいですが、補聴器の歪みが増加し、往々にして思わしい効果が得られません。難聴が特に深刻な完全失聴者にとっては、補聴器は、音響を強められますが、その言語認識率が非常に低く、実用的な価値はありません。人工蝸牛または他の方式での治療を提案します。

(2) 残余の聴覚に影響しないように、勝手に着用してはなりません。補聴器を着用する前に、専門病院または専門機構で全面的な検査を受けるべきです。耳科医と聴力学者に細かく検査してもらった後、聴力曲線に基づいてふさわしい補聴器とします。

(3) 補聴器を着用する場合、適応の過程があります。通常は 1～2 ヶ月です。指摘しておきたいのは、室内で補聴器を着用する場合、各種の言葉を認識する効果が比較的に良いが、公共の場合及び騒音が多い環境での効果が良くないことです。補聴器は騒音も同様に大きくするためです。

(4) 両側性難聴の患者の場合、両耳の聴力がほぼ同じなら、補聴器を交替で着用することができます。(両耳の聴力差が大きく、いずれも聴力の損失が 50 デジベルを超えない場合は、聴力が比較的に悪い方につけます。(片方の耳の聴力損失が 50 デジベルを超えた場合、聴力の良い方につけます。

8. タバコをやめる意向のある喫煙者に対しては、どのような支援をすればよいですか？ タバコをやめるよう喫煙者を指導する業務に当たって、サービス提供者は、喫煙者を特定し、喫煙者がタバコをやめるよう説得し、喫煙者のタバコをやめる意思を評価し、及び最初はタバコをやめたがらず、または意志がはっきりしない喫煙者の態度を次第に変え、タバコをやめることを検討させるなど、健康教育活動の段取りに加え、最後の一步として、タバコをやめる意向のある喫煙者に指導と支援を提供します。

サービス提供者が喫煙者がタバコをやめることを支援する過程で、提供者と患者は協力しなければなりません。サービス提供者は、患者を手伝う者、または相談者として、少なくとも 2 つの面で支援しなければなりません。

(1) ニコチンの代替療法。特に毎日の喫煙が 10～15 本以上の者と、朝起きて半時間以内に 1 本目のタバコを吸う患者に対しては、ニコチンの代替療法がとても効果的なものと考えられます。現在、ニコチンパッチとニコチンガムを勧めます。治療の中で、投与量、時間と禁忌症に注意します。

(2) 相談と心理カウンセリング。ニーズの異なる喫煙者に対して、異なる類型と強さの相談またはカウンセリングを実施します。内容としては、患者を支援して、タバコをやめるための詳細でカスタマイズした計画の策定、(タバコ中毒が深刻な患者についてのニコチンの代替療法の推奨(タバコをやめるのに成功した情報と支援の提供、(患者のフォローアップ訪問の手配、禁断症状の出現と再発の回避などが挙げられます。

要するに、サービス提供者は、喫煙制御の業務で大きな作用と影響を發揮すべきです。患者にタバコをやめさせる過程で投入する時間と精力が多ければ多いほど、タバコをやめる成功率が高くなります。提供者は、職業の特徴を十分に活かし、喫煙者がタバコをやめるために、効果的、経済的かつふさわしい指導と介入を提供すべきです。サービス機構は、喫煙患者の特定、記録と治療を制度化し、タバコをやめる成功率を高め、公衆の身体の健康を促進します。

9. 高齢者は、役割と活動が次第に喪失されていく生活にはどう適応すればよいですか？ 個人レベルの老年学研究における、高齢者の個人と社会との関係についての検討で、活動

の存在、疎外と統合といった、晩年の役割と活動の欠乏に対処する理論モデルが発見されました。

99

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

個々の高齢者の発展段階を全面的に要約するものではありませんが、これらの理論モデルは、今の高齢者個人の発展問題に対する我々の認識や、中高齢者への相談の提供について、指導的意味があります。

人々はある役割またはある活動に従事する機会を失った場合、一つの目立った調整方法として、失った役割と活動の代わりに新たな役割または活動を求めます。活動理論は、積極的の活動量と一定の活動範囲の維持が高齢段階での発展に適応する最も効果的な方法と常に見ています。そのため、注目すべきは、どのように晩年生活の中での役割と活動の転換によって一定の活動能力を維持するかです。

もう一つ、晩年の役割と活動の欠如に対処する方法は、自ら進んでこれまでの役割と活動から退去することです。

疎外の見方は、高齢者と社会との間の相互疎外を正常の晩年の適応過程と見えています。一部老年学者は、選択的な疎外が高齢者個人の晩年生活への調整により適していると考えています。選択的な疎外とは、通常、統合の見方とも呼ばれ、追う義務を改めて手配し、と既存の精力を改めて配分することによって、役割、活動と能力面の欠如に対処することを指します。複数の役割を負い、異なる活動に参加している人は、ある役割を失ったために代替物を求めるまでもなく、残った役割と活動に使う時間と精力の再配分が自分が高齢段階での発展に適応するためのより簡単な方法だと気づくかも知れません。このような再配分によって全体的活動水準が低下する可能性もありますが、わざわざ新たな役割と活動を求めるまでもなく、完全に社会とのつながりから脱出する必要もないという、統合の観点からは、高齢者個人の生活の変化への適応のために、より柔軟な方式を提案しているように考えられます。

10. 高齢者はツアーに出かけるとき、どんな準備が必要ですか？

観光は、高齢者の心身にとって大きなメリットのある活動です。高齢者ツアーへの参加を申し込んでくれる子女も少なくありません。高齢者は出かける前に、様々な準備をし、また、権利保護の意識を高め、順調かつ安全なツアーを確保すべきです。

(1) 皆で一緒に行き、互いに助けあいます：家族を連れないなら、高齢者はツアーに行く場合、皆で一緒に行ったほうが良いでしょう。団地内でよく一緒に活動する、または社内のお年寄りの友人とともにいきます。互いによく知っていますし、助けあうこともできます。

(2) 出発する前に、身体を検査すべきです。高齢者は、出発する前、まず自分の身体の状態をはっきり把握して置かなければなりません。高血圧、冠状動脈性心臓病、癲癇など慢性疾患の患者には、ツアーに出かけることをお勧めしません。さらに、ツアー会社には、既往歴を隠してはいけません。(ツアーに行く加齢慢性疾患の患者は、念の為に、薬を備え、前もってガイドと友人に告げておくべきです。

(3) 規範的なツアー ツアーに行くなら、資格のあるツアー会社を選び、安全かつ適正な路線を確保し、経験豊富なガイドと添乗医師の配備も確認します。同時にまた、傷害保険にも加入すべきです。

(4) 騙されないように、買い物は慎重にします。高齢者は、観光の途中で、買い物の罠にとりわけ気をつけるべきです。観光先の店でお土産、薬材などを買う時に、偽物と価格の罠に気をつけます。お土産を買うなら、騙されないように、信用の高いスーパーマーケットなどで買ったほうが良いでしょう。とりわけ注意すべきなのは、ジュアリーを買う時、発票など有効な手形を求めることです。一旦問題に気づいたら、速やかにツアー会社に告

げ、地元の観光主管部門に苦情を言います。

9

第四部分中高年

(5) 天気を知り、無理をしません。高齢者はツアーに行く前に、観光先の天気状況を詳しく把握しておかなければなりません。目的地が寒すぎたり暑すぎたりだと、高齢者は、健康の視点から、無理する、または、自分を無理やり行かせることをしないほうが良いでしょう。自分の身体の状態に合わせて判断します。

11. 高齢者は車を運転しても良いですか？

外国では、高齢者の運転について、ほとんど年齢の上限が設けられていませんが、高齢者運転手の運転の安全を考慮すると、国によって、一定年齢以上の高齢者に対して、視力検査、加齢性認知症のテスト結果、または癲癇、糖尿病、心臓病など疾患の未罹患証明が提供されています。わが国では、高齢者の運転に関して、「自動車運転免許申請及び審査弁法」(以下、弁法)で、公民が自動車運転免許の試験を受ける最大の年齢制限は70歳とされています。70歳までに運転免許の試験を受けていない者は、運転手資格試験に参加する資格がなくなることの意味します。70歳までにすでに運転免許を取得した者は、70歳以降でも引き続き自動車を運転できます。高齢者の身体の状態及び緊急対応能力を考えると、「弁法」では、満60歳の運転手が毎年、公安交通管理部門に身体検査の証明書を1回提出するように求めています。身体検査に合格しなければ、引き続き自動車を運転することが許可されません。

わが国の調査によると、高齢者運転が交通傷害の主な要素の一つとなっていると指摘されています。高齢者の体力の老化、脳力の不足、視力の低下、行動の緩慢など生理的変化と密接な関係があります。そのため、若い運転手と比べ、高齢者運転手は、夜や天気が良くない時に単独で運転することをなるべく回避すべきです。普段運転するとき、車のバックミラー、フロントガラスの清潔さを保ちます。どうしても一人で運転しなくてはならない時、走行スピードを抑え、低速車線で走るようにします。運転中、前後左右に十分な距離を開けて、なるべく無理に追い越さないようにします。毎回の運転時間は2時間以下に抑え、疲労、目眩などの症状があれば、直ちに下車して、身体を動かし、新鮮な空気を吸い込んでから再び運転します。落ち込んでいる、いらいらする時にはなるべく運転せず、出かけるのもなるべくラッシュアワーを避けます。事故を避けるために、高齢者運転手は、車を運転して出かけるときに、前もって軽食を用意し、体力を補充します。また、救急薬も不可欠です。

参考文献

- WHO 高齢化と生命のコースに関する5つの事実 TXXL,,[[[TSV1X,^ZUXYRZN, ^U=X^VGZN,UMZV1M,UMZV1M_ ^U=XN,`T,V1PZaTX>G
- 「健康日本21」計画 TXXL,,[[[X=4TZUGXTSRM=1,^VGZ,5553555LP^
- 衛生部疾病予防制御局、中国疾病予防制御センター。健康なライフスタイルに関するコア情報5
- 5@ 53TXXL,,[[[>STMSb=1,LY]GV=^VGZN,]YNV1ZNN,TX>G^VGZN,>STc] ^W`c, N9@,55@,TX>
- WHO、食事、運動、健康に関する世界戦略、ジュネーブ、世界保健機関9@

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

55TXXL,,[TdGV]PS=[TSV1X,LY]GV=UXVS1N,55,@9@@@9_=TVLP^

- 衛生部弁公庁、2008 年全国「歯を愛する日」のキャッチフレーズとテーマ情報 TXXL,,
[[>STMSb=1,LY]GV=^VGZN,,,)YNV1ZNN,=>NRZNSYR=ZN,>STc]\^W`c,=>NRNPS=Ye
>Z1X,PS=9PS=

-3.WHO 失明症と視力損傷に関するファクトファイル
TXXL,,[[[TSV1X,^ZUXYRZN,^U=X^VGZN,
bVNVS1,59_`TTX>G

-9.趙宏偉 よく見られる加齢性の目の病気の予防 TXXL,,[[[53=1,cWWX,1Z[N_ NTS[UNL,
X_VP Bf=_VP B

-周雷、李楓、医師による喫煙者の禁煙指導の原則と方法の概要 国外学社会医学分
冊 55 5 TXXL,,[[>P[ZZWG\=S>=1,URXV=GZUNL, VP
B395

-@.謝瓊 カナダの人口高齢化及びその応対措置 外国及び香港・マカオ・台湾地区での養
老サービス状況のまとめ

全国養老サービス標準化文書まとめ 北京中国社会出版社 55

-5. 中国疾病制御センター 個人の身体活動に関するちょっとした助言
TXXL,,[[[TV1U=P==1,cW`X,cW=c,
NXTP,NGTP,55@,X55@_@TX>

5

第四部分中高齢

ユニット4 高齢者層の栄養と食事の指導

目標

一、全体目標

高齢者は、特殊なグループです。高齢者は中年を経てきたもので、2つの時期は、身体の変化に関して、似ているところが多くありますが、差異も避けては通りません。加齢グループは、内臓臓器の機能変化について、老衰の傾向を呈しています。各臓器の機能変化の速度と程度は完全に一致しているわけではありませんが、全体的な傾向は変えられません。中国では、古い時代に、「老いて養なわれる」との言い方がありましたが、この「養」には、栄養も含まれます。また、「志を養う」、即ち、心理的バランスも含まれます。このユニットでは、高齢者の栄養問題を検討します。

二、具体的な目標

1. 継続的な栄養・健康教育を通じて、高齢者層の栄養問題への認識を高めます。
2. カスタマイズした相談に通じて、高齢者層に合理的な栄養情報を提供します。例えば、高齢者の合理的な栄養と食事、及び高齢者の栄養問題の対策など。

健康教育

2010年第六次全国人口調査主要データ公報（第1号）によると、わが国の60歳と65歳以上の人口はそれぞれ13.26%と8.87%を占めています。中国はすでに高齢化社会に突入しました。高齢者の合理的な栄養は、老衰過程の遅延に役立ち、健康を促進し、慢性退行性疾患を予防し、生命の質を向上させることができます。健康的な高齢化の実現は、高齢化に対応する効果的な措置の一つです。

一、高齢者の栄養と食事

高齢者の食事で順守すべき原則としては、(1) 雑穀と白米・小麦粉を合わせて食べて、柔らかく消化・吸収しやすいものを食べる、(2)、飲食を合理的に手配し、生活の質を高める、(3) 栄養不良と貧血の予防を重視する、(4) アウトドア活動を多くし、健康な体重を維持する、ことが挙げられます。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

(一) 中国の高齢者のバランスの良い食事のピラミッド (2010)

中国の高齢者のバランスの良い食事のピラミッドは、中国国民のバランスの良い食事のピラミッド (2007) を土台に訂正されたもので、中国栄養学会老年栄養分会によって策定されたものです。高齢者が日常生活の中で参照して実行するように、高齢者の生理的特徴とあわせて、「高齢者食事指南」の原則を各種食物の重量に変換しました。

高齢者の食事のピラミッドの構造

食事のピラミッドには、合わせて5層あります。穀類食物は、一番下の層にあり、高齢者は1日あたり平均200g～350g食べます。うち、雑穀：白米・小麦粉：肉類＝1：2：1。野菜と果物は第2層にあり、毎日、400g～500gの野菜と200g～400gの果物を食べるべきです。魚肉・家禽の肉・畜肉・卵など動物性食物は第三層にあり、毎日150g食べるべきです（そのうち、魚介類、禽類50g～100g、畜肉50g、卵類25g～50g）。乳類と豆類食物は合わせて第四層となり、毎日、液体ミルク300gに相当する乳類と乳製品、及び大豆類及びナッツ30g～50gを食べるべきです。

一番上の第五層は、調理用油と食塩です。毎日、調理用油を20g～25g使い、食塩を5g以下に抑えます。食事のピラミッドでは、高齢者が毎日、少なくとも1200mlの水を飲むことが強調されています。

高齢者の食事のピラミッドでは、高齢者の1日あたりの食塩（醤油や他の食物中の食塩を含む）の推奨摂取量が5g以下と勧められています。（糖分摂取量の推奨値がないのは、高齢者の糖分への耐性が低下し、インスリン分泌が減少し、血糖の調節機能が低下し、高血糖と糖尿病が発生しやすいためです。糖分を摂取しすぎてもなりません。高齢者の水分の摂取は、若年者より重要で、飲食中の牛乳、お粥、各種の野菜スープ、きれいな天然水と多汁の果物と瓜類、淡い茶など、多くの方法で水分を補充することができます。自ら進んで、少しずつ何回も水を飲みます。口が乾いた時になってようやく水を飲むことを避けます。

高齢者の食事のピラミッドで提案される各種食物の重量は、1つの類型の食物の総量です。例えば、1日あたり400gの野菜については、100gのホウレンソウ、50gのニンジン、100gのトマトと150gのキャベツでも良いし、100gの白菜、150gのニラと150gのキュウリでも良いです。

第四部分中高年

食事のピラミッドの中で記された各種の食物の推奨量の下限は、エネルギー準位 1600kcal（キロカロリー）で、上限はエネルギー準位 2200kcal です。

ピラミッドの中では、とりわけ野菜と果物のそれぞれの特長が強調されています。互いに完全に代替する事はできません。運動は健康の礎です。

高齢者は毎日、適度の身体活動をすべきです。1日あたり、累計で歩行 6千歩以上に相当する活動量、望ましくは 1万歩を推奨します。

高齢者の食事に関する「10の拳の原則」

高齢者に容易にバランスの良い食事の原則を覚えてもらうため、それを「10の拳の原則」として簡単にまとめました。すなわち、肉：食糧：奶と豆：野菜・果物 = 1：2：2：5（重量比）です。高齢者の方には、自分の拳の大きさで毎日の各種食物の摂食量（生の食物量を指します）をおおまかに推計することを勧めます。

1つの拳の大きさを超えない肉類（魚、禽類、卵、畜肉を含む）

2つの拳の大きさに相当する穀類（雑穀、豆類とイモ類を含む各種の主食）

2つの拳の大きさに相当する乳製品・豆製品（各種乳製品、豆製品）

5つの拳の大きさ以上の野菜・果物

中国の高齢者のバランスの良い食事のピラミッドは、栄養が合理的で、バランスの良い食事モデルです。わが国の高齢者層の食事で欠乏しやすい栄養素を最大限に提供し、高齢者層の栄養状況の改善、食事関連の疾患の予防に対して長期的な意味があります。バランスの良い食事のピラミッドの応用には、長期的な習慣の形成と、粘り強さが必要で、そうすれば、関連の慢性疾患の予防と健康促進、老衰遅延についての大きな促進作用が十分現れることができます。

（二）高齢期の栄養需要

1. エネルギー

それぞれの高齢者の個体にとって、生活のモデルと質によって、エネルギーへの需要も大きく異なってきます。例えば、60歳の高齢者は、その体力活動が減少しておらず、または定年退職後、毎日半時間から1時間歩行する場合、1日あたりの平均エネルギー消費が 1900kcal を超えています。高齢者のエネルギー摂取の参考量は、表 4-4-1 を参照してください。

表 4-4-1 高齢者エネルギーとタンパク質の摂取の参考量

年齢層（歳）

活動量

エネルギー

kcal,P

男 女

タンパク質 M,P

男 女

35 4

軽体力活動 @55 5 9 3

中等体力活動 55 55 9

95 4

軽体力活動 @55 95 5 9 3

中等体力活動 55 @55 9@ 9

54 @55 95593

脂質は総エネルギーの 25%を占めています。中国住民食事摂取基準量は 2000 です。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

60 歳以上の高齢者は、良好な心理状態を保ち、医学的に許される条件下で、適当の体力活動もでき、あるいは、もともと慣れた有酸素運動を続ける事もできます。これは、健康にとって極めて有利です。基礎代謝水準の低下、体力活動の減少と体内の脂肪組織の比率の増加から、高齢者の熱エネルギー需要量は相対的に減少します。そのため、食事エネルギーの摂取は、主して体重で測られます。エネルギー均衡を維持し、かつ、理想的な体重を維持できるのが望ましく思われます。

2. タンパク質

高齢者は、分解代謝が合成代謝より大きいため、負の窒素バランスが現れやすいです。そのため、タンパク質の摂取量については、良質タンパク質が望ましく考えられます。タンパク質は、熱エネルギー全体の 12%~14%を占めるべきです。高齢者のタンパク質摂取の参考量については、(表 4-4-1) ≥ 70 歳の高齢男性は 75g/d、女性は 65g/d です。

3. 脂肪

高齢者の胆汁分泌が減少し、エステラーゼの活性が低下するため、脂肪の消化能力も低下します。脂肪の摂取は多すぎではありません。通常、脂肪によるエネルギー供給は、食事の総エネルギーの 20%~30%を占めるほうが望ましいです。不飽和脂肪酸が豊富な植物油を中心とします。コレステロールの摂取量は、 $< 300\text{mg/d}$ が望ましく考えられます。

4. 炭水化物

高齢者は、糖分への耐性が低く、インスリンの分泌量が減少し、かつ、血糖への調節能力が低く、血糖が上昇しやすいため、単糖類・二糖類と甘いもの摂取量を抑え、血糖の上昇によって、血液中脂質が上昇することを防ぎます。炭水化物によるエネルギー供給は、食事の総エネルギーの 55%~65%を占めるほうが望ましいです。食物繊維の摂取量を増加すべきです。

5. 微量栄養素

中国栄養学会が高齢者に推奨する微量栄養素の摂取量は、50 歳の成年者と一致しています。表 4-4-2 を参照してください。各種の必要な微量栄養素とビタミンは、中高齢者にとってとりわけ重要です。そのため、中国栄養学会の推奨摂取量に達するようにすべきです。

表 4-4-2 高齢者の栄養素の参考摂取量

栄養素

カルシウム

>M

鉄

>M

亜鉛

>M

セレン

1

M

ヨウ素

1

M

銅

>M

ビタミンC

>M

ビタミンB12

1

M

葉酸

1

M

ピリドキシン

>M

35 4 555 5 5 55 55

栄養素 ナイアシン>M リボフラビン>M チアミン>M トコフェロール

1

M ビタミン

1

M2E

性別 男 女 男 女 男 女 男 女

5 55 955

(1) ビタミン

高齢者は、ビタミンの利用率が低下します。体内の代謝調節と耐病性の強化のためには、各種ビタミンの摂取量は、中国栄養学会の推奨摂取量に達するべきです。アウトドア活動が減少する時、皮膚がビタミンを合成する機能は低下します。これに加えて、肝臓・腎臓の機能も低下し、活性型ビタミンの生成が減少し、ビタミンA、ビタミンD、ビタミンB12 および葉酸の欠乏が発生しやすくなります。

第四部分中高年

ビタミンDを適度補充することで、高齢者の骨粗しょう症を予防する作用が果たせます。ビタミンB2は食事の中で、欠乏することがしばしばありますが、ビタミンB2の含有量が高い食物を適宜補充または摂取すべきです。

十分のビタミンB6とビタミンCは、血管壁の完全性を保護し、脂質代謝を改善し、とアテローム性動脈硬化症を予防することなどについて良好な作用を果たしています。葉酸とビタミンB12は赤血球の生成を促進し、貧血の予防に有利です。

葉酸、ビタミンB6及びビタミンB12は、血液中ホモシステインの水準を低下させ、アテローム性動脈硬化の形成を防ぎます。

ビタミンEは、天然の脂溶性抗酸化物質で、老衰を遅延させる作用があります。加齢色素とも呼ばれるリポフスチンは、神経、心筋、肝臓など組織の老衰した細胞の中の黄褐色で不規則な小体で、その内容物、電子密度が均一でない物質、脂滴、小泡などで、リソソームが作用後残した消化不能な物質によって形成される残余体です。その蓄積は、年齢が増加するとともに増加し、老衰の重要な適応症の一つです。

俗に「老人斑」と呼ばれる浅表性皮膚症状のある者に見られる。十分なビタミンCとビタミンEは、リポフスチンの酸化による老人斑の発生を効果的な防止することができ、一般に認められている抗老衰剤でもあります。

高齢者にとって、食事の中で適度のビタミンを確保することは、身体の正常な生理的機能と物質代謝を維持する上で非常に重要である。表4-4-3は、異なる種類のビタミンを多く含有する食物です。

表4-4-3 異なる種類のビタミンを多く含有する各種の食物

ビタミン名称 食物

ビタミンA レチノール

動物の肝臓、ミルクと乳製品及び禽類の肉・卵、緑葉野菜類、黄色野菜類及び果物など ニンジン

トマト、カキ、鶏卵、牛レバーと豚レバー、タラ肝油、牛乳、チーズ、バター、ブロッコリー、ほうれん草、レタス、大豆、グリーンピース、ダイダイ、アンズ、さつまいもなど

ビタミンB1 チアミン

穀物の皮、豆類、ナッツ類、セロリ、赤身の肉、動物の内臓、キビ、ハクサイ、発酵食品、胚芽、ぬかとふすま

ビタミンB2 リボフラビン

肝臓、腎臓、心臓など動物の肝臓、豚肉、小麦粉、羊の腎臓、鶏レバー、大米、キュウリ、ウナギ、鶏卵

牛乳、豆類及びアブラナ、ハウレンソウ、リーキなど一部緑葉野菜

ビタミンB3 ナイアシン 緑葉野菜、腎臓、肝臓、卵など

ビタミンB5 パントテン酸 玄米、肝臓、卵、肉

ビタミンB6

牛肉、鶏肉、魚肉と動物の内臓など肉類、えん麦、小麦のふすま

麦芽など全粒穀物、エンドウ、大豆など豆類、ピーナッツ、クルミなどナッツ類 ビタミンB6の含有量が最も多いのは、鶏肉と魚肉など白色肉類です

ビタミンB12 コバラミン

肉類食物中にだけビタミンB12が含まれます。用意する食物は、肉類と野菜類と組み合わせを均一にする事が必要なのです。

主な食物由来は、肉類動物の内臓、魚、禽類、貝類、及び卵類で、ミルク及び乳製品の中の含有量が少ないです。植物性食品の中には、基本的にビタミンB12が含まれません。

ビタミン C アスコルビン酸

チンツァイ、ニラ、ホウレンソウ、ピーマン、セロリ、カリフラワー、トマト、ニンニク、オゴノリ、アマトウガラシ、ホウレンソウ、大根、キャベツ、ジャガイモ、サヤエンドウとミカン、ダイダイ、グレープフルーツ、サンザシ、ブドウ、サネブトナツメ、新鮮なナツメ、イチゴ、カキ、キンカンなど新鮮な野菜と果物。野生のアマランサス、アフファルファ、サンショウバラ、サージ、キウイフルーツ、サネブトナツメなどには、ビタミン C の含有量がとりわけ豊富です

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

続表

ビタミン名称 食物

ビタミン D

自然界の中には、ビタミン D を含有する食物が少ないです。動物性食品は、非強化食品のうち、天然ビタミン D の主な源となる食品です。例えば、脂肪含有量の多い海水魚と魚卵、動物の肝臓、卵黄、クリームとチーズの中には相対的に多く、赤身の肉、ミルク、ナッツの中には、微量のビタミンが含有されます。 しまし、日光浴を通じて、ビタミン D の体内での合成を促進できます。そのため、タラ肝油の滴剤の補充を堅持します。

ビタミン E トコフェロール

各種の油料種子、及び麦芽油、コーン油、ピーナッツ油、ゴマ油などの植物油、豆類、雑穀などは、いずれもビタミン E の重要な源です。一部穀類、ナッツと緑葉野菜の中にも一定量のビタミン E が含まれます。

ビタミン F

リノレン酸、ピーナッツ油酸

植物油（亜麻、ヒマワリの種子、大豆、ピーナッツなどから榨取される油）及びピーナッツ、ヒマワリの種子、クルミなどのナッツ類食品

ビタミン H（ビオチン） 牛乳、牛のレバー、卵黄、動物の腎臓、果物、玄米の中にあります。

ビタミン L 牛のレバー、トラウト、酵母、野菜

ビタミン K

牛のレバー、タラ肝油、卵黄、チーズ、ヨーグルト、海藻、ムラサキウマゴヤシ、ハウレンソウ、ハボタン、

レタス、カリフラワー、エンドウ、コエンドロ、大豆油、スピルリナ、レンコン

ビタミン P

バイオフィラボノイド

ダイダイ、レモン、アンズ、サクランボ、ローズフルーツ及びそば粉

(2) カルシウム

十分なカルシウムは、高齢者にとって非常に重要です。高齢者がカルシウムへの吸収能力が低下し、肉体活動の減少により、さらに骨格カルシウムの沈積が減少するからです。そのため、高齢者は、カルシウムの負のバランスが発生しやすくなります。骨粗しょう症は多く見られます。中国栄養学会がすすめる高齢者の食事カルシウムの AI は、男女ともに（50 歳以上）1000mg/d で、（許容される最大摂取量（UL）は 2000mg/d。

(3) 鉄

高齢者の鉄への吸収・利用能力が低下し、造血機能が減退し、ヘモグロビンの含有量が減少するため、鉄欠乏性貧血が発生しやすいです。わが国の高齢者の鉄の AI：男女ともに 15mg/d で、UL は 50mg/d。ヘム鉄含有量が多い食物を選ぶよう心がけます。

(4) ナトリウム

高齢者は食塩から<6g/d を摂取したほうがよろしいでしょう。高血圧、冠状動脈性心臓病の患者は<5g/d が良いです。

セレンは、抗酸化剤で、高齢者の方は、食事から補充するよう心がけたいものです。なお、微量元素である亜鉛、銅、クロムも同様に重要です。毎日の食事の中に、一定量の摂取があるべきで、身体のニーズを満たします。

6. 水と他の液体

現在、一般に認められているのは、高齢者が毎日、30ml/kg を摂取することです。しかし、大量の汗の排出があり、下痢、

発熱などの状況がある場合、それに応じて増加しなければなりません。正常状況下では、体重 55kg の高齢者は、毎日食物（ご飯、野菜・果物中には、30%～50%の水分が含まれます）及び飲料から 1L を取ります。残りは他の液体で補足します。ただし、意識的に摂取し過ぎないように注意しましょう。一部の国の食事ガイダンスでは、消毒された水道水を飲むことが提唱されます。高齢者が水を飲む原則は、喉が渇く前に飲み、水分が十分に含まれる食べ物を食べて、白湯を多く飲み、飲む時には、量を計測することです。

3

第四部分中高年

(三) 高齢者の合理的な食事

1. 高齢者層の合理的な食事の原則

中国住民食事指南（2010 更新版）によると、高齢者層の合理的な食事原則として、次の 8 つの点が含まれます。

- (1) 食物の多様化。穀類を中心とします。
- (2) 野菜・果物とイモ類を多く食べます。
- (3) 乳類、豆類またはその製品をよく食べます。
- (4) 適量の魚、禽類、赤身の肉を食べて、白身の肉と動物性油を抑えます。
- (5) 食量と体力活動は均衡を保ち、適正な体重を維持します。
- (6) 塩分の少なく、あっさりした食事をします。
- (7) 飲酒量は抑えるべきです。
- (8) 清潔、衛生的で、変質していない食物を食べます。

2. 高齢者の合理的な食事の手配

60 歳以降は高齢期に入ります。外観から代謝、生理臓器機能までそれに応じた変化がみられ、身体の組成成分も緩慢に変化します。このような変化は、疾患や環境要因の影響で加速したりまたは減速したりします。身体、心理面の保健を強化することは、各種慢性疾患の発生の予防や生理的機能の老化の進展の遅延にとってとりわけ重要です。食事の調整も重要な措置の一つです。

中国住民食事指南では、高齢者の食事について、以下の 2 点に留意すべきと指摘されています。食物については荒いものと細かいものとを組合せ、消化しやすいよう心がけることです。積極的に適度の体力活動に参加し、エネルギーのバランスを維持します。以上の原則に基づき、高齢者の食事の手配、食物の選択、調理方式は、適宜調整しても良いです。

(1) エネルギーの摂取の制限

高齢者の基礎代謝は、若年、成人時期より約 10%~15%低下し、それに加えて、日常活動量が減少します。そのため、総エネルギー摂取は多すぎではありません。一方、高齢者は、よく適度の活動をし、エネルギーバランスを達成します。適性な体重を維持します。

(2) 良質タンパク質の摂取の保証

高齢者は、タンパク質微量栄養素の需要が成年者のそれよりも低くありません。そのため、摂食量を減少する状況下では、タンパク質及び微量栄養素の補充に留意すべきです。タンパク質のうちの半分は良質タンパク質、すなわち動物性タンパク質と豆類タンパク質であるべきです。

(3) 脂肪の摂取の制御。

脂肪は重要な栄養素の一つですが、脂肪の摂取しすぎと加齢関連疾患にかかわっています。そのため、摂取量は、総エネルギーの 20%~25%程度に制限する必要があります。また、動物脂肪の摂取も減少します。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

食物中の脂肪以外にも、調理用油は毎日、20～25gを超えてはなりません。また、多種の植物油を交替で使用すべきです。

(4) 穀類、イモ類は、タンパク質、食物繊維、ミネラル及びビタミン B 群を提供できます。

高齢者は、多種の穀類食品を選択し、また、以下の食物を選択することもできます。例えば、赤身の肉、魚、海産物、豆製品、牛乳及びヨーグルト、キノコ、キクラゲ、コンブ、ノリなど深緑色の野菜、黄色の瓜、果物など。これによって、より多くのビタミンとミネラルを獲得します。

(5) お年寄りは雑穀を食べるようにします。

1) 雑穀には、豊富なビタミン B 群とミネラルが含まれます。

ビタミン B 群には、ビタミン B1、B2、B6 およびナイアシン、パントテン酸などがあります。体内では、主としてコエンザイムの形で三大栄養素の代謝に参加し、また、食欲と消化機能を増進し、神経系の正常な機能を維持するなどの作用があります。ビタミン B 群は主として穀粒の外層に集中しています。比較的にいえば、雑穀の加工は、通常、精細さを追求しないため、ビタミン B 群の含有量が白米・小麦粉より高いです。なお、雑穀中のカリウム、カルシウム及び植物性化学物質の含有量も比較的豊富です。

2) 雑穀中の食物繊維の含有量が高いです。

食物繊維は、胃腸管に入ると、水分を吸収し、膨張し、腸の内容物の体積を増加させ、大便を柔らかくします。腸管の蠕動を促進し、大便を潤し、便秘を抑える作用を果たします。(同時に、腸管を通過する時間を短縮し、フェノールアンモニア及び細菌毒素などが腸管内に滞在する時間を短縮します。また雑穀中の食物繊維が多く、エネルギー密度が低く、摂取されるエネルギーが減少し、体重の制御と肥満の防止に有利です。

3) 血糖の調節

雑穀または全穀類食物は、食後血糖の変化が精製された米、小麦粉より小さく、血糖指数が低く、糖分の吸収を遅延させ、糖分への耐性及び糖尿病患者の血糖水準の改善に貢献できます。世界保健機関 (WHO)、国連食糧農業機関 (FAO) 及び多くの国の糖尿病協会、栄養士協会は糖尿病患者が、高繊維・低血糖指数の雑穀の組み合わせによって血糖値と体重を抑えることをすすめています。

4) 心血管系疾患への対策

雑穀中には、豊富な可溶性食物繊維が含まれ、コレステロールに対する腸管の吸収を減少し、胆汁の排泄を促進し、血液中のコレステロール水準を低下させ、同時に、リグナン、ルチン、カロテノイドなど植物性化学物質も多く含んでおり、抗酸化作用を持ち、心血管系疾患の発生リスクを低下させられます。

(6) 塩分の摂取量の制御

中国栄養学会は、正常な成人が毎日塩を摂取する量が 6g を超えないようにすすめています。高齢者の健康を確保するため、外国の関連組織、中国栄養学会老年栄養分会及び中国心血管系疾患対策活動委員会は高齢者の塩分摂取量が 5g を超えないように助言しています。

塩は、しょっぱい調味品であり、ナトリウムと塩素からなります。ナトリウムイオンは最も純粋な塩味を提供し、塩素イオンは味強化剤です。体内で本当に作用する塩は、毎日 0.5g 摂取すれば十分で、残りの塩は、調味のために用いられます。塩は、高浸透圧性物質で、血液の浸透圧を高められます。報道によると、1分子の塩は、400分子の水と結合

することができます。

第四部分中高年

そのため、塩を摂取し過ぎると、血液中の水容量が増加し、血管の圧力が増加し、最終的に血圧の増加につながります。

そのため、代謝と排泄能力がともに弱い高齢者は、血液中の水容量に対する塩の影響を減少するために、なるべく塩を少なく食べるようにすべきです。体のニーズを満たすための塩の量だけでよいです。味のために健康を無視してはいけません。

なお、以下のいくつかの点も注意に値します。

第一、塩を少なく食べ、醤油を多く食べれば良いですか？一部の高齢者は、高血圧になった後、つくづく塩の摂取量の必要性を感じますが、すでに慣れた味がなかなか変えられません。多くの塩を食べるのをやめて、かわりに醤油を食べようになります。醤油が塩でもないし、塩っぽくて鮮味あるし、問題ないではないかと考えているのです。しかし、醤油も体内の塩の重要なソースの一つで、醤油の中には、豊富なタンパク質、ビタミン、ミネラルが含まれる以外に、含有される塩化ナトリウムは 12%~14%の間で、食事中的ナトリウムの主なソースの一つです。塩分を減少した醤油には、塩化ナトリウムの含有量が少なく、塩分含有量が 5%~9%です。通常、20ml の醤油は、3g の塩に相当します。そのため、高齢者は、料理の中に醤油を多く入れることによって塩味を増やすのも行けません。醤油を入れなければならない料理がありましたら、醤油だけ入れて、塩は入れないといったやり方も良いでしょう。高齢者は、あっさりした飲食という良い習慣を養成し、次第に自分の味の好みを調整し、塩と醤油の総摂取量を次第に 5g 以下（塩分で計算）に抑えるべきです。ただし、醤油の一日の総量は、35ml 以下に抑えます。

第二、低ナトリウム塩を多く食べても降圧できますか。低ナトリウム食塩とは、通常の食塩の中に塩化カリウムとグルタミン酸カリウムなど 1/3 前後の カリウム塩を入れるものであり、同じ量の塩を食べた場合、塩化ナトリウムの摂取量は大きく減少します。そのため、基本的に調味効果に影響しないと同時に、ナトリウムの摂取量が減少します。

低ナトリウム塩の作用は、ただナトリウムの摂取量の減少であり、顕著な降圧作用はありません。高血圧患者は低ナトリウム塩（カリウム含有塩）があるからといって大量に塩を食べても良いと思っは行けません。

第三、あっさりした味で食物を食べる習慣を身につけます。次第にあっさりした味に慣れていきます。食べ物を調理する時に、食物の塩味と甘味が相殺できることに注意します。研究者は、1%~2%の食塩溶液中に 10%の砂糖を入れると、塩味をほぼ完全に相殺できることを発見しました。そのため、多くの甜くかつ塩っぽく感じられる食品の中には、食塩の濃度が感じられる水準より高くなります。そのため、食物を調理する時、なるべく砂糖と塩を共に入れないようにします。一緒に入れるなら、味の変化に気をつけ、味を追求しすぎてはいけません。理想的な味を達成するためには、より多くの塩を入れなければなりません。

なお、酸味は塩味を強化できます。研究者は、1%~2%の食塩溶液の中に 0.01%の酢酸を入れると、塩味が強く感じられることを発見しました。そのため、調理の中に酢をいれて調味すれば、塩味を強め、食塩の使用量を減少でき、従ってナトリウムの摂取の減少に有利です。高齢者の方はこの方法を試しても良いでしょう。

@

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

二 高齢者層によく見られる疾患の食事療法

(一) 高齢者認知機能障害

アテローム性動脈硬化症及びアテローム性動脈硬化症性心血管系疾患は、現在、すでに中高齢者の健康のキラーになっています。世界範囲でも、血液中脂質の状況とアテローム性動脈硬化症の関係が疑われる余地もなく、ますます多くの人は、自分の血液中脂質状況、とりわけ、超低・低密度リポタンパク質と動脈硬化との関係を重視するようになってい

ます。研究によると、血漿中ホモシステイン水準の軽度の上昇が脳卒中と加齢性認知症の独立した危険要素です。葉酸の水準が低いのは、高齢者認知機能の低下の危険要素です。食物葉酸の摂取は、認知機能が持続的に低下する危険性を低くすることができます。複数種のビタミン、例えば、葉酸ビタミン B6 及びビタミン B2 は、血液中ホモシステインの濃度とか変わっています。後者は、上記三種ビタミンの不足によって引き起こされます。この三種のビタミンが適時に補充されれば、ホモシステインの異常な堆積も発生しにくくなります。よって、動脈の病理学的変化が緩和されます。これは、ここ数年、臨床界と栄養学者が提示した見解で、栄養素の間にシナジー効果があることを示しています。可能な条件下では、高齢者にとって、強化食物（葉酸強化食物）を食べ、または食物補充剤（例えば、葉酸の補充）を採用することで、血液中ホモシステイン水準を低下させ、アテローム性動脈硬化症の発生を防止することができます。

(二) 高齢者のカルシウム不足

1. わが国の高齢者の現在のカルシウム欠乏の現状

わが国の 1992 年の栄養調査によると、住民の既存の食事構造の中のカルシウムの摂取量は普遍的に低く、推奨摂取量の 50% 前後しかありません。2002 年栄養調査データでは、中高齢者の食事構造に地域差が存在します。とりわけわが国の高齢者層の乳類及び豆類の摂取量は依然として低く、高齢者の乾燥豆類の平均摂取量はわずか 16.1~17.9 g で、地域差が顕著ではありません。（一方、都市部と農村部の住民の乳類摂取量が極めて低く、かつ顕著な地域差が存在します。平均摂取量は 50g 以下で、中国栄養学会の推奨量の 1/10 から 1/3 しかありません。一方、調理用油、食塩の摂取が多すぎます。多種の原因によって、カルシウムの欠乏が起こります。

カルシウム摂取不足以外にも、ビタミン不足、カルシウムとリンの不均衡、脂肪、フィチン酸、シュウ酸及び食物繊維の摂取しすぎなどで、カルシウム吸収不良が起こります。一方、高タンパク質の食事、高ナトリウムの食事によって、尿中のカルシウムの排出が増加し、カルシウムの体内での貯蔵に影響し、カルシウムの利用が損なわれます。

カルシウムは、人体で含有量が最も多い無機元素で、多くの重要な生理機能があります。カルシウムは、骨格と歯を構成する主な物質です。（神経、筋肉の正常の活動を維持できます。（一部の酵素を活性化することができます。（血液凝固の過程にも参加します。健全者は、約 30~35 歳前後で骨質が骨密度のピークに達します。ホルモン、栄養、運動、ライフスタイルなど諸方面の影響により、40 歳以降になると、カルシウムの骨格中の含有量が次第に減少します。中高年女性は、閉経などの原因でカルシウム吸収率が毎年 2.2% 低下します。加齢と閉経の共同作用により、40 歳の女性のカルシウム吸収率が 20%~25% 低下します。

@5

第四部分中高齢

男性は、50歳から毎年、骨の総量の0.3%をなくします。カルシウム欠乏が一定の程度に達すると、骨質軟化症、骨粗しょう症、血液凝固メカニズム障害、筋肉痙攣（ひきつり）などの症状が現れる可能性があります。個々数年、人々の生活水準の向上と、寿命の延長によって、骨粗しょう症の発生率も急上昇する傾向を呈し、高齢者層の健康を大きく脅かしています。そのため、カルシウム質の補充は、高齢者、とりわけ中高齢女性にとって非常に必要なことです。

2. 高齢者は、合理的にカルシウムを補充すべきです。

中高齢者のカルシウムの供給総量は成年者の基準より低くなつてはなりません。1日あたりのカルシウムの摂取量は、50歳の成年者と同じです。中国栄養学会が薦めるカルシウムの摂取量は1日1000mgで、2000mgを超えてはなりません。

(1) バランスをとれた食事でカルシウムを補充します。

カルシウムはいくら補充すればよいでしょうか。食物栄養学の視点からすれば、飲食の中から十分なカルシウムが得られれば、更に補充する必要がありません。一部が考えるように、カルシウムの補充＝カルシウム錠剤、カルシウム粉剤などカルシウム製剤を服用することではありません。合理的な食事構造の調整をし、バランスのとれた食事によって適正なカルシウム量を摂取するのが、最も経済的で安全で、最も合理的なカルシウム補充方法なのです。よって、高齢者には、カルシウム含有量が豊富な食物を多く食べることを勧めます。よく乳類、豆類またはその製品をよく食べます。

牛乳と乳製品は、カルシウムの重要なソースで、その中のカルシウムの含有量が豊富で、かつ吸収率が高いです。牛乳中のカルシウム含有量は通常1.1mgのカルシウム/100mlの牛乳で、牛乳はさらに、豊富な良質タンパク質及びビタミンA、葉酸、ビタミンB2、マグネシウムとカリウムなど他の栄養素を提供しています。これらの栄養素は、中国の国民の食事の中で欠乏しやすいもので、全体的栄養状況の改善に有利です。そのため、毎日牛乳を飲み、生涯続けることを提唱します。毎日250gの牛乳を飲むことで、効果的にカルシウム質を補充することができます。牛乳を飲むことで胃腸の不快感など状況があったら、より吸収しやすいヨーグルトまたは他の乳製品を飲むこともできます。

豆類及びその製品には、豊富なカルシウムに加え、豊富なリン、鉄、良質タンパク質、不飽和脂肪酸、レシチン、ビタミンB1、ビタミンB2、ナイアシンなど栄養素もあります。高齢者及び心臓血管系疾病の患者の良好な食物です。特に発酵後の豆製品は、栄養がより豊富です。豆製品は、わが国の伝統的な食品で、高齢者は、豆製品を多く食べても良いです。とりわけ貧困地域では、経済的な豆類及びその製品の生産と消費を大きく提唱すべきです。豆及び豆製品は、農村人口のカルシウム補充の重要なルートになれます。また殻付き小エビ、魚、コンブ、骨・殻ごと食べられる小魚・小エビ、ナッツ類、ごま味噌など、いずれもカルシウム含有量が豊富な食物です。一部カルシウム含有量が豊富で、シュウ酸が少ない緑色野菜、例えば、ハボタン、カリフラワーなども、カルシウムの良好なソースです。

しかし、食物中のカルシウムは、すべて人体に吸収され利用されるものではありません。合理的な調理方法によって、食物中のカルシウム吸収に不利な要素を低下させます。

①シュウ酸の含有量がやや高い野菜を少なく食べてもよいでしょう。例えば、ホウレンソウ、レタス、キノコ、マコモタケなど。または、シュウ酸含有量の多い野菜はなるべくカルシウム含有量が豊富な食物と同じ食事で食べないようにします。②小麦粉は発酵によってフィチン酸の含有量が減少できます。調理時に適度酢を入れると、カルシウムの溶解

と吸収が増加できます。③ 食塩の摂取量を制御します。中国栄養学会の推奨摂取量に基づき、1日あたり6g以内に抑えたほうが望ましいです。④ 脂肪タンパク質と食物繊維の摂取量は、適正な範囲内に制御します。⑤ 低リン食物はカルシウムの吸収率を向上させることができます。

@

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

食事の適正なカルシウム・リン比率を確保します。⑥過度酒とコーヒーを飲まず、喫煙を減少するとなど、いずれも骨の健康の促進に有利です。

ビタミン D はカルシウム・リンに対する人体の吸収を促進できます。大多数の食物はビタミンの含有量が比較的少ないです。

体力活動は、カルシウムの吸収を促進できます。高齢者は、強さが適宜の運動に参加し、屋外で日光浴をすべきです。

太陽光中の紫外線は、皮膚中の 7-デヒドロコレステロールをビタミンに変えられます。条件の制限で、アウトドア活動が少ない中高齢者は、カルシウムを補充すると同時に、適宜ビタミンも補充します。但し、ビタミンの摂取量を厳しく制御しなければなりません。ビタミンは、体内で貯蔵することができるからです。服用し過ぎると、ビタミン中毒が発生します。

わが国のほとんどの国民は牛乳を飲む習慣がありません。ノリ、殻付き小エビ、豆製品、ゴマなどカルシウム含有量が豊富な食品を食べる量も多くありません。そのため、正常な食事中からは、十分な量のカルシウムを獲得することが困難でしょう。特にカルシウム補充が必要な閉経周辺期の女性と高齢者など、特殊グループは、食事ルートからの十分な量のカルシウムの摂取がたしかに困難な場合、必要に応じてカルシウムの推奨摂取量の上にさらに適度の需要にあったカルシウム製剤を補充してもよいでしょう。

(2) カルシウム製剤の科学的選択

食事の調整でも推奨量とはるかにかけ離れている時にだけカルシウム剤の補充が必要となります。カルシウム剤を選択する時、カルシウム含有量が高く、有害反応が小さく、胃・腸管に刺激作用がなく、価格が合理的で、長期的に服用できるカルシウム製剤を選びます。

現在、カルシウム製剤及び強化食品の中で利用可能なカルシウムソースは、主として、炭酸カルシウム、乳酸カルシウム、活性カルシウム、酢酸カルシウム、骨粉、クエン酸カルシウム、グルコン酸カルシウムなどです。そのうち、一番多く使用されるのは、炭酸カルシウムです。最初の 5 種のカルシウムについて、同時に動物実験を行い、その成長、血及び臓器中カルシウム含有量及び骨密度を観察した結果、各グループの間に顕著な差別がないことを発見しました。各種カルシウムの吸収率はほぼ同じく、40%前後です。そのため、カルシウム補充剤を選択する場合、カルシウムの含有量と価格が主な決定要因となります。炭酸カルシウムのカルシウム含有量は 40%、酢酸カルシウムは 29%、クエン酸カルシウムは 21%、カルシウムーリン酸塩は 15.9%、乳酸カルシウムは 13%、トレオン酸カルシウムは 13%、グルコン酸カルシウムは 8.9%です。活性カルシウムは、カルシウム含有量が 50%もありますが、アルカリ性が強すぎて胃を刺激するのでよく食られません。こうすれば、炭酸カルシウムが望ましく考えられます。選択する時に、カルシウム元素の含有量が高いのに加え、溶解度がよく、味がよい製品であって、

衛生部または国家食品薬品监督管理局の許可を得た正規のものとし、

要するに、性能対価格が優れたカルシウム製剤とし、比較的経済的、安全である前提で、理想的な効果を目指します。

(三) 高齢者糖尿病の栄養面の対策

高齢者の多くは、2型糖尿病にかかっています。糖尿病を患う高齢者は、多くの措置を同時に取るべきです。主として飲食、運動、薬物療法、自己モニタリング、自己教育などの面で全面的に血糖制御を行います。食事療法は、糖尿病治療の基盤で、糖尿病患者の病状

が深刻かどうか、併発症の有無、どのような薬剤を使っているかにかかわらず、食事療法をして、根本的に糖尿病の制御と緩和を図る必要があります。

飲食の配分と食事の回数の手配は、血糖値、尿糖値の上昇時間、薬の使用期間と病状の安定性など状況にもとづき、患者の飲食習慣などに合わせて、合理的に食事の回数を手配します。

@

第四部分中高年

一日に少なくとも三食を確保します。インスリンを注射し、または低血糖が発生しやすい者は、3食之間に食事を追加します。追加量は、正餐の総量から控除します。

食事の回数が増えても量は増えないようにします。インスリン治療を受けていない患者は、毎回少なく食べて、食べる回数を増やす摂食法をとってもよく、毎回の食後血糖を低く抑えます。総エネルギー範囲内では、適宜食事の回数を増加することで、糖分への耐性を改善し、低血糖の発生を予防することができます。

高齢者の糖尿病患者は、食物交換分、食物血糖生成指数で自分の飲食を指導することを習得し、有益な運動をします。食物交換分の使用法は、「出産年齢グループの栄養と食事」の中の関連内容を参照してください。

1. 高齢者は、食物交換分で自分の一日3食を指導することを習得します。

ある65歳の高齢者の一日3食の食事手配を例に、食物交換分の使用を説明します。

65歳の高齢者で、普段運動せず、基本的に家で本を読んだり新聞を読んだり、テレビを見たりします。血糖水準がやや高いです。この高齢者の方の一日3食の食事手配の段取りは以下の通りです。

(1) エネルギー計算

エネルギー計算は、基準体重の維持を原則とし、異なる労働の強さによって1日あたり1キロ上りの標準体重に必要なエネルギーを決定します。肥満する、またはやつれた者については、状況に応じて毎日のエネルギーの摂取を加減し、出来る限り正常の体重に近づき、または達するようにします。下記の段取りで行うことができます。

身長、体重を測定します。身長 170cm、体重 75kg

基準体重を計算します。

基準体重 kg = 身長 cm - 105

基準体重 kg B95 5 B3 kg

栄養状況を判断します。BMI法

BMI =

体重 kg

身長 m

B

9

9

B35

自分の BMI 値を計算し、下記基準に基づいて栄養状況を判定します。

表 体重指数の区分

区分 体重指数 WM,>

体重が低すぎる -

体重が正常 4@

過体重 5 49@

肥満

BMI が 24.0～27.9 の間にあると判定したため、この高齢者の方は過体重になります。

(2) エネルギー摂取参考値の決定。

基準体重、栄養状況にあわせて計算します。

毎日のエネルギー参考量 B 基準体重 kg A エネルギー供給量 kcal/kg 基準体重

@

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

この 65 歳の高齢者の方は普段運動もせず、基本的に家で本を読んだり、新聞を読んだり、テレビを見たりするため、極めて軽い体力活動の水準に属し、かつ、血糖水準がやや高いです。成人の 1 日あたり供給量推定方法（表 4-4-4）に基づいて、エネルギー供給量は 20kcal/kg 基準体重です。そして、1 日のエネルギー参考量は

1 日のエネルギー参考量 B3 A5 55 kcal

(3) 食物交換分の決定

この高齢者の方が運動が少なく、血糖が高いため、1200kcal 供給量の目標とし、食物交換分を決定します。

即ち、主食、野菜、魚または肉、乳類、油は 8 : 1 : 2 : 2 : 1.5 の比率とします。

(4) 3 食の分配

ステップ 1 : 朝食 30% (25%~30%) 昼食 40%、夕食 30% (35%~40%) の比率で 1 日の食物交換分を配分します。即ち

朝食 A5? B 分

昼食 A5? B3 分

夕食 A5? B 分

ステップ 2 : 主食の食物分配をします。即ち、

朝食 A5? B 分

昼食 A5? B 分

夕食 A5? B 分

(5) 1 日の食物分分配

1 日の食物分分配は表 4-4-5 を参照してください。

表 1 日の食物分分配 単位：組

食物 朝食 昼食 夕食

主食

野菜・果物 5 5

魚肉 5 5

乳類 5

油脂 5

合計 3

(6) 食物交換分に基づいて食物を組織します。

1 日の食物手配は表 4-4-6 を参照してください

表 (1 日の食物手配

朝食 米、小麦粉、肉、乳類（牛乳と豆製品は 1 : 0.5）は 1 : 0.5 : 1.5 の比率とします。

お粥 コメ g

肉まん 小麦粉 g 豚肉の赤身 g

牛乳 全乳 55 ml 朝に飲む

豆乳 豆乳 55 ml 午前 10 時前後に飲む

@

第四部分中高年

続表

昼食 米：野菜：魚：油（9g）は3.5：0.5：1：1とします。

米飯 コメ 9g

料理 チンツァイ 5g（適宜シイタケ、キクラゲなどを入れても良い）大豆油 g

フナスープ フナ 9g（適宜キクラゲなどを入れる）大豆油 g

夕食 小麦粉：野菜：鶏肉：乳類（牛乳は0.5）：油は2.5：0.5：0.5：1.5：0.5とします。

細切り鶏肉ラーメン ラーメン 9g ホウレンソウ 5g 鶏肉 g 大豆油 g

牛乳 ヨーグルト 5ml

2. 食物血糖生成指数（GI）

本マニュアルの出産年齢グループの栄養と食事の内容の中では、GI の概念と用途が詳しく説明されましたが、GI<55 の場合、当該食物を低 GI 食物と、(GI が 55~75 の間の場合、当該食物を中等 GI 食物と、(GI が>75 の場合、当該食物を高 GI 食物とします。高齢者で糖尿病の患者は、低 GI 食物を多く摂取すべきです。食後血糖の突然の上昇によって身体の糖分の代謝が影響されることを抑える事もできますし、効果的に低血糖の発生も防止できます。

3. 糖尿病患者の果物を食べる時の原則

果物の中には、ブドウ糖やフルクトースが含まれ、血糖の上昇を引き起こします。それ故、血・尿糖の制御が相対的に安定する場合、空腹時血糖値が<7.8mmol/L もしくは食後2時間たった時の血糖値が<10mmol/L の場合、2食間または就寝前に食用しても良いです。但し、それに相当する量のエネルギーを含む主食を減少します。果物をどう食べるかは、いつも糖尿病患者を迷わせる問題です。

総エネルギーの問題以外にも、果物の GI 値と糖分含有量を考えなければなりません。

(1) GI 値に基づいて、果物の種類を選択します。

よく見られる果物の GI 値範囲は、表 4-4-7 を参照してください。

表 よく見られる果物の GI 値範囲

GI,? よく見られる果物

54@ サクランボ、グレープフルーツ、スモモ、新鮮なモモ

54@ リンゴ、ナシ

54@ ミカン、ダイダイ、ブドウ

54@ マンゴー、バナナ、キウイフルーツ

35 43@ パイナップル

(2) 糖分含有量によって果物の種類を選択します。

糖尿病患者は、果物を選ぶときに、さらに果物の糖分含有量を参考しなければなりません。果物の中の糖分含有量は様々です。表 4-4-18 には、よく見られる果物の糖分含有量の範囲が挙げられています。そのうち、食用をすすめる果物は、ブドウなど、果物 100g あたりの糖分含有量が 10g/100g 以下のものです。レーズンなど砂糖菓子類は、糖分含有量が高いため、食用してはなりません。

@

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

表 4-4-8 よく見られる果物の中の 100g 当たりの糖分含有量範囲

糖分含有量 果物

推奨候補 -5 g,55 g

青梅、スイカ、メロン、ココナッツミルク、ダイダイ、レモン、ブドウ、モモ、スモモ、アンズ、ビワ、パイナップル、イチゴ、サトウキビ、ココナッツ、サクランボ、カンランなど

慎重に食用 45 g,55 g バナナ、ザクロ、グレープフルーツ、ミカン、リンゴ、ナシ、レイシ、マンゴーなど

食用すべきではない.5 g,55 g

赤富士リンゴ、ナツメ特に干しナツメ、砂糖漬けナツメ、干しガキ、レーズン、干しアンズ、干しリュウガンなど

GI 値の範囲から見れば、GI<55 の果物は選択しても良いようです。しかし、果物の糖分含有量からすれば、絶対的に GI 値で判断してはなりません。ここでもう一つの概念を強調したいです。血糖生成負荷 (glycemic load、GL) です。

血糖生成負荷 B 食物 GIA 摂取する食物の実際の糖質含有量

食物の GI を食物の糖質含有量と併せて考慮すると、より直観的に食物の血糖に対する影響を反映できます。GL>20 は高く、GL11~19 は中等、GL<10 は低いとします。一部食物は GI が高くても糖質含有量がとても低いため、通常の摂取量が血糖の急上昇を引き起こせません。例えば、スイカは GI=72% ですが、糖質含有量が 5.8g/100g です。100g のスイカの $GL=72\% \times 5.8=4.176$ ですので、20g のスイカを食べても糖尿病患者の血糖への影響は大きくありません。

(3) 果物を食べる時間と数量

果物を食べる時間については、二食の間、望ましくは運動の前または運動の後を勧めますが、運動の前と後に 2 回食べてはいけず、1 回しか食べられません。運動の前に果物を食べた場合、適度の活動によって、果物を食べたことによって上昇した血糖を早く低くすることができます。運動後果物を食べると、運動期間のエネルギー消費を捕捉でき、運動後低血糖の発生を予防できます。

糖尿病患者が果物を食べる数量については、一般的に 1 日に 150 g 前後とします。注意すべきなのは血糖と尿糖の変化です。果物を食べた後、尿糖が増加する場合、主食を減らし、血糖上昇を防ぎます。

上記の 2 表で挙げられた、果物を選ぶ方法以外にも、糖尿病患者は、自分の状況と併せて、パイナップル、ナシ、サクランボ、ヤマモモ、レイシ、レモンなど果物を選んでもよいです。これらの果物には、ペクチンまたは AHA が豊富に含まれています。インスリンの分泌量を変え、血糖を低く抑えられます。

(4) ジュースに関する問題

糖尿病患者は、ジュースを飲まないほうが望ましいです。ジュースは、果物の濃縮で、往々にして 2~3 個の果物で一杯のジュースを絞り出せます。ジュースを飲んだ後、血糖が上昇しやすく、血糖の制御には不利です。

それぞれの人の具体的な状況は異なりますが、それぞれの果物の血糖に対する作用も違います。家に血糖測定器を持つ患者は、果物を食べる前と果物を食べてから 2 時間経った時に血糖または尿糖を測定することができます。この果物を食べてよいのか、過度に食べてはいないかを把握するには役立ちます。

上記を総合すると、高齢者糖尿病患者の飲食の要点は、以下にまとめられます。

①低糖食品を選びます。

@3

第四部分中高年

血糖生成指数を参考して、適切な食物を選び、血糖の上昇幅を減少し、血糖水準の安定を維持します。② 食物交換分表を活用し、果物、野菜の摂取を増やし、よって、食物繊維の摂取を増やします。望ましい食物としては、ご飯、パン、饅頭、スイカなど食物があり、血糖水準の低下に有利です。③ 3食をしっかりと食べて、適度に食事を追加し、血糖水準の変動を防ぎます。とりわけ薬を使用する者は、さらに低血糖を防ぐように注意すべきです。④ 禁煙・禁酒（煎じられたり、揚げられたり、焼かれたりする食品を禁じて、体内代謝の異常を防ぎます。

4. 高齢者糖尿病患者のスポーツ運動

高齢者糖尿病患者の運動の原則は以下の通りです。①慣れていて、継続できる運動に従事します。② 運動時の安全に注意します。③ 激しい運動はしません。④ 定時的に定量的に食事をします。食後1時間たってから運動する方が望ましいです。運動量は一定に保ちます。⑤ 時間通りに血糖値を測定します。運動前後それぞれ1回測定します。⑥ 運動後、尿糖が陰性でなければなりません。⑦ 飴を適宜携帯し、低血糖を防ぎます。

糖尿病を患う高齢者は、下記状況下では運動しないほうが望ましいです。① 病状がうまく制御されておらず、血糖が高すぎて、血糖の変動が大きいです。② 急性併発症（例えば、感染、ケトアシドーシス、高透過性昏睡など）があります。③ 慢性併発症（例えば、心臓、腎臓、網膜、自律神経、下肢循環病変、深刻な高血圧など）があります。④ 運動時に胸の圧迫感や、息切れがあります。

（四） 栄養と緑内障

緑内障とは、眼内圧が断続的または継続的に上昇する一種の目の病気です。緑内障は、病因が不明ですが、誘発要因としては、精神的要素、光線及び飲食要素などがあります。どの年齢でも発生が可能ですが、高齢者が多いです。緑内障の食事療法の目的は、眼内の房水の排出を加速させ、眼圧を低下し、微小循環と眼部の血液供給状況を改善することです。

緑内障の栄養治療について、食事で普通の食物に加え、ビタミンA、ビタミンB、ビタミンC、ビタミンEを多く含有する食物を与えるようにします。これらのビタミンは、正常の代謝過程を維持する作用があります。同時にまた、高透過性作用を持つ食物の供給も心がけるべきです。

① ハチミツ。 緑内障の食事療法は、ハチミツが一番望ましいです。ハチミツは、高透過性食品であり、血液の滲透圧と眼内の房水の滲透圧を変えられ、従って眼圧を低下させることができます。急性緑内障について、ハチミツ100mlを経口投与すれば、症状が緩和されます。（慢性で、眼圧が継続的に高くなっている者については、50%のハチミツまたはグリセリンを使うことができます。

② 利尿食物。あずき、ハト麦の実、スイカ、トウガン、ヘチマ、エゾキスゲなどがあります。漢方・西洋医学によく使われる利尿に合わせて緑内障を治療することができます。補助療法とも呼ばれます。

③ 便秘を改善する食物。緑内障患者には、しばしば便秘の症状があり、自己中毒を引き起こし、血管内皮及び細胞の間質を溶解し、正常な血液循環に影響し、眼内房水の分泌の増加を促進し、眼内圧を上昇させます。

ハチミツ以外にも、ゴマ油、菜種油など植物油、大根、ヘチマ、バナナ、生のナシ、レモン、ミカン、スイカ、マクワウリ、トマトなど食物繊維を多く含有する野菜や果物及び雑穀、えん麦なども便通を改善する作用を有します。

また急性緑内障患者は、低塩分の飲食とし、料理の塩味は濃すぎてもなりません。のどが
渇きやすい食べ物を食べてはいけません。

@9

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

濃いコーヒーと濃い茶を飲みません。飲酒は避けたほうが良いです。血管への刺激で眼圧が上昇することを避けます。

(五) 栄養と白内障

近年、大量の研究により、白内障は、多くの要素の総合的な結果であることが分かりました。レンズの酸化的損傷はその形成の最初の要素です。酸化的損傷は、人体が老衰する主な原因です。60歳以上の高齢者の有病率は、一直線に上昇します。80歳以上の高齢者の発症率は更に高くなります。高齢者は、食事に関して、次の点に気を付けるべきです。

1. 十分のビタミンを摂取します。ビタミン C、ビタミン E、 β カロチン、グルタチオン、ビタミン B1、ビタミン B2、パントテン酸などは、ある種の特異的な反応の中間体を取り除くことができ、レンズを損傷から守ります。一旦、これらのビタミン及び関連成分が欠乏すると、代謝に障害が起こり、酸化されたタンパク質成分が増加し、レンズは次第に混濁し、白内障が形成されます。

2. ミネラルを補充します。各種微量元素とミネラルもまたレンズのタンパク質の代謝に参加します。セレンを多く含む食物、例えば、動物の内臓（肝臓・腎臓、心臓）、魚、エビ、乳類、卵類、赤身の肉、シイタケ、キクラゲ、ゴマなどを多く食べます。血清亜鉛は、白内障の発症と関連します。動物性食物のうち、カキ、魚、エビ、卵類、赤身の肉、肝臓及び乳製品の亜鉛含有量が一番高いです。注意したいのは、動物の内臓にコレステロールと脂肪の含有量が高く、定期的または不定期に少量で食用してもよいでしょう。

3. 水を多く飲みます。毎日、少なくとも 2000ml の水を飲みます。

4. その他。茶を多く飲み、飲酒、喫煙を回避し、動物性脂肪の摂取を抑えます。

(六) 高齢者の貧血

2002年、中国住民栄養と健康状況調査の結果によると、我が国の住民の貧血率は 20.1% であることがわかりました。60歳以上の高齢者の貧血率は、全国の平均数よりも高く、29.1%に達しています。

高齢者 3 人に一人が貧血を患っています。年をとるに連れて、高齢者の有病率は、次第に上昇する傾向を呈しています。貧血は、よく見られる栄養欠乏病担っています。鉄欠乏性貧血の原因は、とても明確です。主として鉄の摂取量不足または食物中の鉄の吸収率が低く、人体の需要を満足できないためです。鉄は、一種の微量栄養素で、欠乏すると、鉄欠乏性貧血が発生します。成年者は、免疫機能の低下、消化機能の弱まりと労働生産能力の下降が現れます。(幼児期には、不可逆的な知能損傷が起こります。鉄欠乏性貧血の対策には、食事の合理的な調整が大切です。

1. 鉄含有量が高く、吸収・利用し易い食物を選びます。

動物の肝臓、動物の血液、赤身の肉、禽肉、魚類など、動物性食物に含まれる鉄は、ヘム鉄で、その吸収率が高く、食用後、直接吸収・利用され、他の食事要素の影響を受けません。他に、肉類食物には、一種の「肉類因子」が存在し、鉄の吸収を促進します。人体試験で証明されたように、パンの中に鉄剤を入れると、肉類を食べない場合、パン中の鉄の吸収率はわずか 2.1% でした。パンを食べると同時に、肉も食べますと、その鉄の吸収率は 6.3% まで増加します。植物性食物に含まれる鉄は、非ヘム鉄で、胃酸などの作用の下で第一鉄イオンに還元されて初めて吸収されます。

@

第四部分中高年

それ故、非ヘム鉄を含む植物性食物の中の鉄の吸収は、多くの他の要素の影響を受けています。その吸収率は低いですが。但し、「肉類因子」のある肉類との合理的な組み合わせができれば、植物性食物の鉄の吸収利用が促進されます。そのため、鉄の含有量が高い植物を選び、摂取量を高めるのも貧血を改善するための有益な組み合わせです。主食中のキビ、コウリヤンは、鉄の含有量が米より両倍高くなり、小麦粉中の鉄含有量も米より高いです。大豆及びその製品も鉄含有量が高いです。野菜のうち、黒色、緑葉の野菜の鉄含有量が高いです。食物は色が濃いほど鉄含有量が高くなります。例えば、キクラゲ、コンブ、シイタケ、ノリ、黒ゴマ、ごま味噌には、鉄が豊富に含有されています。山の果物のうち、ナツメ、リュウガン、レーズン、黒ナツメ、サンザシなどは鉄含有量が多いです。注意すべきなのは、動物性食物に属する卵類と牛乳には、鉄の吸収に不利な化合物が含まれることです。卵黄中の鉄は、ホスビチンと結合するため、吸収率がわずか3%で、大豆と一部の緑葉野菜よりも低いです。牛乳自身の鉄含有量は少なく、牛乳 100g の鉄含有量はわずか 0.15mg です。また、ラクトフェリンも鉄の吸収に影響し、結局人体に利用されたのはさらに少なくなります。そのため、よく牛乳を飲み、鶏卵を食べても、肉類、緑葉野菜は食べない高齢者は、鉄欠乏性貧血の改善が困難です。

2. ビタミン C 含有の食物を多く食べます。

これは、ビタミン C と鉄が複合物を形成し、鉄を腸管の中で溶解しやすくし、鉄を吸収しやすくするためです。トウモロコシ、えん麦の中に鉄剤を加入した後、異なる投与量のビタミン C を入れると、鉄の吸収率をビタミン C の増加に伴い増加させることができます。25mg のビタミン C を入れると、鉄の吸収率を 3 倍向上させられます。100mg のビタミン C では、4.6 倍向上させられます。200mg のビタミン C は、6.1 倍向上させられます。食事において、ビタミン C 錠剤をビタミン C を豊富に含有する果物に代えても同様の効果が得られます。

3. 濃い茶、コーヒーは飲みません。

コーヒーや茶の中のタンニンが鉄と結合して、溶解しない化合物が形成され、人体に吸収・利用されにくいです。要するに、鉄欠乏性貧血の対策の鍵は、食事の合理的な調整によって、食事のバランスを確保することです。十分なエネルギーと良質なタンパク質がある場合、鉄の摂取及び吸収・利用の増加を心がけます。調理の方法を改善すると同時に、貧血につながる疾患を治療することなどは、鉄欠乏性貧血の予防と治療のための総合的方法です。

(七) 高齢者うつ病

英国の学者の研究によると、血清コレステロールが正常者より低い者は、うつ症状が現れる相対的な危険性が著しく増加します。高齢であるほど、このような状況が突出します。70 歳以上の低コレステロール高齢者の 16% に顕著な抑うつがあり、80 歳以上の低コレステロール高齢者の 14% は抑うつのために危険な目に会いました。そのため、このような精神的症状の発生は、高齢者が孤独・がっかり感と気分の落ち込みを起こしやすいことに関連する以外にも、食事との密接な関係もあります。高齢者がうつ病を患う比率は、中青年よりはるかに高く、飲食による回復がとても重要です。

食物中のコレステロールの多い少ないによって、血清コレステロールの高い低いは決まります。年をとって、動物性食品の摂取が不足すると、血清コレステロールは低下します。低コレステロールによって、脳内のセロトニンの再摂取が加速し、そして抑制を引き起こします。また、高齢者の生体アミン神経は、年を取るに連れて低下するため、脳内セロト

ニンの再摂取の速度に極めて敏感で、その影響によってうつ症状が発生し易いです。
@@

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

コレステロールは、肉類、乳類、卵類など食品の中に多く含まれています。70 歳の以上の高齢者は、冠状動脈性心臓病など、コレステロールを制限する必要がある疾患さえなければ、適宜摂取しても良いです。高齢者は歯が緩みまたは剥離し、それに加えて、消化機能も減退し、肉類の摂取が限られているため、乳類、卵類を中心に毎日、1～2 杯の牛乳に鶏卵、豆製品などを食べ、同時に、刺激性の食物を回避し、調理方式に注意すべきです。身体の需要量と活動量のバランスを図り、体重が低下しないように維持することが、肝心な栄養策です。

健康相談

高齢者は、特殊なグループであり、身体、心理面の保健を強化することは、各種の慢性疾患の発生の予防及び生理機能の老化の進展の遅延にとってとりわけ重要です。栄養と食事に関する提案は、重要な措置の一つです。

高齢者の栄養相談は、以下の点に従うべきです。

1. 抗えない生理現象による栄養素消化・吸収の影響
2. 高齢者層の他のグループと異なる栄養需要
3. 高齢者層の栄養需要を満たす合理的な食事の提案
4. 老衰と健康・長寿

相談のコツ

高齢者層の個体、行為、家庭、社会の視点から、高齢者の健康と栄養との間の関係を掘り下げて分析し、栄養相談を中心に、サービス提供者の心理的・人文的なケアを反映し、高齢者の病気予防と老衰対策に十分な自信を与えます。言葉をわかりやすくし、根気よくかつこまめに実施し、最大限の効果を図ります。

Q&A

1. 高齢者のカルシウム補充についての誤った認識は？

わが国の伝統的な慣習では、骨を煮出した汁には酢を入れるとカルシウムを補充できると言いますが、これは科学的なものではありません。動物の骨格の中にカルシウムが多く含有されていますが、しかし、ヒドロキシアパタイト結晶の形で存在するこの化合物は比較的安定しており、骨スープの中のカルシウム含有量は微少です。測定と分析によると、豚の脊椎を砕いて出した汁には、カルシウムの含有量がわずか 1.9 mg です。酢を入れても出した汁の中のカルシウム含有量は少ないです。また骨スープ中の脂肪酸とコレステロール含有量はやや高いため、高齢者にとって、骨スープでカルシウムを補充することは、賢明なことではありません。

動物の骨でカルシウムを補充するには、一番良い方法は骨粉にして食用することです。また殻付き小エビ魚、骨と殻ごと食べられる小魚や小エビ、ナッツ類、ごま味噌はカルシウム含有量が豊富な食物です。カルシウムの含有量が豊富で、シュウ酸の含有量が少ない

第四部分中高年

一部の緑色野菜、例えば、ハボタン、カリフラワーも、カルシウムの良好なソースです。カルシウムを補充すればするほど良いというのも広く存在する誤った認識です。過度のカルシウム補充、例えば、総カルシウム摂取量が 2000mg/d に達し、もしくはこれを超えると、高カルシウム血症を引き起こします。深刻な場合、心臓と呼吸不全が発生し、腎臓結石と軟組織の石灰化の危険性が増加し、(消化管、泌尿系の結石など疾患の危険性が増加し、さらに、他の一部栄養成分の吸収・利用に影響を及ぼします。例えば、大量のカルシウム補充によって、鉄、亜鉛、マグネシウムなど元素の吸収利用率が低下し、貧血と食欲欠乏が引き起こされます。

実は、前にも述べたように、カルシウム剤でカルシウムを補充するよりも、食物でカルシウムを補充したほうが望ましいです。食物中のカルシウム剤は、一人の血液中カルシウムの水準を維持するのに十分足ります。

2. カルシウムの補充だけで骨粗しょう症を予防・治療できますか？

男性でも女性でも、30～35 歳前後に、一生で獲得する最大の骨量に達します。これはピーク骨量と呼ばれます。その後、骨量の減少が始まります。特に閉経後の女性は、閉経後 1～10 年目の骨量減少のレートが著しく早まります。男性には、急速の骨量減少期がありません。骨粗しょう症は全身性の代謝性骨格疾患で、人体の老衰の表現です。原発性の骨粗しょう症については、むやみにカルシウム補充によって治療してはなりません。高齢者の大量のカルシウム補充は、骨量減少の傾向を逆転できません。現在、世界では、骨粗しょう症を治癒させる効果的な手段はなく、できるのは予防と遅延だけです。一部広告で宣言するような、ある種のカルシウム補充製剤を食べると骨粗しょう症が治ることは、根拠がなく、でたらめなことです。

3. 高齢者はなんで野菜、果物とイモ類を多く食べるべきですか？

野菜・果物とイモ類は、中国住民食事指南の中で多く食べるようにと強調された健康食物です。お年寄りもこれを十分認識し、重視すべきです。このような食物は、必要な微量栄養素を補充できます。この種の食物は、調理でビタミンを大量に失いますが、相当多量 of 食物繊維、およびカロテノイドを含む各種天然抗酸化物が保存され、慢性疾患の予防に有益で、腸管が正常状態を維持するのにも有利です。この種の食物の品種は多く、大きな選択の余地があると同時に、飲食の品種と風味の改善にも有利です。なお、この種の食物は、高齢者に一部のカルシウムとカリウムを提供することもできます。

4. 高齢者の食事をどのように科学的に調理しますか？

高齢者の食事の科学的な調理の原則は、栄養素の損失を最大限に抑えることです。高齢者の生理的特徴を考えると、食事加工の原料は、細かく、短く、薄くし、できるだけ煮る、蒸す、煮込む、煮詰める、炒めるなどの方法で処理し、食物を咀嚼・消化しやすくします。また塩分の多い食物の摂取し過ぎを回避します。

(1) 米、小麦粉類を加工する時に、あまり精細にしないように心がけます。料理するときには、なるべく炭酸ソーダを入れないようにします。米、小麦粉類の食品の加工が不適切な場合、大量の栄養素が損失される事になります。例えば、ビタミン B1 (49% 損失できます)、ビタミン B2 (57% 損失できます)、ナイアシン (22% 損失できます)。通常、饅頭、肉まん、烙餅 (こねた小麦粉を丸く伸ばして鍋で焼いたもの) を作る時の栄養素の損失は少なく、ラーメン、餃子などを煮るときに、だし汁を捨てることで大量の栄養素が失われる事になります。そのため、なるべく汁は飲むようにします。米類は蒸したり煮たりしたほうが望ましく、洗う時にはお湯を使わず、力を入れて擦らないようにします。湯取り

法で作ったご飯を食べるときに、重湯を捨ててはなりません。栄養素の損失が一番多いのがこれです。

5

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

(2) 野菜類：ビタミンは、調理の過程で損失が最も多い成分です。加工の時、まず洗ってから切り刻み、強火で短時間炒めるようにします。野菜は、作ればすぐ食べるべきで、繰り返し熱することを避けます。スープを作るときには、強火でお湯を使って素早く作り、何回かに分けて鍋に入れます。

味覚が敏感ではない高齢者にとっては、ものを食べるときに、よく味がないように感じられ、調理の過程で過度の塩を入れがちで、しばしば過度のナトリウムを摂取し易いです。これは、高血圧または高脂血症の患者にとっては、危険なことです。濃い味のある野菜を使うと良いでしょう。例えば、野菜を炒めたり、スープやお粥を作ったりする時は、コンドロ、シイタケ、タマネギなどを使います。

(3) 肉類または魚類：わが国の伝統的な習慣では、肉類または魚類の食物を加工する時に、よく、醤油で煮込むやり方や、調味料を使わずに蒸籠で蒸すやり方などを使います。これらの方法によって、水溶性ビタミンとミネラルがスープの中に溶けるため、食用する際には、汁ごと食べるべきです。肉及び他の動物性食物を揚げたり炒めたりする時、温度は、150～200℃に抑えるべきです。このような食物を炒める場合、栄養素の損失は比較的に少なく、同時に澱粉であんかけ、のり付け、とろみつけをする方式で、栄養素の流失を回避することができます。

(4) あっさりしたものを食べるべきです。調理の過程では、塩を、化学調味料、醤油を少なく入れ、代わりに他の調味方法とします。高齢者の食欲を高めるために、食物の味を変えたり、食物に色、香り、味をつけたり、種類を変化させたりすることができますが、砂糖、トウガラシ、コショウなど、辛い調味品の用量に気をつけるべきです。食物の味を変えるには、他にもたくさん方法があります。例えば、白酢または各種の果物の酸味を帯びるフルーツビネガー、レモン汁、ダイダイ汁などが使えます。または、当帰、肉桂、五香、八角など漢方薬材を料理の中に入れても良いです。(甘くて香りの良いクコ、赤ナツメなどを塩または醤油の代わりに使うと、ナトリウムの摂取量を低く抑えられ、高齢者の食欲を促進できます。また鉄製の中華鍋は、一番良い調理用具です。

5. 高齢者の食事はなぜ少量ずつ、回数を増やすべきですか？

高齢者は咀嚼能力が劣り、消化吸收機能が低下するため、往々にして1食で多くのものを食べられず、また、食事の時間が長引きます。高齢者が毎日、十分なエネルギー及び栄養を摂取できるように、中国栄養学会は、高齢者の方が1日5～6食食べて、3回の正餐の間に、クッキー（またはオートミール）入れの低脂肪乳、または低脂肪乳オートミール、または豆腐花、豆乳に卵など、軽いスナックでも用意することを勧めます。また、小さく切り刻まれた果物または果物メッシュをヨーグルトに入れて食用しても良いでしょう。

6. コレステロールは低いほど良いですか。

「コレステロール」を聞くなり顔色が変わる人も少なくありません。コレステロール含有の食品なら、含有量が多いか少ないかにかかわらず、とにかく避けたがります。

多くのコレステロール含有の食物の中には、他の栄養成分も豊富であるため、過度にこのようなものを回避すると、栄養バランスが崩れ、貧血や他の疾患が発生します。コレステロールが低すぎると、さらに身体機能の障害や、免疫機能の低下、よくない精神状態、脆くなる血管壁及び脳出血の危険性も増加します。米ハワイ大学のある研究の結果によると、長期的に継続する低いコレステロール水準は実際、高齢者の死亡率を低くするどころか、高くしてしまうとのことです。また、別の報道によると、体内のコレステロール水準が低すぎる人が結腸がんを患う確率は、コレステロール水準の高い者の3倍です。しか

し、血液中脂質が多くない中高齢者にとっては総熱エネルギー、総脂肪とコレステロールの摂取を制御し、過度の肥満を避けるべきです。

5

第四部分中高年

7. 更年期には、どのような栄養問題に留意すべきですか？

四、五十歳になると、よく気分がよくなり、いらいらして、些細なことでも怒り出します。時には顔が赤くなり、汗が出て、眠れなくなります。女性の月経障害が、更年期の到来の兆しであり、老齢になる前期です。このような微妙な時期には、自分の回復と飲食の手配に気を付けるべきです。更年期の女性は、月経障害が起こり、月経周期に失血が深刻で、月経による鉄の減少が女性にとって重要な栄養問題です。現在、女性の鉄欠乏性貧血率は20%以上です。

鉄欠乏性貧血を克服するには、まず食事の構成の改善から着手しなければなりません。鉄を豊富に含有し、吸収率が比較的高い食物、例えば、動物の血液、肝臓、赤身の肉、大豆、及びその製品、ごま味噌、コンブ、ノリなどを増やすべきです。穀類、牛乳及びほとんどの野菜・果物は、鉄含有量が少なく鉄の体内での吸収と利用を高めるために、食事中のビタミンCと鉄含有の食物の同時の摂取を増加すべきです。調理の中で使用する鉄製の調理用具は、鉄の補充に一定の作用を果たしています。必要な場合、適宜、強化食品または鉄製剤を使って、鉄を補充します。ただし、医師または薬剤師の指導の下で、使用説明にもとづいて服用すべきで、過度の服用による肝臓、膵臓などの臓器の損傷を防ぎます。高齢女性の骨粗しょう症が比較的深刻であるのは、カルシウムの摂取不足と関連しています。老齢期の骨質量は、中年期の骨質量によって決まります。閉経前の女性は、十分のカルシウムを摂取できれば、高齢者骨粗しょう症について、良好な予防作用があります(前述のとおり)。

8. 高齢者はなぜ十分な鉄を摂取してもなお貧血になるのですか。

栄養調査分析で、わが国の国民が食事で摂取する鉄分は、1日あたり23.2mgであることがわかりました。一見、鉄の摂取量が適正な摂取量を達成し、または15~20mg超過しているように見えますが、どうしてなお貧血があるのでしょうか。主な問題は、私達の食事及び高齢者の生理の変化にあります。わが国の食事は、植物性食物を中心とします。このような食物中には、比較的多くのフィチン酸塩、シュウ酸塩、リン酸塩が含まれ、鉄と不溶性鉄塩を形成でき、鉄の吸収を抑制します。植物性食物の鉄の吸収率は非常に低いです。例えば、大豆は7%、小麦は5%、レタスは4%、トウモロコシは3%、米はただ1%です。他のもの、例えば、茶の中のタンニンと結合した鉄及び一部のアルカリ性食物中の鉄はいずれも溶解しにくく、吸収しにくいです。また、ホウレンソウの鉄含有量が多いが、シュウ酸との結合のため、解離・吸収が困難で、利用率が極めて低いです。一方、動物性食物、例えば、動物の血液、内臓、赤身の肉の中のヘム鉄の含有量は高く、かつ食用後、直接人体に吸収・利用されることが出来ます。例えば、豚レバーの100gあたり鉄含有量は22.6mgで、豚の血液は8.7mg、アヒルのレバーは50.1mg、アヒルの血液は39.6mgです。その吸収率は、11%~22%にも達します。植物性食物よりは明らかに高いです。鉄の吸収に影響を及ぼすもう一つの要素は、高齢者の一部の慢性疾患です。例えば、胃酸欠乏、萎縮性胃炎、慢性腸炎、及びテトラサイクリン、抗酸化薬、及び一部の亜鉛、マグネシウム、銅などの製剤といった薬剤の長期的の服用は、いずれも鉄の吸収・利用に影響を及ぼします。

栄養状況の評価

人体の栄養状況の評価方法は、「出産年齢期の栄養と食事」と「児童、少年の栄養と食事」の中の栄養状況の評価に関する内容を参照してください。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

参考文献

- 何誌謙、人類栄養学、第 版北京人民衛生出版社 5
- 中国栄養学会、中国住民食事指南、ラサ：西藏人民出版社 55
- 王隴徳、2002 年中国住民栄養と健康状況調査報告その一：総合レポート 北京：人民衛生出版社 55
- 葛可佑、中国栄養科学全書、北京人民衛生出版社 55
- 吳坤孫長顥孫秀発など栄養与食品衛生学 第 3 版 北京人民衛生出版社 5
- 3.中国栄養学会、中国住民食事摂取基準 北京中国輕工業出版社 55
- 9.楊月欣王光亜潘興昌ら、中国食物成分表 55 北京北京大学医学出版社 55
- 楊月欣、王光亜、潘興昌ら、中国食物成分表 55 北京北京大学医学出版社 55
- @.翟鳳英、張兵、趙麗雲、公共栄養、北京中国輕工業出版社 55@
5

第四部分中高年

ユニット5 自立不能高齢者の保健

自立不能とは、老化と慢性疾患による身体機能の損傷による日常生活の機能の喪失、ひいては障害を指します。本ユニットで焦点を当てている高齢者は、程度が異なるものの、自立して生活する機能を失い、昼間に他人の世話や介護を必要とする高齢者です。按照国際的に通用する日常生活動作スコア表（ADLs）に基づいて、「食事、更衣、移動、トイレ動作、室内歩行と入浴」の6つの指標のうち、1～2項目できない場合は軽度の自立不能、3～4項目できない場合は中等度の自立不能、5～6項目できない場合は重度の自立不能と定義されています。

2010年、全国老齡弁公室と中国加齡科学研究センターによる『全国の都市部と農村部における自立不能高齢者の状況研究』によると、わが国の人口の高齡化が絶えず進展するにつれて、自立不能高齢者の規模も絶えず拡大しつつあります。調査と予測によると、2010年末時点で、全国の都市部と農村部での部分的自立不能と完全自立不能の高齡者は約3300万人で、高齡者人口の19.0%を占めています。そのうち、完全自立不能高齡者は1080万人で、高齡者人口全体の6.23%を占めています。

完全自立不能高齡者のうち、軽度自立不能は84.3%、中等度と重度自立不能の比率はそれぞれ5.1%と10.6%です。2015年末、すなわち「第12次五ヵ年計画」の最後の年の末までに、わが国の部分的自立不能と完全自立不能の高齡者は4000万人に達し、2010年に比べて700万人増加し、高齡者人口全体の19.5%を占めています。自立不能高齡者の総人口に占める比重はさらなる向上します。そのうち、完全自立不能高齡者は1240万人前後に達し、高齡者人口全体の6.05%を占め、2010年より160万人増加し、高齡者に占める比率が0.18ポイント減少しました。完全自立不能高齡者の健康特徴から見れば、都市部と農村部での完全自立不能高齡者の低い自己評価の比率は七割近くになっています。八割以上の都市部と農村部の完全自立不能高齡者は、慢性疾患を訴えています。完全自立不能高齡者の孤独感はさらに深く、都市部と農村部の完全自立不能高齡者であって常に孤独を感じる者の比率はそれぞれ41.1%と50.9%になっています。都市部と農村部の完全自立不能高齡者であって中等度以上のうつ症状があるものの比率は45.9%になっています。特に中等・重度完全自立不能高齡者の心理的抑うつの状況はさらに深刻です。

人口の高齡化の深刻化につれ、程度の異なる自立不能高齡者の数はさらに増加し続け、世話と介護の問題は日増しに突出してきます。中国は家族による扶養を中心としており、家庭介護者の家庭介護能力を高めることは、自立不能高齡者グループの生活の質の向上に有利であり、自立不能高齡者がもっと尊厳をもって生きるようにできます。家庭介護者とは、家庭内で高齡者の介護・世話をする家族、子女、看護師などのことであり、専門スタッフが含まれていません。本ユニットでは、重点として、自立不能高齡者の介護サービスに関する知識を解説し、家庭介護者の知識水準とサービス能力の向上を目指しています。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

目標

一、全体目標

自立不能高齢者の家庭介護者に対する家庭介護に関する研修、家庭保健に関する指導と家庭リハビリケアに関する指導を強化することで、自立不能高齢者の保健と生活の質を向上させます。家庭介護者にとっては、治療と疾患制御の特徴にそって日常生活の中の変化に対処し、危機を予防・管理することが、自立不能高齢者の生活の質の向上にとって極めて重要です。

二、具体的な目標

1. 持続的で異なる形の健康教育を通じて、自立不能高齢者の家庭介護者の家庭介護能力と看護能力を向上させます。家庭介護者が医師の指導の下で、自立不能高齢者のリハビリ訓練に協力し、障害の遅延・防止を図るように指導します。
2. カスタマイズした相談を通じて、異なる自立不能の程度にある老年グループの日常生活の能力の回復の需要に対応します。例えば、半自立不能高齢者が自立不能高齢者に転換することの予防など。
3. 定期的かつ規範的な家庭健康モニタリングを通じて、自立不能高齢者の介護者に継続的に関連知識と技能の研修を提供します。
4. 自立不能高齢者の家庭介護者の相互支援グループを結成することによって、定期的にグループワークショップ、看護技術研修、「社交一時停止日」など活動を実施し、家庭介護者の心理及び身体面の負担を減らします。

健康教育

年齢の老化に伴い、生理的にも心理的にも社会のそれぞれの層に対しても影響を受ける用になります。多くの高齢者はしばしば少なくとも一種以上の慢性疾患を患っており、多重の慢性疾患によって高齢者の世話は複雑になり、看護者は、自立不能高齢者の看護についての知識とスキルによって、その健康状況を維持し、自分の看護能力を強化する必要があります。自立不能高齢者向けに実施する健康教育が、資源を合理的に利用し、情報の発信と行動干与を行い、家庭看護者に関連知識を把握させ、高齢者に健康に関する観念を樹立させ、健康に有利な行動とライフスタイルに有利な教育活動と過程を採用し、これによって自立不能高齢者が健康に影響する危険要素を除去・軽減することに協力し、疾患の予防と制御によって、健康促進と生活の質の向上を目指します。

一、自立不能高齢者の家庭介護

具体的に言えば、自立不能高齢者の全面的な家庭総合介護には、主として、自立不能高齢者の家庭日常生活の世話と家庭リハビリケアが含まれます。

第四部分中高年

(一) 自立不能高齢者の家庭日常生活での介護

高齢者の更衣、食事、トイレ動作、入浴、室内外移動など日常生活のニーズを満たします。入浴、マッサージ、褥瘡防止処理、基礎医療ケアなどで、自立不能高齢者のために、専門的かつ全方位的な介護と世話を提供します。

1. 服の世話

ふさわしい服を選び、皮膚を保護し、さらに健康を守ります。自立不能高齢者の服は、柔らかく、ぴったりでゆったし、着るのにも脱ぐのにも便利なものでなければなりません。服のボタンとボタンの穴は大きいのが望ましく、高齢者は自分で着脱しやすいです。高齢者は、天気の変化に応じて、随時、服の増減をします。冬には、柔らかくて軽くて暖かい服を着て、(夏には、熱をよく発散させ、汗を吸収する綿製の服を着ます。(春は気候が変わりやすく、朝晩の温度差が大きいため、冬服を脱ぐのを焦らないほうが良いでしょう。秋もあまり厚着を着るのを焦らずに、身体を次第に寒さに慣らし、体の忍耐力を高めます。高齢者は、外出する際に、帽子をかぶります。冬は綿の帽子をかぶると、風邪を予防できます。夏は、涼しい帽子をかぶって、日光の直射を避けます。高齢者の靴と靴下については、快適さを重視します。夏は、軽くて足に合った布ぐつまたは柔らかい牛革で作られた普段ばき用の靴を、冬は暖かく、軽く、滑らない綿靴を着るとよいでしょう。(靴下は口が広い綿製のものが良いです。

2. 飲食

嗅覚と味覚機能の劣化や、歯の剥離または義歯の咬合不良、唾液腺の分泌の減少、胃腸の蠕動の緩慢、薬剤の副作用といった要素によって、自立不能高齢者栄養の摂取が影響されるため、自立不能高齢者の異なる疾患について、合理的に食事を行うべきです。自立不能高齢者の栄養面の世話については、均衡のとれた飲食の摂取を重視すべきです。食物の中には、穀類・根茎類、乳・肉・魚・豆・卵類、野菜及び果物類、油脂類など6種の食物が含まれるべきです。特別な禁忌がない限り、水を多く飲んで、脱水または便秘の問題を予防します。(食物は多様化し、適度の熱さを維持します。塩、砂糖または油を少なく使い、レモン、ショウガなどで代替しても良いです。(摂食時には、なるべく座る姿勢をとり、噎せることを防ぎます。(高齢者が嚥下困難になるとき、毎回の摂食量を少なくします。軟質の固体食物を食べても良いです。(摂食前に、レモネードまたは茶で口を漱ぎ、食欲を高めます。摂食後、口腔の清掃を強化し、特に舌苔の清掃を心がけます。自立不能高齢者のために食物の用意をする場合、特に医師の指導に従うように留意します。特殊な飲食の規定または要求があれば、厳格に要求通りに食物を準備します。

3. トイレ動作機能

自立不能高齢者は、活動量の減少のため、腸の蠕動が緩慢になり、加えて水分と繊維の摂取が不足し、知覚と便意感が鋭敏でなくなるため、便秘になりやすいです。普段、世話をするとき、高繊維食物と水分の摂取を重視し、運動の頻度を増やし、また、時計回りに腹部のマッサージをし、定時的に排便する習慣を身に着けます。必要な場合、軽い下剤を処方してもらうよう、医師と相談します。泌尿器については、高齢者は、不良な個人衛生や、弱まった耐性、尿道の狭窄または留置カテーテルなど要素によって、尿路感染症を起こします。特に会陰部の衛生、水分の摂取の増加に注意し、尿の流出量に気をつけます。尿失禁の者は、水の摂取量と排出量を記録し、1時間あたり100~150mlの液体を摂取するようんします。自立不能高齢者には、3~4時間ごとに一回の排尿訓練をするように注意します。または身体を使って腹部を前へ傾き、圧力を加え、下腹の恥骨の上を軽く叩くなど

といった尿誘導の方法を使います。必要な場合、薬剤による治療を受けるかどうかについて、医師と相談します。

59

4. 入浴

高齢者は、皮膚が次第に老化し、表皮組織が薄くなり、皮膚の弾力性が低下し、皮下脂肪が減少し、皮膚が緩み、皺が増加し、皮膚の防御機能と損傷後の修復能力が低下しするため、高齢者にとって、皮膚の清潔さを保つことがとても重要です。皮膚が不潔だと、気分を悪くし、異臭を発するのみならず、多くの疾患も引き起こし、高齢者に害を及ぼします。高齢者は、日常生活の中で、皮膚の衛生維持に注意し、特に皺のある部位、例えば、脇下、肛門、外陰部などについて特に気をつけるべきです。入浴によって汚れがとれ、毛穴が通じ、皮膚病の予防に役立ちます。高齢者は、皮膚が乾燥し、水分と脂分が少ないため、乾いたり割れたりしやすいです。適正な介護は非常に必要です。通常、高齢者の皮膚の清掃介護については、以下の点に配慮したいものです。

(1) 冬には、毎週1~2回シャワーします。夏には毎日温水で入浴します。

(2) 水温と室温は適度に保ちます。ふさわしい水温によって、皮膚の血液循環が促進され、新陳代謝が改善され、老化が遅延します。高齢者は入浴時に、やけどと風邪に気をつけます。入浴の時、室温を24~26℃に調節し、水温は40℃前後が宜しいでしょう。浴室の保温は、ファンヒーターを使います。現在一般に使用されている浴霸(赤外線ヒーター)は、使用時に発生する光線が強すぎて、高齢者の視力に影響を及ぼしかねず、浴室から出ても外の暗い光になれず、ぶつかったりまたは転んだりして怪我をすることがあります。

(3) 入浴時間は、10~15分間が良いでしょう。時間が長すぎると、胸の圧迫感、失神など、不意の事故が起こりかねません。

(4) 入浴時、洗濯石鹼など、アルカリ性石鹼を使わないで、弱酸性のホウ酸石鹼や化粧品石鹼などを使い、皮膚がやや酸性になるようにします。

(5) 入浴用タオルは、柔らかいものとして、流すときは軽く流し、皮膚角質層の損傷を避けます。

(6) 夜、お湯で足をつけた後、軽石で厚すぎる角質層を除去し、フットクリームを塗り、足のひび割れを防ぎます。すでに手足のひび割れのある高齢者は、夜入浴後またはお湯で手足をつけた後、ハンドクリームやフットクリームを塗り、綿製の手袋や靴下を一晩または1、2時間つけると、ひび割れを効果的に改善できます。

(7) 薬用化粧品を使うとき、まず高齢者の皮膚の耐性とアレルギーの有無を観察し、アレルギーがない前提で、次に治療効果を考慮します。

5. 褥瘡の予防

高齢者は長期的に寝たきりになり、または自立できず、自由に体位を変えられず、局所的組織が長期にわたって圧迫され、血液循環が不良になり、局所的血液不足や酸素不足によって、皮膚組織が潰瘍化・壊死します。これは、褥瘡、もしくは圧力性潰瘍と呼ばれ、深刻な皮膚病症です。褥瘡は、患者に苦痛をもたらすだけでなく、病状を深刻化し、感染を引き起こし、命を脅すことにもなりかねません。

褥瘡が発生する最も基本的で、最も重要な原因は、局所的組織が長期的に圧迫されることです。また全身の栄養不良、皮膚表面の湿気、不潔さ、及び高齢者の皮膚の老化なども褥瘡の原因です。

第四部分中高年

(1) 褥瘡の好発部位

褥瘡は通常、脂肪の保護もなく、筋肉層も薄い骨の突起部に好発します。具体的には、以下が含まれます。

- 1) 長期的な仰臥位の場合、後頭骨、肩甲骨、肘部、脊椎突起部、仙尾部、かかとに好発します。
- 2) 長期的な側臥位の場合、耳殻、肩部、肘部、寛骨、膝部、足首に好発します。
- 3) 長期的な端座位の場合、坐骨結節に好発します。
- 4) 長期的な腹臥位の場合、耳、頬、肩部、女性の乳房、男性の生殖器、膝部、足指に好発します。

(2) 褥瘡の徴候

- 1) 局所的皮膚が赤く腫れ、暑く痛く感じられ、またはしびれます。
- 2) 圧迫される部位は紫色を呈し、触ると皮下で結節が感じられ、圧迫される部位は水腫し、皮膚の表面に水疱ができます。(局所的に痛感があります。)
- 3) 水疱が拡大し潰瘍化します。真皮層から黄色いものがにじみ出ます。(疼痛が激しくなり、潰瘍化の表面に膿が多く、臭いがし、組織が黒くなります。(潰瘍化が深刻化すると、骨の表面に達することがあります。(敗血症が発生しやすく、全身感染につながります。)

(3) 褥瘡の予防

長期的に寝たきりになる高齢者は、褥瘡の予防を心がけなければなりません。主として、以下が含まれます。

- 1) 身体の局所的な圧力を減少します。褥瘡の多くは仙尾部、かかと、肘部、肩甲骨など突出した部位に現れ、最も直接的で効果的な予防方法は、よく体の向きを変えることです。通常、2~3 時間ごとに臥位を変化させます。ベッドやシートは柔らかいものとし、さらに圧迫を防ぐもの、例えばクッションリング、空気ベッド、ウォーターベッドなどを使っても良いです。
- 2) 摩擦(固いものによる傷)を避けます。摩擦によって皮膚が傷つきやすいため、高齢者の皮膚とベッドシートとの摩擦を避けます。高齢者の向きを変える過程では、強く引っ張ったりはせず、高齢者の身体をもちあげて、皮膚の損傷を防ぎます。ベッドを整えたり、向きを変えさせたりするとき、ベッドの平坦さを保ち、でこぼこやしわくちやになることを防ぎ、皮膚の傷を避けます。
- 3) 高齢者の皮膚及びベッドシートの清潔さと乾燥を保ちます。これは、褥瘡予防のための重要な措置です。圧迫されやすい皮膚については、温水で洗浄し、局所的皮膚については、ワセリン軟膏を塗り保護することができます。すでに潰瘍化した皮膚に塗ってはなりません。高齢者の皮膚を保護するには、もう一つ重要な方法があります。皮膚マッサージによって局所的血液循環を促進することです。但し、一部の部位については、マッサージを勧めません。例えば、反応性充血が現れた皮膚や、すでに潰瘍化した皮膚など。
- 4) 高齢者の飲食栄養を増加します。栄養不良は、褥瘡の発生につながる原因の一つです。そのため、褥瘡になりやすい高齢者については、身体の状態を重視すべきです。適宜タンパク質、ビタミンなど栄養の摂取を増加します。

6. 環境安全

室内環境は、高齢者の心理と身体について無視できない影響があります。高齢者の居住環境に関して、条件が許す状況下で、特別な関心を寄せるべきです。新しくリフォームした部屋は、設計する際に、3つの原則を参考にすることができます。①刺激性を強化します。

刺激性の増加により、高齢者の環境や空間に対する認知及び認識力を高められます。②安全性を強化します。部屋のリフォームに当たって、安全措置を強化し、材料の選択及び細かいところの処理について考慮しなければなりません。

5@

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

③過渡性を強化します。室内の各空間をつなぐ過渡ゾーンは工夫を要します。高齢者は活動するとき、転んだりぶつかったりなど、物理的な傷害を受けやすく、局所的空間の処理については、高齢者の部屋のリフォームも他の空間と異なる必要があります。具体的な要求は以下のとおりです。

(1) 地面

高齢者の部屋の地面は、摩擦力が強く、かつ湿っても滑らない材料とします。地面の材料を選ぶとき、つるつるしたタイルは使いません。また、隙間は平らにし、木の床でも、あまり滑らかすぎたはなりません。高齢者の寝室は、絨毯を部屋いっばいに敷くのが一番望ましいのですが、局所的な敷設なら、移動または縁のめくりを防ぎ、高齢者の転倒を避けます。また、室内は、なるべく段差をなくし、どうしても避けられない時は、スロープでつなぎ、材質と色彩で強化処理を施します。

(2) 壁面及び照明

壁面及び天井は、簡単明快にし、細かくて複雑なパターンを避けます。高齢者の空間への感覚の低下を防ぐためです。色は鮮やかになっても良いでしょう。天井及び壁面の照明のセットは、照明上のニーズを満たすのが原則ですが、通路など、高齢者の活動が多いエリアなら、照度を高めるべきです。また光源は、なるべく多すぎたり低すぎたりしないように留意し、さもなくば、反射光が形成され、お年寄りの視覚の疲労感が発生します。

(3) 家具

家具は、組合式がよろしいですが、高くて重くてかさばったものは使わず、高齢者が動かしたり物を取り出したりする場合の便利さに配慮します。家具の細部の処理については、縁と角をまるやかにし、取っ手を太くて長い柄とすることができます。

(4) ドアと窓

高齢者の部屋のドアは、開け閉めしやすく、車いすや他の機材を使う高齢者が通過しやすいものとし、敷居は設けず、段差がある時は、スロープでつなぎ、かつ、材質と色彩で変化をつけるべきです。ドアノブは、回転アームが長いものとし、ボール型のノブを使いません。ドアノブの高さは、900～1000 mmとし、高齢者の身長に応じて、部屋の窓台はなるべく低くし、望ましくは750 mm前後とします。窓台は、植木鉢やものを置いたり、窓際に寄りかかって窓外の景色を眺めたりするために、適宜広くし、通常250～300 mm以上とします。条件が許すなら、窓台の内側には、安全柵を取り付けても良いです。

(5) 室内の階段及びスロープ

複層住宅の場合、階段は勾配が急すぎたはならず、蹴り込みと踏み面の比率を大きくしてはなりません。(高さは150 mm、幅は290～320 mmがよろしいです。高齢者が上に立って休む場合は便利になるのです。(踏み面の縁は突き出しておらず、または円角とします。また踏み面またはスロープの起点及び終点の地面は、材質の変化や色彩の変化といった形で注意を喚起します。階段の手すりの端部には、目立った終点指示を設けるべきです。

(6) 台所、トイレ

高齢者の部屋の中のトイレの便器、洗面化粧台、シャワー及び浴槽などの設備は、その取り付け寸法に関して、高齢者の使用上の便利性と安全性を考慮に入れ、相応の措置をとるべきです。トイレの中の地面は、滑り止め対策を施すべきです。

第四部分中高年

壁面のしかるべき部位には、手すりを設け、可能なら、緊急通報システムを取り付けます。台所のリフォームに当たって、その設備の寸法は、身長が比較的に低い高齢女性を設計上の根拠とします。台所の操作台の前は、高齢者が歩き回りまたはしゃがんでものをとるために、少なくとも広さ 900 mm の空間を開けておきます。台所の地面は、良好な排水・滑り止め対策を打っておきます。水槽やコンロ台の上方には、局所的照明を取り付けるべきです。

7. 不意のけがを予防します。

統計によると、高齢者の不意のけがのうち、一位を占めたのは転倒で、二位は、ベッドからの転落、その次は火傷、はぐれ、感電などです。

(1) 転倒とベッドからの転落を防止します。

1) 転倒

歩行の過程で転倒し、または滑って転ぶと、脳震盪、脳溢血及び骨折などにより、不可逆的な障害または死亡に至らしめることがあります。高齢者の転倒の原因は、様々です。例えば、不安定な歩く姿勢、視力の減退、四肢の協調性の弱まり、感覚器の機能の減退、精神錯乱、体位性低血圧など、いずれも高齢者の転倒を引き起こせます。(体位性低血圧の者が、横になっている、または座っている状態から突然立ち上がると、眩暈が発生し、転倒するなど、1つの要素によるケースもありますが、例えば、もともと歩く姿勢が不安定な高齢者がさらに疾患にかかってしまうなど、複数の要素を合わせて引き起こしたケースもあります。なお、滑りやすく湿った地面では、足が滑って転んでしまうことがあります。(長すぎて大きすぎる服や、足に合わない靴、及び引きずられるように地面に接触するランプケーブル、や位置が適正ではないテーブル・椅子は、いずれも高齢者の足にひっかかて転倒させる恐れがあります。(車いすや歩行器の不適切な使用も高齢者患者を転倒させることがあります。

高齢者の転倒を防ぐには、下記措置をとるべきです。

①長すぎてまたは大きすぎる服及びズボン、靴は使いません。とりわけ長すぎるズボンのすそは、直接、高齢者の歩行に影響します。歩く時は、スリッパより、足に合った布ぐつの方が望ましいです。ズボン、靴、靴下をはいたり脱いだりするとき、座ったままやったほうが良いです。

②室内のレイアウトは合理的で、活動のために十分な空間を開けて、歩行範囲内の地面または絨毯を平らにし、どんな障害物も残しません。セメントまたはタイルの地面なら、水溜まりを取り除き、高齢者が歩行中に引っかかってまたは滑って転倒することを防ぎます。車いすや、歩行器を使用する前、まず固定して、移動しないようにします。

③高齢者用トイレは、洋式便器を取り付けるのが望ましいです。便器の両側または手前には立つための手すりを設けます。高齢者が使用する浴槽は高すぎてもなりません。浴槽の口は地面から 60cm 以上離れてはいけません。浴槽に出入りしやすくします。浴槽の底には、ゴムマットをおいておけば、入浴中、滑って転倒することが防げます。

④高齢者には、何をやってもゆっくりやるように念を押します。例えば、大便の後や、起き上がった後ベッドに上がった後ベッドから降りたりするとき、頭を下に向けて腰をかかめてものを拾うときなど、動作が早すぎてもなりません。特にぐいっと振り返ったりぱっと身体の向きを変えたりする動作はやめます。歩き出す前には、まずしっかり立って、背筋を伸ばしてから踏み出すのです。支えてくれる人がいない場合、杖を使うと良いです。

⑤反応が鈍化し、体位性低血圧のある者、またはクロルプロマジン類の薬剤を服用し、及

び、初めて降圧剤を使用する高齢者の患者は寝る前に、ベッドの側に便器を置いておくべきです。ベッドから降りるまたはお手洗いに行く必要がある時、他の人に一緒に行ってもらほうが望ましいです。

2) ベッドからの転落

往々にして高齢者のバランス感覚の減退、アンバランス是正の能力の低下及び危険回避のための反応能力の減退に関わっています。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

例えば、一部高齢者は、睡眠中、寝返りを打って、一部肢体が、ベッドの縁にかかって、またはベッドから出されてぶら下がっている時、それと感じられません。この時、やや動いてもベッドから転落する危険性があります。意識朦朧でイライラする患者はなおさらです。

高齢者の転倒を防ぐには、次の措置を取るべきです。

- ①意識の障害のある高齢者の場合は、ベッドガードをつけます。
- ②睡眠中、寝返りの範囲が大きくまたは身体が大きい高齢者は、ベッドの側に椅子をおいて保護します。
- ③高齢者の子女または介護者は、高齢者が夜間に寝ている時、より頻繁にチェックする必要があります。高齢者がベッドの縁の近くで寝ていると気づいた場合、タイムリーに保護対策をとり、必要な場合、高齢者をベッドの中央へ押して、ベッドからの転落による怪我を防ぎます。

(2) 誤吸入・誤食とむせ込みを防ぎます。

高齢者は、神経反射性活動の減退、嚥下筋群の不協調、消化機能の低下、唾液分泌の減少、老化による神経反射性活動の低下、嚥下筋群の不協調による嚥下障害、消化機能の低下、咀嚼困難、唾液分泌の減少に加えて、一部高齢者が片麻痺、失語、神経損傷など疾患を患い、顔面筋が長時間平静状態にあり、咀嚼が無力で、また嚥下、咳の反射が弱まるため、しばしば食物が誤って気管に入り、誤吸入またはむせ込みを引き起こします。さらに視力または記憶力の障害によって、誤食が起こることもあります。

高齢者が摂食時に誤吸入、誤食またはむせ込みを引き起こさないように、次の点に気をつけなければなりません。

- 1) 食物の量を少なくし、細かくて柔らかくて消化しやすい物を選び、十分な栄養を確保します。摂食時には、患者をふさわしい体位とし、状況に応じてなるべく端座位または半臥位で水を摂食させます。
- 2) 摂食時には、患者の注意力を食事に集中させ、本を読んだり新聞を読んだり、他の人と話したり、食事と関係ない考え事したりはさせません。両目が見えないまたは眼部手術をうけた高齢者に、食べ物を口元に運んであげて食べさせます。毎回食べさせるまえに、まず食器または食物を高齢者の唇に触れて、注意を喚起してから食物を口内に運びます。
- 3) 乾燥食品を食べるとき噎せびやすい高齢者については、摂食時に、適宜スープや水を飲ませ、一口分の食物は多すぎはいけません。流動食を食べるとよく噎せたり咳したりする高齢者には、食物を糊状にし、必要な場合、経鼻胃管を使います。
- 4) 臥床する高齢者の場合、頭部を高く上げて、側方に向かせ、嚥下困難の高齢者については、経鼻胃管で飲食させます。高齢者の内服薬と外用薬は別々に保管し、目立った標識をつけて、高齢者に支給するとき、誤食しないように、はっきり説明しておきます。

(3) 熱傷予防

熱傷は、生活の中でしばしば会う事故です。高齢者は、頭痛、目眩、腹部膨満感、消化不良など身体不快の時に、吸角法、灸療法または理学治療器などで治療する傾向にあります。しかし、高齢者の感覚及び反応の鈍化によって、その温度への敏感性は低下し、往々にして皮膚の疼痛または焼灼感が感じられた時、すでに皮膚の熱傷が起こっています。また高齢者は行動が遅く、動作の協調性が低いため、火傷の危険があった時、手足が不安定で、速やかに防御反応をするのが困難です。そのため、高齢者は、熱い物に熱傷しやすいです。

高齢者の熱傷を防止するには、以下の点に留意すべきです。

1) 吸角法、灸療法または理学治療器で治療をする時、使い方をこなし、治療の時間を把握し、温度の変化を密に監視し、治療部位の局所的状況を観察し、不必要な熱傷を避けま
す。

第四部分中高年

2) 生活の中で、保温用具の正しい使い方に留意すべきです。例えば、湯たんぽを使う時に、布で全体を覆ったり、または厚いタオルで包んだりして、皮膚に直接触れないようにします。湯たんぽの位置及び水漏れの有無をチェックして、湯たんぽの温度をなるべく70℃以下に抑えます。

3) なるべく高齢者が自分で炒め料理したり、熱湯や熱いスープを持ち運んだりすることを避けて、はじける熱い油や熱湯などに火傷することを防ぎます。

4) 高齢者は、入浴時に、2回温度を試しておかなければなりません。水温を調節する時には、まず冷水弁を開けてから温水弁を開けます。使用后、まず温水弁を閉めてから冷水弁を閉めます。

(4) 防火

現在、独居状態の高齢者は比較的に多いです。行動が不便である、ひいては全身麻痺、認知症の者は、生活の中で火や電気を使ったり、喫煙し、蚊取り線香を焚いたりなどすることで、火災がととも起こりやすいという危険性への認識が足りず、火災予防意識にかけています。一旦被災すると、体能など個体的要素によって、自己救助能力が低く、火災の被害者になります。このような状況については、監督・管理・予防を強化し、高齢者による火災及びそれがもたらす不良な後果を低減します。

1) 管轄区の警察官は、管轄区内の高齢者の状況を把握する必要があります。例えば、氏名、性別、行動不便になっていないか、独居していないか、家庭の火災の潜在的危険などを把握し、関連する完全な記録帳を作成し、高齢者の子女と密に連絡を取り、定期的に消防安全検査を組織・実施し、潜在的危険に気づいた場合、タイムリーに排除します。

2) 多くの高齢者の住む家は、古くて電気回線がめっちゃめっちゃになっていてかつ劣化しています。家族は、家屋及びその内部の電線、電気設備の劣化状況を点検し、交換する必要があるものを速やかに交換し、電気回線と設備による火災を防ぎます。

3) 一部高齢者は、段ボール箱など、燃えやすい物を家の中に積み上げる習慣があります。家族としては、よく高齢者の家を訪ねて、このような燃えやすい物を収集しないよう説得し、家の中のすでに収集したものを処分します。

4) 高齢者には、ベッドやソファで横になって喫煙しないように説得し、監督します。火元がベッドやソファに落ちて火災になることを防ぎます。

5) 高齢者には、家の中で仏様を拝んだり線香を焚いたりしないように説得します。信仰があつてそうせざるを得ない高齢者については、寺で焼香したり仏様を拝んだりするように勧めます。

6) 身体が良くなく、行動が不便で、家族がいつも側にいられない高齢者に対しては、看護師を配置すべきです。看護師に高齢者の生活の世話をしてもらい、高齢者自らが火や電気を使うことを避けます。コミュニティと街道弁事処のスタッフは、家族のない高齢者や空巢老人を訪問し、彼らの保護者を確保します。家族のない高齢者や空巢老人の安全保護をコミュニティの活動制度として徹底しなければなりません。

(5) はぐれの防止

高齢者ははぐれてしまうと、街頭をさまよい、健康と安全の保証を失うだけでなく、家庭や社会の力で探さなければならぬため、家庭にも社会にも大きな負担がかかります。そのため、高齢者のいる家庭にとっては、適正な予防措置がとりわけ重要になってきます。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

認知障害は、高齢者がはぐれる主な原因で、認知障害をタイムリーに発見し、明確に診断した後、行き届いた世話をすることが、高齢者がはぐれることを防ぐための主なやり方です。そのため、子女は、普段、高齢者を思いやって、よく世話をする以外に、高齢者の一部の異常行動にも気づくべきです。一旦、高齢者が周りの物事に興味を失い、起こりやすくなると気づいたら、病院まで連れて検査してもらいます。一旦、認知障害の存在が明確にされれば、次のことを実施すべきです。

- 1) 認知障害のある高齢者については、なるべく家族の同行を確保し、高齢者が独自で外出することを避けます。家にいるときには、必要に応じて、ドアをロックしておいて、高齢者が無断で出かけることを避けます。外出、買い物、遊びのときに、または、混んでいる公共の場所では、高齢者の手を引いて歩くようにし、さらに、高齢者に、家族とはぐれたときに、そのまま待っていて、どこにも行かないようにしておくべきです。
- 2) 高齢者の記憶を強化します。独自で外出できる高齢者でも、普段、住所、電話または仕事先など家庭または家族の関連情報を覚えていることを確認しておかなければなりません。さらに高齢者のポケットの中に食品を置いておいて、外で長時間いる場合、またははぐれた後には、応急的に食べられます。
- 3) 情報カードを作ります。高齢者の服のポケットの中に作った情報カードを入れます。高齢者の個人情報または家族の連絡先、及び主要な病症の処理方法など内容が書かれています。または、これらの情報を高齢者のブレスレットやペンダントなどの装身具に刻みます。

(6) 住居侵入・傷害と詐欺の対策

- 1) 住居侵入・傷害。独居する高齢者が増加することと、一部の家庭には、昼間の勤務時間帯に高齢者だけが家にいることが原因で、高齢者は、住居侵入傷害の主な対象となっています。独居する高齢者またはよく家にいる高齢者の家の中には、大量の現金、通帳、装身具と他の高価な物を置いてはいけません。(高齢者が独自で家にいる時、ドアがロックされても容易く開けてはならず、さらに、知らない者を家の中には入れません。外出して家に帰る時は、知らない人や怪しい人の尾行がないことを確認してから錠を外して入ります。
- 2) 詐欺。高齢者は、次の点に留意し、騙されることを回避します。
 - ①よく本や新聞を読んで、とりわけ社会面や法律面の情報に関心を持ち、他の人が騙された経験から教訓を汲み取り、警戒感を高めます。
 - ②食欲さに打ち勝ち、「少額の金で大金を儲ける」「小さい損をして大きな特をする」または「労せずして手に入れる」などの考え方をやめて、「いいこと」に会ったら容易に信じてはならず、軽率に行動してはなりません。なるべく家族または親戚、友人に情報を知らせ、意見を聞き、対策について相談します。必要な場合には、速やかに警察に通報します。
 - ③戸籍簿、身分証明書、不動産の権利書など、重要な書類は、簡単に他人に見せず、さらに貸しては行けません。複製して抵当にいれ、またはクレジットカードを申請することなどを防ぎます。
 - ④正式なルートで事務処理をする考え方をもち、正式ルートを識別する能力を持つべきです。例えば、病気にかかれば、資格のある病院に行って診療してもらい、薬を買うなら、資格のある薬局で買います。結婚相手の募集なら、信頼できる親戚友人や資格のある結婚相談所に、仕事探したら、資格のある職業紹介事業者に、出版された書籍を探すなら、資格のある出版社に依頼し、詐欺を回避します。

8. 活動と運動

自立不能高齢者の筋肉、骨格、心血管系と神経などは、その活動機能に影響しますが、適度の活動によって、その基本的な身体機能が維持され、自分の世話をする能力などが強化されます。

第四部分中高年

日常生活の中で、自立不能高齢者に、自分でやれる事を出来る限り自分でやるように励まします。軽度の自立不能高齢者には、継続的に社交活動に参加し、個人の身体状態に応じて、規則的かつ長期的に行える運動のタイプを選び、1週間に少なくとも3回、1回に少なくとも20～30分間運動するように励まします。

中重度の自立不能高齢者、特に長期的に臥床する高齢者については、正しい姿勢の維持に留意し、受動的な関節運動を手伝い、関節の硬直化と筋肉の萎縮を防ぎます。さらに漸進的方式で上体を起こさせて、体位性低血圧による目眩、不快感などの現象を防ぎます。ベッドから車いすに移動する位置転換など、自立不能高齢者が独立で日常生活の活動をするように励まします。テープが貼られ、太くした取っ手の使用などの訓練によって、自立不能高齢者が摂食活動を完成するように支援します。ただし、日常活動の訓練に当たっては、自立不能高齢者の能力に配慮し、適宜補助器も活用します。全身麻痺の高齢者は、歩行補助器など補助器具で訓練をします。例えば、つえ、ロフトランドクラッチ、松葉杖及び歩行器などを使います。但し、地面が平坦でや、高齢者の身体条件が許し、かつ十分な腕力がある前提で、専門の者の保護の下で行うようにします。杖の端部は滑らないようにし、しっかり地面についたあと、足を移動させるようにし、焦ってはいけません。認知症の高齢者については、社会との接触の機会を増やし、その病状の進展を遅延させます。

9. 精神的な慰め

自立不能高齢者にとっては、長期的な病気に苛まれていることによって、情緒不安定になりがちです。普段の物事について、冷たい態度を取り、喜怒哀楽を表に出さず、周りに冷たく感じられる反面、重大な刺激を受けると、感情の反応が激しく抑えるにも抑えられません。困難にあったら、以前のように落ち込んでおらず、しばしば言いようのない不安感がこみ上げます。環境の中に不利な要素があれば、さらに不安になりやすいです。性格については、いらだったり、怒りやすかったり、落ち込んだり、憂鬱になったり、不安になったり、ひねくれたり、変わり者になったりし、ひいては常軌を逸したりもします。また、センシティブで疑い深く、噂やでたらめな事についても往々にして本気に信じて、聞いたこと、見たことを誤解して傷ついてしまい、悲しくなったりします。自立不能高齢者はさらに、孤独感が生じやすく、依存性が高く、とくに他の人の関心を必要とします。そのため、家庭介護者は、もっと時間を費やして、自立不能高齢者と一緒にテレビを見たり、音楽を聞いたり、雑談をしたりし、自立不能高齢者の孤独感または精神的抑うつを避けま

10. 薬剤の管理

薬の服用と治療を心がけて、服用を忘れてはいけません。薬剤をしっかり配分し、薬を服用する前に、誤飲のないよう、再度確認します。自立不能高齢者が認知症やうつ病にかかる場合、家庭介護者は、その誤飲や過度の服用を避けるべきです。

長期にわたって薬を服用する者は、定期的に肝臓・腎臓機能を検査し、有害な反応を避けます。新薬を乱用してはなりません。サプリメントを乱用してはなりません。医師の指示に従って薬を服用します。一旦、薬剤の反応または身体の不快感が生じると、直ちに服用を中止し、病院で診療を受けます。多くの慢性疾患の総合的治療に当たっては、使用する薬剤の種類について、簡単なものを採用し、かつ投与量が成人の投与量の1/3から1/4とします。

(二) 家庭での救急救命

研修に通じて、家庭介護者によく見られる各種急病の家庭救助方法を身につけさせます。急病は発症が迅速で、通常、突如重症化し、非常に危険であるため、家庭介護者は、簡単で実行可能な突発状況の処理方法を知っておけば、高齢者は、突発性疾患や他の緊急状況があった場合でも、タイムリーかつ効果的な救援が受けられ、治療や救命のために時間稼ぎをし、患者のより高い生存チャンスを獲得します。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

1. 心臓病の救急方法

(1) 狭心症が発作時、通常 3～5 分間で自ら緩和し、10～15 分間を超えた場合はまれです。1/3 近くの高齢者の狭心症の症状は典型的でなく、ただ胸、背中または上腹部の不快感があるだけです。冠状動脈性心臓病既往歴のある高齢者は、上記症状が突如現れると、直ちに一切の活動を中止し、そのまま休み、酸素の消費を減らし、狭心症発作を遅延させ、または軽減します。

(2) 狭心症発作時、直ちに患者に 1 つのニトログリセリン錠剤または速効救心丸 10 粒を舌下投与し、患者には、薬を直接飲み込まないよう注意します。5 分間経っても症状が緩和されない場合、再び 1 つのニトログリセリンを舌下投与し、アスピリン 300mg を噛み砕いて溶けるまで舌下で含みます

(3) 患者に呼吸困難が現れた場合、上体を起こしてまたは背中の下を物をおいて高くし、ベッドに斜めに寄りかかるようにします。酸素設備がある場合、酸素を吸わせても良いです。

(4) 失神して転倒する患者については、顔面を上に向けて、そのまま背臥位で床に寝かせ、その下肢を持ち上げて心臓へ還流する血量を増やします。患者の襟を緩め、きつすぎる服とベルトをゆるめます。患者の意識が直ちに回復しない場合、患者の頭をなるべく後に反らせ、舌根が後へ落ちて気道が詰まることを防ぎます。

(5) 狭心症の症状が 20 分間以上継続しまたは呼吸困難、突如蒼白になる顔色、冷や汗、意識不明、失神またはけいれんなど症状が現れれば、通常、心筋梗塞の併発の徴候と考えられます。以下の段取りに沿って初歩的な救急と処理を行います。

- 1) そのまま背臥位を取らせ、患者を運んでは行けません。
- 2) 患者を慰め、その過度の驚き、恐怖と過度の緊張を避けます。活動及び精神の緊張により、心筋の酸素消費量が増加し、病状が悪化するためです。条件が許せば、患者にアスピリン 300mg を噛み砕いて飲ませ、また、ニトログリセリンを舌下投与します。心筋梗塞は、非常に危険な疾患であり、一部患者には、心停止や、悪性不整脈、突然死が現れたりします。この時、速やかに判断し、直ちに心臓マッサージ及び人工呼吸を施します。
- 3) 急性心筋梗塞のような危険な疾患については、医師による丹念な治療に加えて、患者とその家族の積極的な協力も必要です。

2. 脳卒中の救急方法

脳卒中（中風）の患者は通常、発症が激しく、突然の失神、半身不随、失語、片麻痺昏睡などが現れることがあります。患者は、絶対的に臥床しなければなりません。脳溢血の患者については、頭部の下にもものを入れて高くし、襟ボタンをゆるめ、側臥位を取らせ、口腔の分泌物が気管に流れこむことを防ぎます。同時に、無理して患者を運ぶことを避けます。とりわけ頭部の保護に気をつけるべきです。

3. ショック、失神、昏睡の救急方法

(1) 患者を仰向けにして寝かせ、肩、首の下に物を入れて高くし、下顎を持ち上げて、スムーズな呼吸を維持します。両足を頭部以上の高さまでやや持ち上げます。

第四部分中高年

- (2) できれば、患者の生命・身体的徴候を検査します。
- (3) 患者の保温に留意します。襟やベルトを緩めます
- (4) 患者が嘔吐または咯血がすれば、側臥位を維持し、嘔せ、咳を避けます。
- (5) 患者の人中、内関穴を押します。

4. 気道の異物詰まりの救急方法

- (1) 患者の状況がまだ深刻でなく、まだしゃべったり咳したりできるなら、力を入れて咳するように励まし、腰をかがめさせて背中をたたき、異物の排出を手伝います。
- (2) 患者が喋れず、咳と呼吸も困難になる場合、患者に腰をかがめて、頭を前に傾けて、高齢者の身体状態が許す状況下で、背中を叩いたり、腹部と背中を両側から押ししたりしてみます。高齢者をなるべく落ち着かせます。
- (3) 患者に昏睡が現れた場合、体を起こして仰臥位にします。患者の心拍、呼吸が停止した場合、救急車が到着するまで直ちに心臓マッサージで救急します。

5. 喘息の救急方法

- (1) すぐ窓を開けて換気し、空気の流動を確保します。なるべく早く患者をアレルゲンから離れさせます。
- (2) 患者を端座させ、横にならないようにし、酸素吸入器がある場合、直ちに患者に酸素を吸入させ、患者に常備する喘息薬剤を使って治療します。
- (3) 患者を慰めて、静かにします。なるべくその驚き、恐怖の感情をしずめます。
- (4) 上記処理で、症状の緩和にならない場合、速やかに救急車を呼び、病院に搬送して治療を受けさせます。

6. 骨折の救急方法

高齢者の多くが深刻な骨粗しょう症にかかり、転倒後、骨折しやすいため、高齢者が転んだあと、局所的な疼痛と肢体活動の障害が現れた場合、すでに骨折が発生した可能性があります。焦って助け起こすと、損傷を深刻化させ、骨格のずれを引き起こすかも知れません。脊椎を怪我すれば、さらに脊髄を損傷する可能性があります。そのため、一旦高齢者が転倒し、かつ骨折が疑われる場合、次の5つの救急原則に留意すべきです。

- 1) 救命。高齢者に開放性骨折が発生した場合、大量に出血することがあります。通常、手当用品を使って加圧して巻いて、出血を止めます。出血が深刻な者については、止血帯を使って止血します。上記の命の危険がある骨折患者にあつたら、すぐに救急センターに連絡し、病院に搬送して治療を受けさせます。
- 2) 傷口の処理。開放性傷口の処理に当たって、適時かつ適切に止血する以外に、直ちに消毒ガーゼまたはきれいな布で傷口を巻いて傷口が引き続き汚染されることを防ぎます。閉鎖骨折の場合、なるべくけがした部位の活動と処理を減らし、二次損傷を防ぎます。
- 3) 安全な搬送。搬送の途中で動作を小さくし、振動を防ぎ、ケガした四肢を保護し、疼痛を軽減し、保温を確保するために、なるべく専門スタッフに搬送を護送してもらいます。

二、リハビリケア

リハビリケア (RN) は、患者、けが人、障害者及び慢性疾患の患者と高齢患者のリハビリ治療計画に基づいて全面的なリハビリ目標をめぐって、リハビリスタッフの活動と密接に協力して行われる一連の介護措置を指します。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

リハビリは、障害者が周辺の環境に適応するように訓練することだけでなく、障害者の周辺の環境と社会的条件を調整し、社会に復帰しやすくすることでもあります。ここにいうリハビリケアとは、主として家庭看護者に対して、自立不能高齢者のリハビリケアを行う方法の研修を実施し、リハビリスタッフの活動に協力し、自立不能高齢者がある程度生理機能を回復または一部生理機能の低下を遅延させ、自立不能高齢者の生活の質の向上に重点を置き、出来る限りその独立生活の自立能力を向上させ、改善し、家庭と社会で意味のある生活ができるようにすることを指します。

自立不能高齢者のリハビリ過程では、家庭介護者はリハビリケアスタッフと交流を保ち、情報を交換し、活動に協力しなければなりません。また、皮膚の介護と褥瘡の予防及び泌尿系統感染の予防、栄養摂取など自立不能高齢者のケアに関する知識を学びます。リハビリ計画は、家庭介護者の参加と指導を必要とします。そのため、リハビリケアスタッフは、家庭介護者にリハビリケアに関する知識とスキルの講義をする必要があります。

(一) 障害予防

一部障害の損傷は予防できます。障害予防は、次の3つのレベルに分けて実施できます。一級予防。「病因予防」とも呼ばれます。最も効果的なもので、障害性傷害と疾患の発生を予防することを指します。伝染病の免疫接種をし、健康なライフスタイルを選び、合理的な栄養、適宜な運動を確保し、飲酒を制限し、規則正しい生活をします。(合理的な行為と精神的健康を提唱し、心理的均衡を維持し、精神的ストレスを軽減し、心理的・行動的過剰反応を避けます。(自立不能高齢者については、とりわけ監視、世話に留意すべきで、不意の事故の発生を防ぎます。(怪我や病気につながる危険要素またはハザードソースを回避します。例えば、過度の飲酒を回避し、過度の肥満を避けて、障害に至らしめる可能性のある生物的、物理的、化学的、機械的なハザードソースを制御・管理します。二級予防、「三早予防」とも呼ばれます。すでに発生した怪我・病気の早期発見・早期診断・早期治療によって、障害を未然に防ぐことを指します。定期的に健康検査とよく見られる病気の早期スクリーニングを行い、早期介入するために、関連疾患の早期発見を図ります。(危険要素を制御し、不良なライフスタイルを変えます。例えば、タバコと酒をやめて、体重、血圧、血液中脂質を制御し、ストレスを軽減し、必要な栄養成分を補充します。(早期に医療介入とリハビリ治療を行います。例えば、心理的カウンセリング、抗結核治療、白内障手術、体位介護などによって、障害発生率を低下させることができます。三級予防。障害が完全なものに転化することを防ぐことを指します。措置としては、運動療法、作業療法、心理療法、言語療法などリハビリ治療及び義肢、支持具、補助器、車いす及び教育リハビリ、職業リハビリ、社会リハビリと社会教育があります。

(二) よく見られる疾患のリハビリ

1. 片麻痺のリハビリケア

片麻痺は、半身不随とも呼ばれ、片方の上・下肢、顔面筋と舌筋下部の運動障害を指します。

第四部分中高年

脳部疾患、例えば、脳出血、脳梗塞、脳血栓症によって形成された脳の外傷、脳腫瘍などによるものです。患者には、運動、感覚、言語、知能、感情などの異なる程度の機能障害が現れ、運動に関して、片麻痺の歩容が形成されます。

(1) 片麻痺のリハビリ訓練

- 1) 肩関節：肩関節の筋肉の力を抜いて、肩を震わせ前へ伸ばします。(上肢を 90 度上げて、上肢を 90 度両側に伸ばします。(上肢を上へ上げて、肩関節から反対側の寛骨関節に持っていきます。(反対側の肩関節に手を伸ばします。
- 2) 肘関節。肘関節を肩の平面に持ち上げて、前腕を肘関節を回して 90 度動かします。(手のひらを上に向けて肘関節を曲げます。
- 3) 手関節。手首を外へ回転させ、内側へ回転させます。(手のひらを前腕に垂直させて円運動をさせます。
- 4) 指関節。4 本の指を共に曲げたり伸ばしたりします。それぞれの指を逐一屈伸させます。(それぞれの手指を伸ばします。(最後に、関節を震わせ、上肢をリラックスさせます。
- 5) 寛骨関節。脚を上げて、寛骨をもみ、寛骨を前に伸ばし、震わせ、下肢を叩きます。(膝関節を曲げて、脚を上げて、円を描きます。小範囲で寛骨関節を動かします。
- 6) 膝関節。膝関節を曲げたり伸ばしたりします。(膝を屈して、足裏を地面につかせ、直線にそって伸ばします。(かかとが地面について、もう 1 本の足を超えるようにします。(足裏が地面について、もう 1 本の足を超えるようにします。(膝関節を互いに近づけ、膝を屈して、縮めて、外側に向かって回転させます。
- 7) 足関節。膝関節を完全に屈し、足裏を地面につかせます。膝関節をつま先に向かって押します。(下肢を真っ直ぐに伸ばして、足の裏を身体の方に押し進めます。
- 8) 筋力訓練。大臀筋をトレーニングします。両手の 10 本の指を交差させ、上肢を前に伸ばし、両足の膝を屈してしっかり閉じて、双橋式訓練を行います。(端座位。肩関節を動かします。(肘関節を水平面に伸ばします。(疾患側上肢の指を伸ばして身体を支え、上肢の筋力を鍛えます。

(2) 家庭リハビリ訓練の注意事項

片麻痺患者のリハビリ訓練は早期に、漸進的に、継続的に実施すべきです。グリップリングの使用を提唱しません。

- 1) リハビリ訓練の期間は早ければ早いほど良いです。病状が安定し、生命的・身体的徴候が安定していれば、訓練を開始できます。
- 2) 運動量が多すぎはいけません。訓練の強さは次第に増加し、患者に適応する過程を与え、訓練後、脈拍数が 120 回/分を超えません。または一晩休んだあと、疲労が感じられません。
- 3) 日常生活にあわせて訓練をし、患者が自分でことをするように励まします。
- 4) 自然のままにやります。
- 5) 日常ケアを心がけます。例えば、時間通りに薬を服用し、規律正しく生活し、合理的な飲食をします。
- 6) 訓練の中で他の疾患、例えば風邪などがあつたら、訓練を中止します。
- 7) 運動後、直ちに温水浴をしてはなりません。
- 8) 訓練の頻度は、少なくとも週に 2~3 回とし、最後の段階で 1 日 1~2 回、毎回約 30 分間とします。
- 9) ゆったりした服を着ます。

2. 骨粗しょう症のリハビリケア

骨粗しょう症は一旦発生すると、現在、その発症前の状態に回復する特に効果的な方法はまだありません。そのため、骨粗しょう症の発生の予防が肝心です。合理的に飲食を調整し、カルシウム、タンパク質の摂取を増加します。積極的にアウトドア活動に参加し、よく日にあたり、ビタミンの合成を促進します。なるべく早く適宜なリハビリ運動療法を実施します。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

活動の強さや注意事項などを把握します。薬物療法の投与量、服用の方法及び不良反応などを把握します。

骨粗しょう症のリハビリケアとしては、以下があげられます。

(1) カルシウム補充

カルシウムは骨格、歯を構成する最も主要な成分です。人体のカルシウムの十分な供給を確保することは、骨量累計率を増やし、青年期の理想的な骨ピーク値水準を維持し、成年期の骨量減少率を軽減し、骨粗しょう症を予防する上でとても重要です。

1) 飲食

合理的な栄養に留意し、食事中的カルシウム、タンパク質、ビタミンの適正な摂取量を確保します。カルシウム含有量が豊富な食物、例えば、乳類及びその製品、魚・エビ類、豆類及びその製品、卵類、新鮮な赤身の肉類、黄色・赤色・緑色野菜などを選びます。(カルシウム吸収を攪乱する食事要素を解消・回避します。例えば、穀類に含まれるフィチン酸、一部野菜に含まれるシュウ酸は、カルシウムと結合し不溶性カルシウム塩となり、カルシウムの吸収と利用に影響します。研究によると、大豆イソフラボン是一種の植物エストロゲンで、骨粗しょう症と女性閉経周辺期症候群の予防に顕著な作用があります。

2) カルシウム製剤

通常健康成年者は、1日のカルシウム需要量が800~100mgで、閉経後の女性の需要量はさらに多くなります。カルシウムの摂取量は、飲食から十分獲得できない場合、カルシウム製剤を服用するのが、カルシウムを獲得する効果的なルートとなります。実験によって証明されたように、カルシウム補充療法によって、高齢女性の骨密度は1%~3%増加し、ひいては骨折率は10%減少しました。カルシウム製剤の種類は多く、自立不能高齢者は、自分の病状、経済など状況に応じて選択できます。

(2) ビタミンD

ビタミンDは、カルシウムの能動的吸収と受動的吸収を促進し、尿中カルシウムの排泄を減少できます。それ故、カルシウム製剤と合わせて使用する効果は優れています。一般的な健康成年者のビタミンDの1日必要量は200~400IUですが、骨質疏松症を予防するための必要量はさらに高くなります。米骨粗しょう症基金会の提案によると、ビタミンD欠乏者は1日に400~600IUのビタミンDの摂取を確保すべきです。ビタミンD含有の食物は多くはなく、サーディン、ヒラメなど海水魚の肝臓の中の含有量が最も豊富です。他の家畜・家禽の肝臓、卵黄、クリーム含有量も相対的に多く、乳類、赤身の肉及び野菜・果物の含有量は低いです。タラ肝油中のビタミンDの含有量は極めて高く、骨粗しょう症の患者ビタミンD補充剤として使えます。さらに25(OH)V~D₃、1,25(OH)2V~D製剤でビタミンD不足を補充しても良いです。なお、よく屋外活動または日光浴をすることは、身体がビタミンDを獲得・合成する重要なソースです。

(3) 運動

運動は、骨発育に対する重要性が一般に認められています。よく運動する人は、あまり運動しない人とくらべて、骨代謝が旺盛で、骨の鉍物含有量が多く、骨密度が高いです。

5

第四部分中高年

運動療法は、骨粗しょう症患者のリハビリにとって、必要不可欠で効果的な措置です。可能なら、自立不能高齢者でも、自分の状況に応じて運動すべきです。これによって、骨粗しょう症患者の性ホルモンの分泌が促進され、骨皮質の血液流量が改善され、カルシウム吸収が促進され、骨量の継続的な減少が阻止され、患者の心理状況と身体機能が改善・強化されます。運動療法には、多くの形があり、自立不能高齢者自身の状況に応じて選択できます。例えば、歩行、グリップ訓練など。一般的に、1週に3～5日実施するのが望ましいです。継続的に鍛え、また、身体の状態に応じて、適時運動の種類と運動の量を調整するように心がけます。

3. 原発性高血圧のリハビリケア

(1) 生活を合理的に手配し、労働と休息のバランスを図ります。継続的に運動し、例えば、医療歩行、太極拳、降圧体操などをします。

(2) 不良な生活習慣を変えます。例えば、低塩食事をします。1日あたりの摂取量は、5g以下に抑えます。(肥満のお年寄りは、体重を基準体重の10%前後の範囲内に抑えます。低カロリー低脂質の食事をします。

(3) タバコをやめます。血管内皮細胞の正常機能を保護するのに有利です。

(4) 時間通りに薬を服用し、血圧及び病状の変化に応じて薬の使用を調整します。

(5) 定期的に再度検査を受けます。心臓、脳、腎臓の機能状況に留意します。併発症のある患者については、併発症の要求に沿って、目的を明確にしたケア指導をし、定期的に病院で再度検査を受けさせます。

4. 嚥下機能障害のリハビリケア

摂食・嚥下機能障害は、脳卒中及び脳外傷の患者によく見られる併発症です。両側の大腦半球及び脳乾の損傷後発生したもので、偽性球麻痺と真性球麻痺の2種に分けられます。異なる部位の嚥下困難が発生することがあります。嚥下障害は、摂食及び栄養の吸収に影響し、さらに食物誤吸入によって、吸入性肺炎を引き起こし、深刻な場合、命の危険があります。嚥下機能についてのリハビリ訓練は、神経原性嚥下障害を改善するための必要な措置です。早期に嚥下機能訓練を実施することで、嚥下筋群の失行性萎縮を防ぎ、舌と咀嚼筋の運動を強化し、嚥下反射の軽快さを高め、摂食と嚥下能力を改善し、吸入性肺炎、窒息、脱水、栄養不良など併発症の発生を減少し、同時に、自立不能高齢者の自己生存の能力を強めることができます。

嚥下障害訓練の介入時期は、嚥下障害者の状況に基づいて決めます。患者の意識がはっきりしていて、生命・身体的徴候が安定し、重度の心肺合併症がなく、呼吸が安定していて、痰が多くなく、発熱がなく、血圧が安定していて、悪心、嘔吐、下痢などがなく、口を開ける、舌を上げるといった指示に従えれば、リハビリ訓練を実施することができます。(病状が深刻な場合、病状が安定した後、リハビリ訓練を開始します。

嚥下障害の訓練方法としては、以下の項目が含まれます。①口・顔面運動訓練。②舌運動訓練。③咀嚼筋機能改善。下顎運動訓練。④軟口蓋機能訓練。⑤呼吸運動訓練。頭と首のリラックス訓練。⑥患者が誤嚥した物を排出する能力を強化し、声門の閉鎖機能を促進するための訓練。

(1) 嚥下体操

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

1) 深呼吸して手を腹部にぴったり当ててゆっくり吸気しながら、腹部を大きく膨らませます。そして、腹を絞りながらゆっくり呼気します。2～3回繰り返します。

2) 口腔運動

①口を開ける・閉じる運動。口を大きく開けて「あー」と声を出してからぱっと口を閉じます。

②唇を両側に伸ばす運動と唇をすぼめる運動。まず力を入れて唇を両側に伸ばして「いー」と声を出します。(そして唇を縮め、「うー」声を出します。

③頬を膨らませます。両頬を大きく膨らませ、口を尖らしながら両頬の肉を吸います。

3) 舌部運動

①舌を前に伸ばして、なるべく舌の先で喉の後部をやや早いペースで舐めて、上記動作を4～5回繰り返します。

②舌の前後回転をし、舌の先で口の右側と左側をやや速いペースで舐めて、上記動作を左右に4～5回繰り返します。

③舌の先を上歯の裏側にくっつけて、上歯を押して、そして舌の先で下歯を押します。4～5回繰り返します。

④舌の先を唇の裏側で前後に回転させます。

4) 頭部運動

①頭部を前と後へ傾ける運動をします。まず頭部を前に傾け、そして後へ反らします。4～5回繰り返します。

②頭部を左右に振る運動をします。まずゆっくりと右側に傾けて、元に戻します。そして左側に傾けて元に戻します。4～5回繰り返します。

③頬を左右に回転させる運動。まずゆっくり右側に回転させ元に戻します。そして左側に回転させて元に戻します。4～5回繰り返します。

④最後、ゆっくりと頭部を一周回します。まず右から回転させ、そして左から回転させます。2～3回繰り返します。

5) 肩部運動

①ゆっくりと肩を上げて、そのまま1～2秒間維持して、素早くおろします。4～5回繰り返します。

②胸の前に拳を握り、左手と右手の拳を互いに押し合っ、そして左右の肘を後に伸ばします。4～5回繰り返します。

(2) 健康百歳咀嚼操

咀嚼能力と嚥下能力を強化する体操です。椅子に座って口腔周辺と舌を動かすだけで完成できます。そのメリットは、唾液の分泌を増加させ、より良く口腔内の清潔さを保ち、咀嚼と嚥下の動作も楽にすることです。また、口腔周辺の筋力も増強し、食べながら食物をこぼすことや、噎せ、咳の現象も改善されます。

5. 廃用症候群のリハビリケア

廃用症候群とは、患者が長期的な臥床、活動がないことまたは活動量の不足及び各種の刺激の減少、全身または局所的の生理機能の低下によって、関節の拘縮、肺部の感染、褥瘡、深部静脈血栓症、便秘、筋萎縮、肺機能低下ひいては知力減退などの症状が現れることを指します。

第四部分中高年

効果的な介護措置としては、暗示法で患者自身の生活能力を訓練する方法が挙げられます。

長期臥床によって誘発される複数種の奇形の予防を強化します。

(1) 下垂足奇形を予防します。

支え台で下垂足を予防し、サンドバッグなどで足部の圧迫を防ぎ、足関節の機能位置を維持します。毎日何回も足関節と足の甲、趾のマッサージをし、下垂足奇形を予防します。

(2) 膝奇形を予防します。

毎日何回も脛の下に置かれている枕をとって、当該関節の屈伸活動をし、この関節の屈曲・拘縮奇形を防ぎます。

(3) 寛骨奇形を予防します。

硬質のマットレスで寝て、寛骨を伸ばす運動をし、寛骨奇形を予防します。

(4) 肩奇形を予防します。

1) 患者が仰臥する時、両腕を胴体の位置から離して、肩関節の内側へのすぼまりを防ぎます。

2) 腕全体の下に枕を置いて、肩関節が後へ伸びることを防ぎます。

3) 病状が許すなら、患者が自ら髪の毛を梳き、背中ボタンを止めて、ベッドサイドの手すりに掴まってベッドサイドに向かって体を動かすように指導・協力し、腕と肩の外転、外側に伸びることを促進し、したがって、肩の内側へのすぼまり奇形を予防します。

廃用症候群の介護措置としては、以下が挙げられます。

(1) 患者や家庭介護者に機能トレーニングの重要性を説明します。

(2) 機能訓練

(3) 心理介護、例えば、よく患者と交流し、既存の肢体機能に対する自信を最大限に回復させます。

健康相談

自立不能高齢者の健康相談は、主として高齢者をどのように介護するかをめぐって実施し、効果的な健康相談を通じて、家庭介護者が具体的な問題について介護能力を向上させ、介護に関する知識を増やすように支援し、これによって自立不能高齢者の生活水準を高めます。

1. 自立不能高齢者健康相談の特徴

相談は、目的が明確な技術情報を提供することによって、疑問と誤解を解消し、専門的な指導の作用を発揮します。そのため、相談サービスを提供する時、その具体的な状況に応じてカスタマイズした指導を提供するように心がけたいものです。相談を提供する時、サービス提供者は、わかりやすい言葉遣いを活用し、家庭介護者に理解させ、受け入れさせるべきです。相談サービスは、サービス対象のプライバシーを保護すべきです。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

2. 自立不能高齢者相談の主な内容

主として家庭介護者が自立不能高齢者の世話をする際に留意すべき主な問題について検討します。自立不能高齢者の日常生活、身体的健康、精神的健康など様々な面にかかわるため、相談範囲は広がります。より重要なのは、高齢者グループの様々な訴求を満たし、自立不能高齢者の具体的な状況に応じてカスタマイズした相談を提供できることです。

Q&A

1. よく入浴することで、高齢者の皮膚の痒みが止められますか？

いいえ。かえって頻繁すぎる入浴をやめるべきです。入浴時、アルカリ性石鹸は使わないで、適切にスキンケア用品を使います。また、純ウールの服を直接皮膚に接触させないようにします。さらに病因に応じて、医師に協力して治療を受けて、対症処理してもらいます。低濃度ステロイドクリームで皮膚をこすります。(抗ヒスタミン類薬剤及び温和な鎮静剤を使うと、痒みを軽減できます。(手でかいたりこすったり、熱湯で流したりなどの方法で痒み止めはしないで、皮膚の続発性損傷を防ぎます。(タバコ、酒、濃い茶、辛い食物をやめます。高齢者の心理介護を手伝い、注意をそらします。痒みによる焦燥感、怒りなど不良感情を解消します。

2. 長い間臥床する高齢者の皮膚を清潔にするにはどうすればよいですか？

長い間臥床する高齢者は、身体が弱く、皮膚の血液供給が悪く、圧迫される部位に皮膚の破損が発生しやすく、褥瘡が形成されやすいです。特に夏になり、汗が多い時、定期的には高齢者にスポンジバスをして、皮膚の衛生を保ち、皮膚感染と皮膚病の発生を防ぎます。このような高齢者については、主として外傷部のスポンジバスをします。スポンジバスの具体的な段取りと注意事項は以下のとおりです。

(1) ドア・窓を閉めて室温を 26℃前後にし、高齢者に大便・小便をさせ、乾燥したバスタオルを洗おうとする対象部位の下に敷き、洗面器をベッドの側において、タオルをお湯(ちょうどいい湯加減にする)に浸し、そして(水滴が落ちない程度に)絞ります。まず、タオルで顔、首及び耳の後ろの部分のを洗います。

(2) 高齢者の上着を脱ぎます。患者は、肢体に病気がある場合、まず健全側、次に疾患側といった順に脱ぎます。着るときは反対の順に着ます。上肢、胸部、腹部、背中といった順に清拭し、清潔な上着を着させます。

(3) スポンを脱がせ、専用タオルで会陰部を清拭し、お湯を交換して下半身を清拭した後、清潔なスポンをはかせます。バスタオルをベッドの端部に置き、洗面器の中に温水を入れ、患者の両膝を屈させ、まず片方の足を洗面器内に入れて、きれいに洗って拭き乾かしてからもう 1 本の足に替わります。

(4) 清拭中、皮膚の璧をきれいに拭くように気をつけるべきです。動作を柔らかく、素早くし、随時患者に布団をかけて風邪を防ぎます。

3. 高齢者の便秘についてはどう介護すればよいでしょうか？

排便が困難で、間隔が 2~3 日以上、糞便が乾いていて硬くなる高齢者の介護については、次の点に留意すべきです。

(1) 食事の構造を調整し、毎日の飲水量が 1200ml 以上になるよう確保します。セルロースが豊富に含有される食品、例えば、野菜・果物を食べさせます。

第四部分中高年

(2) 静止するばかりのライフスタイルを変えて、毎日、適度の運動をします。

(3) 高齢者が腹部の自己マッサージをするように指導します。両手を腹の上に重ね、時計回りにへそを回ってマッサージを5分間し、そして反時計回りに5分間マッサージをします。毎日朝晩それぞれ1回やります。

(4) 開塞露を使って便通をよくしたり、浣腸して便通を良くしたりし、または人工的に糞便を取り出す方法を使います。高齢者は、排尿後、出来る限り左側臥位をとって、開塞露の開口部または浣腸管を肛門に入れて、開塞露または浣腸液を絞り出します。背臥位を5分間維持してから排便します。人工的に糞便を取り出す時、プラスチック手袋をつけて、肛門周りに潤滑液または石鹼液を塗り、手で軽く大便を取り出した後、温水で座浴させます。

(5) 飲食と行動の調整が無効な便秘については、適時診療を受けるべきです。

4. 大便失禁の高齢者をどう介護すればよいですか？

(1) 良好な排便習慣をつけ直して、固定時間に排便します。

(2) 飲食を調整し、セルロース、ペクチンが豊富な食物の摂取を制限し、ガスを発生させる食物、例えば、セロリ、バナナ、大根、ダイズなどを避けます。

(3) 肛門周りにこの局所的介護を強化し、皮膚の完全無傷を確保します。

(4) 医師の指導の下で、止瀉剤を応用します。

(5) 鍼灸療法とバイオフィードバック療法を採用します。

(6) 骨盤底筋の鍛錬を強化します。例えば、肛門を収縮させる動作をします。

5. 尿失禁の高齢者をどのように介護すればよいですか？

(1) 骨盤底筋の訓練、膀胱行動療法、排尿指示法と間欠的カテーテル法など行動療法を実施します。例えば、毎日、肛門を収縮させる動作、陰部の筋肉を収縮させる訓練をし、膀胱運動訓練計画を立てます。

(2) カテーテル留置の高齢者については、2～4時間ごとに1回放尿させるように留意します。夜間は6時間ごとに1回でも良いです。放尿後、弁を閉じます。尿バッグは通常、ベッド際や高齢者のベルトに固定され、引っ張ってはいけません。

(3) 皮膚の清潔さ、衛生を保ちます。男性患者なら導尿カバーで、女性患者なら搾乳器で、ドレナージをすることができます。紙おむつ及びルーチンなトイレ動作時刻表をつかって高齢者の排尿制御を再構築します。

(4) 積極的に誘発要素を解消し、非手術治療で失敗した者は早期に手術治療を受けます。早期に診療を受けさせ、また、医師の指示に従って、高齢者の物理または薬物療法に協力します。

6. 高齢者の日用品をどう清掃・消毒しますか？

高齢者が使用する日常用品や、食器、車いす、杖など用具の清掃と消毒は、高齢者の健康に直接関わっているため、とりわけ気をつけるべきです。主な方法としては、以下の5つが挙げられます。

(1) 洗浄法。洗剤、石鹼及びクレンザーで洗って、清水できれいに洗います。食器などのものの洗浄に使えます。

(2) 日照法。太陽光には紫外線が含まれます。3～6時間照射すると、消毒の目的が達成できます。布団や衣服の消毒に適しています。

(3) 沸騰法。沸騰した湯は細菌のタンパク質を早く凝固・変性させ、15～20分間経つと、100℃の高温は一般的な病原菌を滅殺することができます。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

消毒の時間は、お湯が沸いてから計算し、物を丸ごとお湯に浸さなければなりません。条件が許せば、家庭用圧力釜で消毒することができます。制御弁から蒸気が出る時点から起算して、20 分間消毒すれば、あらゆる病原微生物を滅殺できます。湿気、高温に耐えられる物の消毒に適しています。

(4) 浸漬法。物を 2%のライゾールまたは 70%アルコールの中に 30 分間浸します。食器など、水に浸しても良い日用品の消毒に適用されます。

(5) 拭取り法。1%～3%のさらし粉上清液（さらし粉が沈殿した後の上の清水）で拭くことで、細菌は体内のエンザイムが活性を失うため死亡します。衛生陶器など、防腐・耐水の物の表面消毒に適しています。

また、高齢者と接触した後、食前や排便後に石鹼で手を洗います。(高齢者のお椀、お箸、茶碗、用具などは専用のもとし、単独で洗浄、消毒した後、別々に保存します。

7. 高齢者は睡眠時、電気毛布が使えますか？

冬になると、高齢者は睡眠時に電気毛布を使う傾向にあります。特に南方では、室内に暖房がないため、電気毛布が暖かくて快適であるものと考えられています。ただし、不適切な使用によって、一部の疾患が悪化し、またはある病気が発生することがあります。

(1) 炎症の拡散を促進します。体表に感染のある高齢者は、電気毛布を使うと、体温が上昇し、細菌が増殖する機会を作り出し、炎症が拡散して、長いこと治癒しません。

(2) 不眠の症状が深刻化します。神経衰弱や不眠を患っている人は、電気毛布を使うと、体表温度が上昇し、焦燥感を感じて、更に眠れなくなります。

(3) 風邪をひきやすくなります。電気毛布の温度上昇によって、人体が発汗して、起床時には注意しないと風邪をひくことがあります。

(4) 脳血栓が形成されやすくなります。電気毛布は、人体内の水分を減少し、血液の粘着度を増加し、血流を遅くします。これが、脳血栓症を形成する重要な要素です。

(5) 心筋梗塞が引き起こされます。冠状動脈性心臓病を患う人は、電気毛布を使うと、体内水分の消費によって便秘が発生します。力を入れて排便すると、心筋梗塞または中風が発生することがあります。

要するに、以上の状況のある高齢者は、電気毛布は使わないほうが良いでしょう。上記の状況のない高齢者でも、電気毛布を使う時、眠った後、電源を切るべきです。

8. 固定用ベルトを使う時に留意すべき点は？

人道的なサービス意識が絶えず高まるに伴って、国内外の多くの高齢者施設では、「拘束を取り除く」というスローガンが掲げられています。そのため、拘束のための措置は、なるべく回避するものです。しかし、譫妄、騒動など意識不明の高齢者がベッドから転落し、ぶつかってけがをするなど、不意のけがを防ぐために、高齢者の尊厳を尊重する前提で、必要な保護措置によってその安全を確保すべきです。拘束用具を使う時、次の原則に従うべきです。

(1) 拘束用具を使う前に、高齢者の家族に明確に説明し、高齢者または家族の同意を得ます。使っても使わなくても良い状況なら、なるべく使わないようにします。

第四部分中老年

(2) 家庭環境や家具で自然に高齢者を拘束することができます。

(3) 保護的な動作制限措置は、短時間にのみ使用できます。使用時には、高齢者の臥位が快適で、よく体位を変えるように心がけます。

(4) 固定用ベルトを使う時、クッションを置き、いい具合に締めて、定時的に緩めて、定時的に局所的皮膚、血液循環の状況を観察して、局所的にマッサージをして、血液循環を促進します。

(5) 拘束の時には、高齢者の肢体が機能位置にあるように維持することに気をつけるべきです。

参考文献

-強利、高齢者によく見られる病気の家庭看護マニュアル、北京京華出版社 559

-朱鳳蓮 王紅、高齢者介護員就職マニュアル、北京中国時代経済出版社 5

-張蘊 杜衛京、老年介護学、北京清華大学出版社 559

-于靖、リハビリケア、北京高等教育出版社 55

-史宝欣、高齢者ケアと家庭介護、重慶重慶出版社 559

-3.首都職工素質教育工程領導グループ弁公室、高齢者患者介護サービスマニュアル、北京高等教育出版社 55

-9. 寧玉真、脳卒中嚥下障害機能のリハビリ訓練、中国实用医刊 55

@3

-全国老齡弁公室新聞宣伝部、『全国の都市部と農村部における自立不能高齢者の状況研究』0 プレス発表稿-5

.TXXL,,[[[=1=ULR=MSb=1,V1^S,5TX>G

付録：高齢者の健康評価基準

(一) 高齢者の身体的健康の評価

1. 身体的健康の評価

生理機能と日常生活機能の2点について行い、健康歴、成長発育の評価、環境評価、健康診断と機能状態の評価を実施します。

2. 機能状態の評価

機能の完全状態は、高齢者の生活の質に大きく影響しています。老化と長期的慢性疾患の影響によって、高齢者の一部機能は喪失されます。高齢者の機能状態の評価としては、日常生活での活動能力、道具的日常生活動作、高度な日常生活動作などがあります。

3. 日常生活動作

個体自身の毎日の更衣、入浴、トイレ動作、歩行、大小便制御などを指します。

9

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻
個体機能の基礎状態が反映されています。

1) 日常生活動作スコア表 (ADL)

主として対象者の日常生活動作を評価するのに使います。このスコア表はわかりやすく使用しやすいです。評価には、採点法が使われ、点数の評価は4つのレベルに分かれます。

- ①自分で完全にやれる
- ②若干の困難がある
- ③助けを必要とする
- ④自分で全くできない

ADL スコア表には、計 14 項目があって、2 つの部分があります。一つは、身体的な生活自立性スコア表で、トイレ動作、摂食、更衣、整容、歩行と入浴といった計 6 項目あります。もう一つは、道具的日常生活動作スコア表で、電話、買い物、食事、家事、選択、交通機関の利用、薬の服用と経済的自立といった 8 項目があります。(表 4-5-1)

表 4-5-1 日常生活動作スコア表 (ADL)

項目	採点	項目	採点
公共交通機関の利用		整髪、歯磨きなど	
歩行	@洗濯		
料理	5	入浴	
家事		買い物	
薬の服用		定時的な排便	
3	食事	電話	
9	更衣	自分の金銭の処理	

注：表中、「1.」は自分で完全にやれる、「2.」は若干の困難がある、「3.」は助けを必要とする、「4.」は自分で全くできないになります。

評価結果は、総点数と個別項目の点数にわけて分析できます。総点数が 16 点以下の場合には完全に正常とし、16 点以上の場合には程度の異なる機能低下とし、最大 64 点になります。個別項目については、1 点は正常、2~4 点は機能低下とします。

2 項以上が≧3 点、もしくは総点数が≧22 点の場合、機能に顕著な障害があるとします。ADL は多くの要素に影響されます。年齢、視覚、聴覚または運動機能障害、身体疾患、落ち込みなど、いずれも日常生活機能に影響を及ぼします。ADL 結果の解析は慎重にすべきです。

2) Pfeffer 機能活動調査表 (FAQ)

その目的は、機能障害があまり深刻ではない高齢患者、即ち、早期または軽度の認知症患者をよりよく発見・評価することです。よくコミュニティ調査または外来業務で応用されます。採点は、0~2 級の 3 レベル採点法とします。「0」は何の困難もなく独立で遂行でき、他人の指導または助けを必要としないこと、「1」は若干困難があり、他人による指導または助けを必要とすること、「2」は、本人が遂行できず、完全にまたはほぼ完全に他人に代わりに遂行してもらうことをそれぞれ示します。

項目が適用されない場合、例えば、高齢者が当該活動には従事したことがない場合、「9」と記入し、総点数には入れません。FAQ スコアは、合わせて 10 質問からなります。表 (4-5-2)

表 4-5-2 Pfeffer 機能活動調査表 5.6

項目	採点
----	----

第四部分中高年

各種切符・書類を使用する（期限までに正しく） 5@

期限通りに各種料金を支払う（家賃、水道電気料金など） 5@

自分で買い物をする（服、食料及び家庭用品など） 5@

スキルのいるゲームまたは活動に参加する（チェス、麻雀、絵描き、撮影など）。5@

ストーブを使いこなす（ストーブに火をつける、火を消す）。5@

3 食事を用意し、調理する（ご飯、おかず、スープ） 5@

9 新鮮な物事に関心を持ち、それを知っている（国の出来事または隣人に起こった重要な出来事） 5@

一時間以上注意力を集中してテレビを見たり小説を読んだりラジオを聴いたりして、その内容を理解し、コメント・議論できる。 5@

@重要な約束を覚えている（退職金の受領、友人とのデート、子供の送り迎えなど） 5@

5 独自で外出して活動し、または親戚・友人を訪ねる（比較的遠い距離を指す。例えば、バス 3 駅分の距離）

5@

よく読んで、高齢者の状況に基づいて、高齢者活動能力が最も的確に反映される評価をしてください。1 問について 1 つの評価しか選びません。重複・漏れがないように注意してください。

総点数：FAQ は 2 つの統計指標があります。総点数 0～20 と単一項目 0～2 です。閾値：総点数 ≥ 5 、または 2 つ以上の単一機能の喪失（2 点）、または 1 つの機能の喪失と 2 つを超えた機能の欠損（1 点）とします。FAQ ≥ 5 は認知症ではありません。ただ、社会的機能に問題があり、このような損害が近くに起こったことなのかどうか、知力の減退か、それとも年齢、視覚障害、抑うつ、運動機能障害といった別の原因か、臨床で更なる確認が必要です。

3) 高度な日常生活活動の評価

高度な日常生活活動とは、娯楽、仕事、社会活動など、生活の質と関連する一部の活動です。個体の独立生活を維持するための活動が含まれません。高度な日常生活動作の欠如は、通常、日常生活活動と道具的日常生活動作の欠如より早期に現れます。一旦、高齢者に高度な日常生活動作の低下があると気づけば、日常生活動作と道具的日常生活動作の評価など、高齢者に対してさらなるの機能性評価をする必要があります。

（二）高齢者の精神的健康の評価

精神的健康は、高齢者の健康の重要な一環です。高齢期に入った後、定年退職、配偶者との死別、慢性疾患、身体機能の減退及び地位、経済状況の変化などが現れ、いずれも高齢者の精神的健康に影響し、高齢者がこれらの変化に適応する必要があります。適応できない場合、高齢者は、自尊心の低下、生活と自分への不満、不安、抑うつなど心理的問題が現れ、ひいては、加齢精神病になることがあります。とりわけ一部自立不能高齢者は、力が弱まり、ある程度さらにコンプレックスを感じます。そのため、高齢者、特に自立不能高齢者の精神的健康に注目する必要があります。

精神的健康の評価とは、多くの方法を使って得る情報で、個体のある心理現象について全面的でシステムチックな、掘り下げた客観的説明をします。精神的健康評価スコア表は、個体の精神的健康状況を評価するための心理測定方法の 1 種です。

@

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

主として次のいくつかの項目の評価があります。

1. 不安感の評価

環境の中でそろそろ直面する、危険と脅威をもたらす重大な出来事について、または大きな努力の要る状況の中で適応する時、心理的に緊張や、愉快ではない期待が現れます。このような感情が、不安感なのです。不安は、個体が脅威を感じる時の不愉快な感情状況で、緊張、不安、焦燥などの形で現れますが、具体的で明確な不安感の対象が言えません。高齢者は、定年退職、死別、慢性疾患などで、将来の生活を心配するため、しばしば不安感を表します。しばしば不安感の評価するために用いられるスコア表としては、ハミルトン不安評価尺度（HAMA）と不安状態特質アンケートがあります。

2. 抑うつの評価

抑うつは、身体生命機能の一種の抑制状態です。抑うつの顕著な特徴は、継続的な気分の落ち込みで、典型的症状は、不眠、悲哀、行動の制限、自責、性欲減退です。高齢者は、定年退職、死別、子女が成人後家を出ること、慢性疾患などのため、落ち込み、不眠などが現れます。常用する抑うつ評価スコア表としては、ハミルトン不安評価尺度 HAMA、90 症状チェックリスト（SCL 90）、Zung 抑うつ自己評価尺度などがあります。

3. 認知の評価

認知は、個体の思考能力を反映し、人々が物事を認識、理解、判断、推理する過程であり、個体の行為と言語によって表されます。認知機能は、高齢者にとって、独立で生活できるかどうか、及び生活の質に対して、重要な影響作用を果たしています。

(1) 認知状態の評価範囲と内容

認知状態の評価範囲と内容は、表 4-5-3 を参照してください。認知状態の評価をする場合、高齢者の視力または聴力状況を考慮する必要があります。視力不良または聴力欠損によって、評価の結果が影響されるためです。

表 認知状態の評価範囲と内容

評価範囲 評価内容

外見と行為 意識状態、姿勢、服装、格好など

言語 音量、速度、流暢性、理解力、復唱能力など

思考と知覚 判断力、思考内容、知覚

記憶力と注意力 短期記憶、長期記憶、新しい物事の学習能力、見当識

高度な認知機能 知識、計算能力、抽象的思考能力、構造能力など

(2) 高齢者に常用する認知状態評価スコア表

簡易知能状態検査（MMSE）と簡易知能質問アンケート（SPMSQ）があります。高齢者に認知機能の損傷があるかどうかにかかわらず、認知機能のスクリーニングは必要で、今後、認知機能の変化はないか比較するための基本情報とします。

1) 簡易知能状態検査 MMSE

5

第四部分中高年

このスコアには計 19 項目 30 問あり、内容は、時間の見当識、場所の見当識、言語の即刻記憶、注意力、計算能力、短期記憶、物品の命名、言語復唱、閲覧能力、言語理解、言語表現及び描画となります。回答または操作が正しければ「1」とし、全部正しければ 30 点になります。MMSE の総点数の範囲は 0～30 点です。テスト対象の教育レベルと関連しています。教育レベルによって、境界値を以下のように設けます。教育を受けていない非識字者は 17 点、教育年数 ≤ 6 年間の者は 20 点、教育年数 > 6 年間の者は 24 点とします。境界値より低い者は認知機能の欠損とします。

2) 簡易知能質問アンケート SPMSQ

スコア表は、計 10 問あります。内容は、見当識、短期記憶、長期記憶と注意力からなります。満点 5 点とし、間違えた項目数は 0～2 であれば認知機能が完全であるものとし、3～4 であれば軽度の認知機能損傷、5～7 であれば中等度の認知機能損傷、8～10 であれば深刻な認知機能損傷とします。評価に当たって、被評価者の教育背景を考慮する必要があります。SPMSQ は、見当識の検査に重みを置き、注意力と記憶力についての測定が少なく、高齢者の認知状態の変化の前後比較に適しています。

第四部分中高年 添付 1

リプロダクティブヘルスの宣伝・啓発

リプロダクティブヘルスは、健康教育の一環であり、計画生育系統では、リプロダクティブヘルスの宣伝・啓発の実施について一定の経験が積み重ねられてきました。『リプロダクティブヘルス相談士国家職業資格研修コース』（略して研修コース）の中のリプロダクティブヘルスの宣伝・啓発に関連する内容は、計画生育系統におけるリプロダクティブヘルス活動の実施の実情と結ぶ付けられ、本事業における家庭保健の実施について高い指導性を有します。そのため、「研修コース」の中の関連内容を少々修正した上で引用しました。事業対象地域のサービス提供・管理スタッフの方には、リプロダクティブヘルスの宣伝と啓発の一般原則と常用の方法、リプロダクティブヘルスに関する知識の普及方式、リプロダクティブヘルス宣伝品の選択と配給の方式を習得・理解することによって、末端コミュニティでのリプロダクティブヘルスの宣伝と啓発の障壁とリソースを利用して、リプロダクティブヘルス促進活動を実施して頂きたいと考えています。

一、リプロダクティブヘルスの宣伝と啓発の一般原則と常用の方法

（一）健康教育の基本特徴

1. 健康教育の中核は、健康に有益な行為とライフスタイルの提唱を通じて、健康に対する危険要素の軽減または解消、疾患の予防、健康促進と生活の質の向上といった目的を達成することです。
2. 健康教育研究の重点は、健康情報の発信と不良行為の是正に関する理論、法則と方法、及びコミュニティ健康教育の計画、組織、実施と評価に関する理論と実践です。
3. 健康教育活動は、計画、実施から評価までの完全な過程で、この過程の重点は、特定グループにおいて優先して解決すべき健康問題について、予想される健康教育目標と相応の教育対策・方法を提示し、活動実施の過程、効果と健康への影響などについて、科学的、客観的な評価を行います。
4. 健康教育の基本戦略は、情報発信、行動干与、コミュニティ組織です。健康教育は、教育活動であると同時に、社会活動でもあります。コミュニティの指導者、民衆と社会全体の各部門による参加は不可欠です。

（二）リプロダクティブヘルスの宣伝と啓発の目的と原則

リプロダクティブヘルスの宣伝と啓発の目的は、民衆に向かって健康の理念を宣伝し、人々のリプロダクティブヘルスに関する知識の水準を高め、人々が不適切な観念と行為を変えるよう促進し、健全で文明的なライフスタイルを形成することです。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

このため、リプロダクティブヘルスの宣伝と啓発の過程では、下記指導原則に従わなければなりません。

1. 事実に基づき、何事についても実際の状況を出発点とします。

異なる地域の、異なる状況と異なる対象に応じて別々に対応し、目的を明確化し、宣伝・教育活動の内容を民衆の事情、実際の状況および生活にはより合致したものとします。

2. 人間本位で、人間の全面的発展を中心とします。

人間本位の意識を強化します。民衆を単なる啓発対象とせず、人間の発展促進に立脚し、人を尊重し、思いやり、理解し、民衆が最も関心を持つ、民衆と利益と最も密接な関係がある問題の解決を宣伝啓発の出発点とします。

3. 品質意識を強め、宣伝方法の対象の明確性を重視します。

宣伝方法の対象の明確性、有効性を重視し、なるべく現地の民衆が親しみやすい形で実施します。平等の立場にたつて、理屈をはっきり説明し、根気よくわかりやすく行うような宣伝啓発を実施し、学ぶことと遊ぶことを結びつけて実施します。

4. 開放的で刷新的になり、時代についていきます。

経済と社会生活は多角化する傾向にあり、人々の心理状態、受け入れる能力、鑑賞水準、に大きな変化があります。人々の思想活動の多様性や、選択の差異性は著しく増えています。よって、私達もこれまでの消極的に叩き込む方法を捨て、面白さと知識、思想を一体化し、民衆に親しみやすい活動を実施し、新しいメディア手段を活用し、開放的な姿勢で、宣伝啓発の内容と形の刷新に力を入れて、時代感に溢れ、効果的で、対象が明確な形式、方法と手段を心をこめて創出すべきです。

(三) リプロダクティブヘルスの宣伝と啓発の段取りと常用の方法

効果的なリプロダクティブヘルスの宣伝と啓発には、個人、家庭、コミュニティと社会の各方面による共同参加が必要です。次には、宣伝啓発の段取りといくつかの常用される方法を紹介します。

1. 宣伝動員

リプロダクティブヘルス教育は、社会の各種グループに向けたもので、宣伝動員によって、共同参加を促す必要があります。具体的な動員方式として、村民大会、ラジオ、テレビ、訪問宣伝、チラシの配布など方式で行うことができます。

2. 需要の把握

一つ目は、コミュニティ相談会を確実に実施することです。目的によって異なる小規模会議を開催し、現地の経済、社会、文化、人口などの背景状況、及び人々のリプロダクティブヘルス衛生サービスと関連政策に対する見方、態度、観念、風俗習慣及び行為モチベーションなどを把握します。二つ目は、一定量の個人向け相談とインタビューを実施します。サービス対象の具体的な状況、家庭背景、どんな困難あるいは疑問にぶつかっているかについて、注意深く聞いて綿密に把握します。これらの個別ケース記録を分析してまとめて、当該コミュニティにおけるリプロダクティブ・ヘルスに関する宣伝啓発のさらなる実施のための根拠とします。

第四部分中高年

3. 適正な教育方式の採用

(1) グループディスカッション式

ある特定の目標グループから一定数の人員を選び出します。例えば、10名前後の、類似した背景と経験のある人を1つのグループとして、いくつかの議題を提示して、自由な議論をさせます。

(2) 一対一議論式

サービス対象と一種の調和のとれた関係を築き、サービス対象がリラックスして、なんの心配もなく、心を開いて相談者と自身の問題を議論できるようにします。

(3) 参加式

知識コンテスト、舞台芸術、講演などの形で、一般民衆でも壇上に上って自分の学習体験、行動の変化を発表し、健康関連のスキルを伝授します。これによって、より多くの民衆が参加することになります。

(4) 事例コメント式

物語や世間のことわざにあわせて事例をわかりやすく面白く語るのは、一般民衆が好む宣伝方式です。民衆が理解し受け入れやすく、また、草の根レベルの民衆の特徴にも合致しています。

(5) その他方式

講義、演説、手本・見学、ラジオ、テレビ、ビデオテープ、黒板新聞、壁新聞、画像、展示、宣伝画、標語、チラシなど。

二、リプロダクティブヘルスに関する知識の普及方式

(一) リプロダクティブヘルスに関する知識の普及方式の基本概念

リプロダクティブヘルスの宣伝と啓発は、本質上、健康知識の発信です。異なる目標グループに関わっています。方法は様々ですが、主体・客体の相互関係や、特徴によって、個人間発信、公衆発信などに分けられます。個人間発信は、対人コミュニケーションまたは自己発信とも呼ばれ、人と人との間で、直接対面して情報交流を行うことを指します。個体間の相互交流であり、情報共有のための最も基本的な発信形式と人間関係を築くため土台です。公衆発信とは、プロの情報発信機関とスタッフが、ラジオ、テレビ、映画、新聞、定期刊行物、書籍などマスメディアと特定の発信技術手段を通じて、広い範囲にわたる、人数の多い社会グループに対して情報を伝達する過程を指します。発信ルートを選ぶ際に、通常、次のいくつかの原則に従います。

1. 効果確保の原則。発信は、効果がなければなりません。効果にこだわらなければなりません。効果がなければ、発信活動は続きません。健康情報の発信は、効果を生まなければ、発信活動自体の意味がなくなります。効果確保の原則は、健康発信活動に従事する第一の原則であり、根本原則です。
2. 明確な対象の原則。主として当時の具体的な状況、具体的な対象に応じて発信ルートを選ぶことです。
3. 短時間の原則。情報を一番早いルートを通じて対象民衆に伝達します。
4. 正確性の原則。情報を正確に対象者に伝達します。

5. 経済性の原則。すなわち、経済的視点からどのような発信ルートとするか考慮します。

(二) 個人間発信

個人間発信は、社会的に情報を伝達する行為で、個人間、集団間及び個人と集団間でニュース、事実、意見を交換・伝達する情報プロセスです。往々にして、個体化した情報を中心とします。個人間発信の過程において、発信者でも、受信者でも、言語、ボディランゲージ、感情など多くの感覚器で情報を伝達・受領します。そのため、心身全体の発信であり、感情的情報の交流が重要な地位を占めています。タイムリーなフィードバックは、個人間発信のもう一つの特徴です。発信者は、受信者が情報を理解・受け入れる程度を適時把握し、従って受信者の需要と特徴に応じて、適時発信の策略、交流の方式及び内容を調整します。その発信過程は、顕著な双方向性があります。

1. 常用される個人間発信の方式

個人間発信は、末端の農村とコミュニティでは、多くの場合、家庭訪問、宣伝啓発、婚前教育講座、研修会など方式で実施されます。以下、いくつかの事例を通じて説明します。

(1) 家庭訪問

農村とコミュニティにおける計画生育と婦幼保健で多く使われる一種の宣伝啓発方法です。その特徴は、対面型交流で、対象が明確で、感情移入しやすく、良好な効果を収めやすいことです。

(2) 宣伝啓発活動

各種の祭日、記念日に実施します。例えば、世界人口デー、世界エイズデー、男性健康デー、国際障害者デーなど。都市の広場や、人が集中する交差点で行います。このような相談、宣伝は、主題が明確で、宣伝的な雰囲気が高く、深い印象をつけることを目的としています。農村では、市場など、民衆が集まる農村部のマーケットで実施します。流動人口の相談・宣伝は通常、週末に工場の休みの時に実施します。これらの相談・宣伝の主題は、人口の情勢の宣伝や、人口政策の相談、コンドームの普及、エイズの予防、ヨウ素強化塩の普及によるヨウ素欠乏症の予防、葉酸など栄養素の普及による神経管欠損の予防、先天異常の予防、男性のリプロダクティブヘルスへの注意を喚起するための宣伝などです。このような活動では、宣伝の効果を突出させ、現場を、標語や、カラーポスター、展示用パネル、風船、広告などで飾ります。

(3) 身体検査にあわせた教育講座

ここ数年、衛生・計画生育部門によって実施された生殖路感染介入事業、それに合わせて実施した定期的な妊娠状況検査、出産年齢の女性向けのよく見られる婦人科疾患の無料検査、女性リプロダクティブヘルス教育による行動干与は、生殖路感染介入事業の重要な一環であり、リプロダクティブヘルス知識の個人間発信の一種の効果的な方式でもあります。例えばある地域では、女性の病気の一般的調査を実施したところ、現地の女性の真菌性膣炎の有病率がやや高く、その不良な衛生習慣と関連していると気づきました。医療・技術者スタッフは、相談、宣伝を通じて、不良な衛生習慣のデメリットを説明し、よくシャワーし、下着をまめに交換し、さらに下着を洗ってから日光に当てるように勧め、行動干与の目的を達成した。

第四部分中高齢

(4) 計画生育流動サービス車とあわせて講義をします。

計画生育流動サービス車は、リプロダクティブヘルスの宣伝と啓発の過程で、辺りな農村部の民衆に便利さをもたらしました。サービス車は、山村に検査と治療設備を持ってきて、さらに関連するリプロダクティブヘルス知識も一緒に持ってきます。多くの地域では、サービス車が村に来て女性の健康検査をしてくれると聞くと、列に並ぶ出産年齢の女性だけでなく、更年期を過ぎた高齢女性でも身体検査や講義を受けに来ます。

(5) 結婚・出産学校での講座

末端の農村部の人口（結婚・出産）学校は、健康教育を実施する重要な陣地です。人口（結婚・出産）学校を利用してリプロダクティブヘルス教育を実施することは、衛生計画生育部門が経常化・制度化した業務の一つです。現地政府で人口と計画生育を担当する指導者は、各レベルの人口（結婚・出産）学校の校長を努め、各レベルの人口（結婚・出産）学校は、それぞれの研修内容があり、責任分担が明確で、責任が着実に果たされています。郷・鎮・街道レベルの人口（結婚・出産）学校での新婚クラス教育は、最も正常に実施されている研修活動です。このレベルでの教育は、人口と国情教育、計画生育政策の宣伝に加えて、避妊知識の教育や、先天異常の一次介入などにも重みを置いています。

2. 個人間発信のスキル

(1) 会話のスキル

1) 内容を明確に。一回の会話では、一つの主題を巡ってやります。関連する内容が広すぎることを避けます。

2) 重点となる内容を突出させます。適宜繰り返して、対象の理解と記憶を強化します。

3) 適宜な話すスピード。会話の速度はちょうどいい具合にし、適宜間を置いて対象に思考・質問のチャンスを与えます。

4) フィードバックに注意します。会話中、対象の表情、動作など非言語表現形式を細かく観察し、対象の理解度を適時把握し、さらに適時調整をし、効果を確保します。

(2) 質問のスキル

1) 閉鎖的質問

閉鎖的質問の問題は、比較的に具体的で、相手が、「はい」か「いいえ」か、「いい」か「良くない」か、または「5年間」、「40歳」といった、簡潔で明快な言葉で回答できます。簡単な事実性資料の収集に適しています。

2) 開放的質問

開放的質問の問題はおおまかなもので、その目的は、相手に自分の感覚、認識、態度と考え方を言わせることです。相手の本当な状況を把握するのに向いています。

3) 探索的質問

探索的質問の問題は、「なぜ」といった、経緯や原因を追求するための問題です。これによって、相手のある問題、認識または行為が発生した原因を理解します。ある問題について掘り下げて理解しようとする場合に適しています。

(三) マスコミによる普及

新聞、雑誌、ラジオ、テレビ、ネットワークなど、いずれもどの家庭やどの個人でも必ず見たり聞いたりするものであり、影響する範囲が非常に広く、異なる職業、年齢、教育レベルの視聴者のニーズを満たせます。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

科学技術の発展及び交通、郵政、通信条件の改善によって、今日のマスメディアは最速で公衆に情報を伝達できるようになりました。しかし、公衆発信のプロセスは、大きな程度において単方向的なものです。その主導者は始終、発信者であり、受信者ははっきり把握されておらず、安定しておらず、直接的なフィードバックが獲得しがたいためです。そのため、組織者は、公衆のフィードバック意見を収集し、または調査を組織して、視聴者の要求、意見と提案を把握するように心がけるべきです。マスメディアは、テキスト（印刷）と電子（ウェブを含む）といった2つの種類に分けられています。

1. テキストメディア

(1) 標語

標語は、最も簡単で、最も人を奮い立たせられる宣伝ルートです。計画生育の標語は、広範な農村部、特に中・西部の農村で非常に重要な作用を果たしてきました。その内容と形式も絶えず改善されつつあります。標語に関しては、民衆が受け入れられる度合いを考慮し、内容を短く、明確で、ひと目でわかり、力強いものにします。「家に子供が多いと小康生活の質が下がる」「先天異常の介入は素晴らしい。いい子を生むように助けてくれる」「女の子の赤ちゃんを川に捨てたり虐待したりすることを厳しく禁ずる。法によって女性児童の権益を保護する」「出稼ぎするときはエイズ対策を！次の世代に害を及ぼすな」など、いずれも良い標語です。標語は、さらに、なるべく美しく心に響く言葉遣いをします。例えば、「美しい人生はリプロダクティブヘルスから」、「家は船、愛は帆、リプロダクティブヘルスはあなたの幸福の港湾」、「自然界では山と川が互いの姿を映し出しており、世の中では男性と女性がバランスよく生きている」などです。

(2) 宣伝欄

村務公開欄、計画生育宣伝欄と新聞閲覧欄、村（居民委員会）レベルによく設置される3種の欄であり、末端の農村部によく設置される宣伝の陣地です。宣伝欄は、専門スタッフが管理する必要があり、その内容は、適時更新しなければなりません。

(3) 人口・計画生育宣伝画

都市部と農村部の道路の両側に設置される一般的な宣伝形式です。公益広告看板、知識普及廊下、壁新聞、黒板新聞といった方式で、濃厚な宣伝の雰囲気形成し、さらに都市・農村部の美しい風景の一部にします。

(4) チラシ

リーフレットとも呼ばれ、主題が集中し、内容が単一で、文字が簡潔な印刷宣伝品です。通常、1個には1つの主題しかありません。例えば、「 Condom を使ってエイズを予防する」「ヨウ素の欠乏を予防し、ヨウ素強化塩を使ってください」など。通常、計画生育サービスステーションと婦幼保健院の外来に置いて、無料で提供しています。または活動を実施する時に公衆に無料で配布します。

(5) 小冊子

小冊子は、リプロダクティブヘルス知識のある部分を系統的に紹介でき、持ち歩いたり長期的に保存したりすることもできます。（小冊子は、民衆が直接閲覧しても良いし、医療スタッフが民衆にリプロダクティブヘルス関連の相談をする時に教材として使っても良いです。小冊子は、わかりやすくして、医学用語を少なく使うべきです。リーフレットより内容が深く、知識がより系統的で

第四部分中高年

(6) 健康処方箋

しばしば、計画生育手術後の注意事項の説明や、さらなる避妊の仕方の指導に使われます。これまでの口頭説明から、現在の文字による表現になると、手術対象がはっきり覚えていないために実施しないことを避ける事ができます。手術リハビリの効果に有利です。健康処方箋は、さらに、疾患介入の指導にも用いられ、健康教育の一種の良い形式です。

(7) 新聞

新聞は、公衆発信の重要な印刷媒体で、新聞の主な用途は、ニュースの発信であり、また、ニュースイベントの詳細な状況と掘り下げられた背景材料も提供できます。新聞を使って価値のある人口・計画生育ニュースを編集・発行することによって、読者は自由に選択でき、検索も容易になります。新聞に「リプロダクティブヘルスコラム」を開くことは、リプロダクティブヘルス知識の普及についてとても重要な意味があります。

(8) 雑誌

雑誌は、科学知識の普及のための重要な手段です。性とリプロダクティブヘルスに関連する雑誌は、わかりやすい形で計画生育の活動方針、政策と法規を宣伝し、性とリプロダクティブ・ヘルスの知識の宣伝・普及を実行し、対象者への影響が大きいです。

(9) 書籍

ある主題のために編纂された書籍は、リプロダクティブヘルスの一つの専門テーマの最も成熟した、最も基本的な知識を読者に紹介することができます。読者は、書籍に通じて、全面的にこの専門テーマの最新の知識を知ることができます。

2. 電子媒体

(1) ラジオ・テレビ

ラジオ・テレビは、印刷メディアと違って、言葉、文字、音声、映像と動画など、多種の情報手段を使って発信できます。いきいきと、直感的に、感情を込めて、真実にこの過程を発信し、現場の雰囲気そのまま伝え、人々に、自然で真実でいきいきした人物のイメージを提供します。ラジオ、テレビは、全国のほぼ隅々まで発信でき、あらゆるグループをカバーし、視聴者の教育レベルの制限もありません。

(2) ネットワークメディア発信（インターネット）

ネットワークメディア（インターネット）は、コンピュータ、音声・映像、通信技術を一体にし、コンピュータ、テレビ、テープレコーダー、テーププレーヤー、VCD プレーヤー、電話、ゲーム機、FAX 機、プリンター、電子メールなど媒体の性能を総合したものであると同時に、書籍、雑誌、新聞、ラジオ、テレビなどマスメディアのメリットの集大成です。ネット媒体は、印刷媒体の保存可能性と検索可能性に加え、電子媒体の新鮮さと迅速さがあり、更にネットならではの画像・文字閲覧性と画像・音声視聴性も持っています。インターネット経由の情報伝達と交流は、便利で迅速です。わが国のネットユーザーはすでに2億人を超えており、益々多くのリプロダクティブヘルス情報は、インターネットを通じて発信できるようになりました。益々多くのリプロダクティブヘルスの宣伝と啓発は、インターネットで実施できるようになりました。

@

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

三、リプロダクティブヘルスの宣伝と啓発の基本陣地と主な任務

(一) 人口（結婚・出産）学校

人口学校とは、県（区）郷（鎮街道）コミュニティの中で人口と計画生育活動の研修、宣伝、啓発を実施する場所で、結婚・出産学校とも呼ばれます。

1. 人口学校の教育形式

人口学校は、集中授業と開放的な生徒募集を組み合わせた教育形式を用い、教室での講義や各種の音声・映像設備、マルチメディアを使った集中教育をしても良いですし、適材適所で、黒板新聞、展示用パネル、資料回覧板（袋）を使って、村、居民委員会、企業・事業単位と団地などに赴いて、現場教育をしても良いです。

2. 人口学校の主な任務

(1) 人口国情教育、計画生育政策と法規教育

(2) 避妊受胎調節、優生学、リプロダクティブ・ヘルスなど一般的な科学知識の教育。

(3) 生理周期別の健康教育。即ち、思春期、婚前期（新婚期）、妊娠出産期、育児期、中高年と更年期の「5時期」のリプロダクティブヘルス知識の教育です。

(4) 性的安全、性的健康、性的調和などに関する知識教育

(5) 不妊症とよく見られる婦人科疾患、性感染症疾患対策の知識教育。

(二) 中小学校

1. 中小学校の主な任務

人口国情教育と性教育の2本の柱からなります。性教育としては、性的生理学、性的心理学、性的道徳教育の3つがあります。適正な教育を通じて、わが国の基本国情を理解し、自らが担う責任を知ると同時に、自分の生理的発育・変化を正しく認識します。学生が良好な心理的素質と道徳的修養を持ち、自らを尊重し、愛し、重視し、自立し、自己制御と自己保護能力を持ち、男子・女子生徒間の友情に正しく対処するように育成します。

2. 中小学校で性教育を実施するための要求

真摯に、積極的に、着実にパイロットを実施し、次第に展開していきます。中小学校自身の教師陣を動員し、それに頼るようにします。内容と要求については、適時・適度・適宜といった原則に従います。適時とは、中小学生の生理・心理的發展の特徴から、タイミングよく正面からの教育と誘導を行うことです。通常、小学の高学年から始まり、先入観を形成させます。適度とは、現地社会の環境、文化的雰囲気と生徒の年齢的特徴、生徒本人及びその家族の受け入れ能力に基づいて、必要で基本となる知識の講義をちょうど良い程度で実施することです。適宜とは、教育方法、教育態度が適宜であることで、親切かつ厳粛に生徒を思いやって、理解し、尊重します。

第四部分中高年

学生が喜んで教師に本音を言い、学校の教育を受けるようにします。電化教育、動画による教育の方式と独学の方式を奨励します。

(三) その他障地

1. 各レベルの党校、行政学院

一般的に言えば、これらの機関のいずれにも人口理論と計画生育国策の教育任務があるため、末端でリプロダクティブヘルス教育を実施する障地の一つになります。関連教師または積極性のある受講生を末端の人口学校で講義させ、専門講座や報告会とシンポジウムなどを開催することができます。

2. 計画生育技術サービスステーション

県郷計画生育技術サービスステーションは、現地の衛生・計画生育行政部門が管轄する末端計画生育総合サービス機関であり、宣伝・啓発、技術サービス、薬剤・用具の支給、情報相談など手段によってサービスを提供し、民衆のリプロダクティブヘルス状況を改善することができます。県・郷計画生育技術サービスステーションには、一定量のリプロダクティブ・ヘルス相談スタッフを配置し、リプロダクティブヘルスにかかる教育・相談活動をよく実施します。

3. 衛生系統関連機関

各レベルの病院、婦幼保健院と各レベルの疾患予防制御センター、皮膚病・性病対策所と健康教育所はいずれもリプロダクティブヘルス教育を実施する職能単位です。リプロダクティブヘルス相談士は、衛生系統に関連する各機関の協力と支援を求め、関連専門家の指導の下で、リプロダクティブヘルスの宣伝と啓発活動を着実に実施し、人口計画生育部門と衛生部門との協力を促進します。

四、リプロダクティブヘルス促進にかかるコミュニティモデルと総合介入プロジェクト

(一) リプロダクティブヘルス促進のためのコミュニティモデル

積極的にリプロダクティブヘルス促進のためのコミュニティモデルを模索しその健全化を図ることは、現在、衛生・計画生育の末端サービスチームの活動任務の一つであり、末端リプロダクティブヘルス相談スタッフの職責でもあります。コミュニティでのリプロダクティブヘルス促進モデルは、区、県、街道、農村、職場などの地域グループにも、工場、鉱山、組織、学校などの団体グループにも、婦幼保健系統、計画生育系統、教育系統など系統グループにも適用できます。グループによって、リプロダクティブヘルスの問題と解決方式も異なっています。現在、わが国のコミュニティ衛生サービスは、医療、予防、保健、リハビリ、健康教育、計画生育指導といった6大機能を有し、これらの特徴は、リプロダクティブヘルスサービスの目的と一致しています。

1. 政府が重視し、複数の部門が協力します。

政府が重視し、各部門が力を合わせて協力して初めてコミュニティのリプロダクティブヘルス促進活動と保健サービスが真の意味で徹底されます。政府は、社会全体を動員し、衛生、人口・計画生育、教育、民政、婦女連合会、共青团など部門及び街道、村民(住民)委員会、工場、学校など組織といった各関連部門を調整し、多様な形のリプロダクティブヘルス促進活動を実施します。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

(人口計画生育部門は、結婚・出産学校を通じて、関連の教育を実施します。(教育と科学技術部門は、文化講義と技能研修を実施します。(婦女連合会は、各種活動を実施し、女性の社会的地位と家庭的地位を向上させます。(医療保健部門は、各方面においてサービス対象に全面的な健康サービスを提供します。

2. 組織・管理を強化します。

コミュニティでリプロダクティブヘルス促進活動と保健サービスを実施するためには、一つの組織機関と一つの管理システムによって科学的な管理が実施されることが必要です。コミュニティの組織・管理の任務としては、要員配分、部門調整、資金配分、研修教育、計画実施、指導監督などが挙げられます。計画の組織・実施過程には、通常、コミュニティ動員、コミュニティ調査、計画策定、計画実施、効果評価などといった段階があります。

3. 衛生計画生育部門の作用を發揮します。

衛生計画生育部門は、その末端活動とサービスチームが比較的安定していて、活動の実行が着実で、さらに、計画生育がリプロダクティブヘルスケア活動自身ととても密接な関係にあるため、リプロダクティブヘルス促進活動と保健サービスの面でも、特にコミュニティ健康教育の面で重要な役割を果たし、重要な作用を發揮することができます。例えば、結婚・出産学校で、それぞれ思春期、新婚期、妊娠・出産期、育児期、更年期にある民衆にリプロダクティブヘルスにかかる教育と相談を提供し、避妊・受胎調節と先天異常予防教育を実施します。(在計画生育サービスステーションの相談室(内緒話のルーム、「セックスバー」)などで相談及び指導を行います。(妊娠状況モニタリングに合わせて、女性の病気の一般的調査・治療を実施し、女性生殖路感染、特に性感染症の予防と制御を重視します。家庭訪問似あわせて、避妊・受胎調節措置を徹底し、母乳育児を宣伝し、計画免疫の実施を督促します。(流動人口の中で、エイズ予防の宣伝・啓発などを実施します。

4. 女性、青少年と流動人口の参加を重視します。

女性がリプロダクティブヘルスケアに参加することは、コミュニティにおける衛生保健において非常に重要な作用があります。女性は、各種の女性向けの保健・衛生措置、性的衛生教育、計画生育の制御など、自分の健康に影響する行為の制御で主導的な作用を發揮するだけでなく、往々にして家族全員の飲食・衛生・生活習慣・子女教育・家庭保健に関する知識、行動と実践などについても主導的な作用を發揮しています。そのため、女性がリプロダクティブヘルス促進活動に参加するよう、大いに動員・啓発し、コミュニティと家庭健康の面で積極的な作用を果たすように促進します。

青少年は、社会が関心を寄せるグループです。思春期が、成長・発育の最も早い段階であるため、身体の変化にも心理の変化にも適応しきれず、思春期の衛生、恋愛、結婚などの問題は、往々にして青少年と親を戸惑わせます。適時かつ適度の性教育は、青少年にとってとても必要です。

わが国の省をまたぐ流動人口の数はすでに2億人を超えています。経済、生活と教育、医療条件の制限から、より多くのリプロダクティブヘルスにかかる問題に直面していると考えられます。例えば、性的安全と性的衛生の問題(性的抑圧、性感染症、エイズ予防、避妊措置の徹底など)、及び生活条件と生産条件によるリプロダクティブヘルス面の問題など、いずれも重視・解決すべきものです。

第四部分中高年

(二) リプロダクティブヘルス総合介入プロジェクト

政府の関連部門は、さらに、各種事業（プロジェクト、活動、課題）を組織することによって、リプロダクティブヘルスの総合介入を実施できます。このような介入は、主として宣伝・啓発と提唱を通じて、人々の思想、観念、理念と行動習慣を変え、これによって、対象疾患の発生率を低下させます。例えば、ヨウ素が欠乏する地域では、ヨウ素強化塩を使ってヨウ素の欠乏による知力または身体の発育障害を予防する、(妊娠前と妊娠早期に葉酸の栄養素を補充し、葉酸欠乏による神経管欠損を予防する、(コンドームの使用を普及させ、エイズの感染を抑える、女性に、下着をまめに交換・洗濯し、日光に当てて消毒することによって真菌性膣炎の発生を減らすように提唱する、(母乳育児によって、乳幼児の免疫力を高め、乳児の病気耐性を強化するように提唱する、(水道・便所の改造により、飲用水の衛生を改善し、乳児の下痢を減少する、などです。実践によって証明されたように、リプロダクティブヘルス介入プロジェクトは、立案・論証、介入目標の明確化、段階的な任務実行、および最後の評価・検収といった段取りがあるため、一般的な宣伝・啓発活動より良い効果を取めています。このような健康介入プロジェクトでは、末端の計画生育スタッフとリプロダクティブヘルス相談スタッフは、プロジェクト文書に基づきリプロダクティブヘルスの宣伝と啓発の組織に参加したり、相談と電話訪問を実施したり、宣伝品を配布したり、プロジェクト関連の民衆アンケートの配布と回収に参加したりなどして、重要な作用を発揮できます。

第四部分中高年

添付2

農村部で実施される生殖路感染介入事業のやり方と経験（プロジェクト総括の抜粋）

一、農村コミュニティの特徴に応じた介入モデルにより、「4つの結びつけ」を実施

1. 病気の検査・病気の治療と行動教育との結びつけ

計画生育にかかる「三つの検査と一つのサービス」（IUDの検査、妊娠の検査、病気の検査と婦人科のよく見られる病気の治療）と併せて、生殖道感染対策の知識を宣伝します。女性の病気の一般的な検査・治療と生殖路感染予防の宣伝・啓発と組み合わせて、女性の参加の積極性を動員し、介入の度合いを高めます。

2. 健康教育における個人間発信と公衆発信の結びつけ

予防の特徴と結び付けて、VCD ディスク、科学知識の普及本など、生殖路感染対策宣伝品を製作します。生殖路感染知識に関する科学知識の普及本、宣伝品を計画生育関連の宣伝品に合わせて、村民の家まで届け、同時に配布します。テレビ、ラジオ、新聞などメディアを利用して、生殖路感染対策の知識を広く宣伝し、コラムや宣伝欄を解説し、関連知識を広く宣伝します。人口学校では、思春期、新婚期、育児期、妊娠・出産期、更年期の5つの時期の教育学習クラスに合わせて、生殖路感染対策について講義します。生殖路感染の診療指導を提供し、出産年齢グループが不良な生活習慣を変えるようによりよく指導し、リプロダクティブヘルスの促進といった目的を達成します。

3. 専門的介入と行政による介入の結びつけ

活動の過程において、適時、毎回の活動の重要性及び活動の進捗状況を現地政府の指導者に報告し、活動への支援・参画を求めます。同時に、農村精神文明建設活動に合わせて、文明的、健康的かつ衛生的な行為と生活習慣の育成を社会主義新農村建設の内容の一つとします。

4. 一般的なグループとハイリスクグループの介入教育の結びつけ

女性の「3つの検査と1つのサービス」と人口学校を通じて、生殖路感染対策知識を宣伝し、特殊グループを組織し、サービス業の女性労働者について専門テーマ教育を実施し、生殖路感染のハイリスクグループの健康に関する知識、対策に関する知識の水準を広く向上させます。予防を中心とし、対策を合わせて実施することを目ざします。宣伝・啓発、カスタマイズした相談、技術サービス、追跡・フォローアップ訪問、改善活動など、それぞれのプロセスが密接につながる避妊・受胎調節の良質なサービス活動の管理モデルを構築します。

二、サービス方式の創新、サービス水準の向上、介入能力の強化

1. 研修によって、鎮（区）サービス所の医師、検査スタッフの活動能力、サービス能力を向上させます。サービスする能力、技能と意欲を高めます。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

2. 診療、検査と治愈の基準に準拠し、フォローアップ訪問及び転医の管理制度の健全化を図ります。

3. 病気の種類・特徴に合わせて、効果的な診療手段、予防措置を選び、対面型の宣伝啓発に合わせて、さらに目標グループの生殖路感染対策に関する知識を高め、再度の感染を回避します。これが介入の重点となる内容です。

三、介入方法を模索し、疾患の潜伏期になるべく早期発見及び早期治療を図ります。

1. 計画生育システムの毎年の「3つの検査と1つのサービス」に合わせて、一般的な検査、治療、介入、教育を行い、生殖路感染対策に関する知識を絶えず教え込み、健康診断の必要性と、病気がない場合の早期予防と病気になった場合の早期治療のメリットについて宣伝します。

2. 婚前身体検査と妊娠前・妊娠期間中・周産期・産褥期検査、受胎調節前、術中、術後などの段階の身体検査及び健康診断に合わせて、なるべく無症候性の病源の早期発見を図り、伝染源を取り除きます。

3. 点と面を結びつけて、フォローアップ訪問制度、転医制度を構築します。衛生計画生育技術ネットワークと婦幼保健ネットワークを十分活用し、外来による予防機能を強化し、生殖路感染の患者の治療・誘導・教育を実施し、生殖路感染患者の配偶者に対して教育、診療、フォローアップ訪問管理を行います。

四、特定グループに対する介入（主として性病・エイズ予防のために）

1. 疾患予防制御センターの健康証明書身体検査制度及び流動人口計画生育管理制度、暫住証（一時居住証）申請制度に合わせて、サービス業の女性に健康診断を実施します。在身体検査の際に、健康教育を行い、病源を発見し、なるべく早期に診療をします。宣伝・啓発を通じて、性病とエイズへの認識を高め、将来、特殊グループにおける性病とエイズの発症の機会を低く抑えます。

2. コミュニティ管理の方式によって、各区の流動人口及びサービス業の女性についてそれぞれ定期的な無料健康講座を実施し、互相理解及び互相信頼を促進し、対策に関する交流ルートを構築し、充実化を図ります。料金を減らし、病気にかかった女性の治療を行います。同類の患者をひきつけ、なるべく早期に治療し、さらに重点となる伝染源を減少します。

3. 性病・伝染病疾患予防制御センターの報告制度に合わせて、重点として疾患制御センターが受け取った伝染報告にかかる病源について追跡・フォローアップ訪問と健康教育を実施します。

コメント：この総括に挙げられた、生殖路感染介入事業に関連する措置と経験は、普遍的な意味があり、リプロダクティブヘルス促進コミュニティモデルの構築にも、多くの示唆を与えています。

第四部分中高年

添付

リプロダクティブヘルス相談のコツ

家庭保健は、異なるグループと多くの異なる学問分野に関わっており、相談の内容はそれぞれの特徴があります。避妊・受胎調節の相談は、国際的にすでに系統的な相談フレームワークがあります。その相談の段取りは簡単で、末端計画出産サービス提供・管理スタッフが身につけやすいです。ここ数年間、わが国に導入され普及した性とリプロダクティブヘルス総合相談は、日増しに増加する性感染症と HIV/エイズの予防、及びより広範で深層的なリプロダクティブヘルスの需要について、計画生育サービス提供者が特殊サービス対象に性とリプロダクティブヘルス総合相談を提供するための意識と能力を高めるものです。『研修コース』は、性とリプロダクティブヘルス総合相談を中心とする相談の理念、原則、段取りとスキルについて系統的に紹介しています。『マニュアル』には、本事業の活動と密接な関係があり、実行性が高い内容が抜粋されており、プロジェクト地域のサービス提供・管理スタッフの学習に供します。

実践

一、リプロダクティブヘルス相談の概要

(一) 相談活動の意味

相談とは、相談提供者とサービス対象との間の双方向交流です。その目的は、サービス対象が自分の問題または関心事を表現し、サービス対象が知った上での、自主的な決定をするように協力することです。相談は、サービス対象の知った上での選択権の重要な保障です。良好な相談によって、サービス対象の他の権利も支持されます。

1. サービス対象の知った上での、自主的で、自分の意思による決定権の範囲

知った上での、自主的で、自分の意思による決定という用語で、個体が性とリプロダクティブヘルスのそれぞれの分野で決定をする重要性を強調します。ひいては、選択が限られて、彼らのニーズが差し迫ったものである場合でも、知った上で選択をすべきです。性とリプロダクティブヘルスに関する自主的決定をするケースは、たくさんありますが、例として、以下のケースが挙げられます。

(1) 計画生育

避妊に関しては、避妊措置によって妊娠を遅らせ、または妊娠に間隔をあけるかどうか、避妊の副反応が現れた場合、引き続き当該避妊措置をつかうかどうか、現在の避妊法に満足が行かない場合、他の方法に切り替えるかどうか、セックスパートナーに計画生育に関連する決定をしてもらうかなどが挙げられます。非意図的な妊娠に関しては、どんな方法で妊娠を中止するか、中絶の併発症が現れた時、治療を受けるかどうか、いつ受けるか、中絶の繰り返しを回避するために、中絶後、避妊措置を徹底しているかなどが挙げられます。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

(2) 母親ケア

妊娠期に出産前ケアを求めているかどうか、妊娠期に栄養が強化されているかどうか、妊娠期に性交ができるかどうか、いつできるか、衛生保健機関で分娩するかどうか、いつ分娩するか、完全母乳育児かどうか、どれくらい母乳育児をするのか、出産後、避妊措置をとるかどうか、いつ開始するかなどです。

(3) 性病とエイズ

毎回の性交でコンドームを使っているかどうか、避妊・性病予防の二重保護措置をとっているかどうか、セックスパートナーの数を制限しているかどうか、顕著な感染があった時に治療を求めるかどうか、診断が確定後、セックスパートナーに告知しているかどうか、感染が治るまで禁欲するかどうか、HIV検査を受けるかどうかなどです。

2. サービス対象の権利の擁護

サービス対象の権利は、性とリプロダクティブヘルスにかかる権利の一部です。サービス対象の権利としては、以下が挙げられます。①情報を獲得する権利。②サービスのアクセシビリティ権。③ 知った上での選択権。④ サービスの安全性権。⑤プライバシーと秘密権。⑥尊厳・快適さと選択権の表現権。⑦ 保健を獲得する連続性権利。

(二) 相談の理念

性とリプロダクティブヘルスの総合相談において、相談要員は、次の重要理念を身につけなければなりません。

1. 人間本位

このコア理念は、相談要員が人権要素を十分考慮するように指導し、サービススタッフとサービス対象が平等・尊重・調和を重視する環境の中でインタラクションをし、サービス対象のプライバシーが尊重されます。

2. 価値の中立

性とリプロダクティブヘルスにかかる相談では、スタッフはいかなる道徳的評価に関する心理と行動を抑え、価値中立と不評価といった法的義務を履行しなければなりません。サービス対象の文化・社会・経済と家庭など背景を十分考慮する上、サービス対象の性とリプロダクティブヘルスに関する総合的ニーズを全面的に評価し、従って、明確な目的をもってサービス対象に情報とサービスを提供し、尊重サービス対象が自分の生理・心理と獲得した利益に基づいてなした選択を尊重します。

3. 性について率直に話します。

これまでの計画生育サービスでは、意識的にまたは非意識的に性にかかる問題を回避する姿勢が取られ、サービス対象の性とリプロダクティブヘルスに関する深層的なリスクが無視され、サービスの限界性が高かったです。性とリプロダクティブヘルスの総合相談は、性をきっかけとして、サービス対象の避妊・受胎調節、性的健康、女性保健、性病、エイズなど多くの面でのリスクを科学的に分析・評価し、さらに効果的なソリューションを提供し、サービスをより奥行きがあり、全面的なものにしました。

4. 総合相談

サービス対象の個人、セックスパートナー、家庭、コミュニティ環境とサービス機関など関連要素を十分考慮する上、サービス対象にその深層的なニーズを満たせる良質なサービスを提供します。

第四部分中高年

(三) 相談要員の任務と態度

1. 相談要員の任務

家庭保健サービスの過程で、相談サービススタッフの主な任務としては、以下があります。

- (1) 一連の性とリプロダクティブヘルスにかかるサービス、情報と感情サポートの上、サービス対象の基本ニーズを把握します。
- (2) 性とリプロダクティブヘルスにかかる深層的なニーズを探求し、適正な情報を提供します。
- (3) サービス対象には、知った上での、自主的で、自分の意志に沿って、実行可能な決定をさせます。必要に応じて、決定することを手伝います。
- (4) サービス対象がこれらの決定を実行するのに必要な技能の開発を支援します。
- (5) サービス対象がこれらの決定を実行するための具体的で実行可能な計画の策定を支援します。

2. 相談要員の態度

相談の過程において、相談要員は始終、相手を尊敬し、肯定し、鼓舞する姿勢をとり、サービス対象との十分な交流を確保します。

(1) 尊重

調和的な信頼関係の構築のための基本要素は尊重です。サービススタッフは相談にあたって、サービス対象とその決定を尊重すべきです。サービス対象と調和的な関係を構築し、サービス対象との会話のプライバシーを確保します。サービス対象との間の信頼関係を維持し、サービス対象の決定をする権利と能力を支えます。本人が同意できないサービス対象の価値観と決定についても、それへの尊重を表現すべきです。

(2) 賞賛

賞賛とは、賛成と感服を意味します。衛生保健の環境の中で、合理的に賞賛をすることは、有益な行為の強化を意味します。例えば、サービス対象がすでにやった有益なことを認識し、サポートします。即ち、①サービス対象の健康への関心に対する尊重を表します。②当時の施設の条件下でサービス対象がすでに困難を克服した可能性を認めます。③叱るべきことより、褒めるべきことを探し出します。

(3) 鼓舞

鼓舞とは、勇気、自信と希望を与えることを意味します。衛生保健サービスを提供する場所で、鼓舞することは、サービス対象に、あなたが彼らが困難を克服できると信じ、サービス対象に協力し困難を克服するための可能なルートを探すことをわからせることを意味します。即ち①問題を解決する可能性を指摘します。②サービス対象がやった有益な事に注目し、引き続きやるように励まします。③サービス対象には、医療サービス機関で相談することは、自分の問題を解決することであると教えます。

二、相談フレームワーク

相談のフレームワークは、相談の過程における段取りの指導に用いられ、避妊・受胎調節、婦幼保健などサービス内容の相談を提供する際には、GATHER フレームワークが多用されますが、性行為など比較的センシティブな内容に関する相談の場合は、REDI フレームワークが利用できます。

@

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

(一) GATHER (ギャザー) フレームワーク

情報提供を中心とする相談では、ギャザーフレームワークが多用されます。GATHER は、挨拶、質問、陳述、助力、説明、フォローアップ訪問といった相談の6つステップを代表します。

具体的な段取りは以下のとおりです。

1. 挨拶

サービス対象に礼儀正しく暖かく挨拶します。サービス対象が相談にきた行動を肯定すること、会話と議論の秘密保持を約束すること、状況に応じて本機関の守秘原則を紹介することが含まれます。安心感を与え、信頼できるように感じさせるように、調和的な雰囲気効果的に作り出すための重要な一環です。よって、サービス対象は、心を開いて自分が関心をもつ性とリプロダクティブヘルスにかかる問題、特に HIV と生殖路感染、性行為及び二重保護などの問題について話することができます。

2. 質問

サービス対象に自分または家族メンバーの状況、関連背景及び今回の相談の目的について質問します。サービス対象が原因を説明した後、必要に応じて、性の問題について詮索し、サービス対象の知識とニーズなどを評価します。質問の過程では、サービス対象に、これらの問題がすべてのサービス対象について聞かれるものであり、その目的は彼らのニーズを最大限に満たし、性とリプロダクティブヘルスに関する問題を解決することであると認識させます。サービス対象の現在の性生活、性行為と性行為歴を聞きます。例えば、セックスパートナーのほかの性行為について知っているかどうか、HIV と生殖路感染を知っているかどうか、計画生育の方法及びコンドーム使用のメリットを知っているかどうか、HIV と生殖路感染の感染、非意図的な妊娠または暴力を受ける危険性があると意識しているかどうか、または他の性的な健康問題はないかなど。

3. 陳述

サービス対象には、現地サービス機関がどんなサービス、計画生育と二重保護の選択肢を提供できるか、それぞれの計画生育法の基本情報、HIV と生殖路感染の予防法を教えます。また、コンドームの使用を強調します。サービススタッフは、サービス対象の状況に応じて、上記情報の提供の深さと広さを確認し、サービス対象の個体状況とニーズに応じて、HIV と STI の感染と妊娠のリスク情報を提供し、各種の潜在的な危険を認識させます。

4. 助力

サービス対象が、HIV 感染と生殖路感染、または非意図的な妊娠のリスク低減の計画の策定を含む、性とリプロダクティブヘルスに関する、知った上での、自主的で、自分の意志に沿った決定をするように助力します。これは、サービス対象の代わりに決定する意味ではなく、HIV 感染、生殖路感染または非意図的な妊娠のリスクはないかというサービス対象の判断に協力し、さらにどのような方法でこれらのリスクを低減するかというサービス対象の決定に協力することです。その内容としては、サービス対象が適切な計画生育の方法または性とリプロダクティブヘルス関連のサービスを選択するように協力すること、HIV と STI 感染の潜在的危険及び当該方法の性生活への影響を着実に記憶すること、また、サービス対象と一緒にその配偶者のコンドーム使用または性生活の議論、否定的な反応や暴力を含む、STI 危険行為への反応を予想することが挙げられます。

5

第四部分中高年

さらに、コンドームの使用を勧めるコストと効果について議論・判断すべきです。男性用コンドームが行けないなら、女性用コンドームを使用したり、セックスパートナーに相談に来ることを勧めたりなど、他の対策を議論すべきです。

5. 説明

いかなる説明または釈明を必要とする内容について説明します。各種の計画生育法をどう利用するか、ある方法は性生活にどんな影響を及ぼすか、コンドームによる二重保護とはなにか、生殖路感染をどう予防するか、どんな薬剤を使う必要があるか、それとも感染が治癒するまで性行為を回避するか、などです。陰茎の模型で、コンドームをどう使うかを示し、サービス対象に練習させます。サービス対象がどのように計画にしたがって HIV 感染と生殖路感染または非意図的な妊娠のリスクを低減するかについて探求します。サービス対象に存在する障害及びその可能な対策について探求します。条件が許せば、ロールプレイによってコンドームの使用について協議し、または性生活、コンドーム使用または STI のリスク軽減について議論します。

6. フォローアップ訪問

再度訪問スケジュールを作ります。出来る限りサービス対象と一緒にフォローアップ訪問計画を策定し、実施中のリスク低減計画の進捗状況进行评估します。必要に応じて調整しても良いです。必要な場合、関連する情報、リソースまたは紹介を提供します。例えば、自発的相談・検査、HIV ケアとサポート、STI スクリーニングまたは STI 治療及び他の情報などを提供します。必要な場合、転医します。

(二) REDI レディフレームワーク

REDI が代表するのは、このフレームワークの 4 つの主なステップです。即ち①調和的な雰囲気を作り出します。② サービス対象のニーズを探求します。③ 知った上での、自主的な決定をします。④ 決定した計画を策定/実施します。本フレームワークは、性とリプロダクティブヘルスの総合相談に適しています。サービス対象が決定をして、当該決定を実施する責任を強調し、サービス対象の性的関係と社会背景の探求にガイドラインを提供し、サービス対象が決定を実施する際に直面しかねないチャレンジを解析し、サービス対象がチャレンジと向き合うためのスキルを練習することに協力するためです。レディフレームワークには、合わせて 4 つのステージと、15 の具体的なステップがあります。

ステージ 1：調和的な雰囲気を作り出します。①サービス対象を歓迎する、②サービス提供者が自己紹介をする、③ニーズに応じて性に関するトピックを導入する、④ 秘密保持を約束する、からなります。

ステージ 2：サービス対象のニーズを探求します。①サービス対象の深層的なニーズ、リスク、性生活、社会背景と周辺環境を探求する、②必要に応じて、サービス対象の相応の知識を推定し、カスタマイズした情報を提供する、③ サービス対象が予想外の妊娠または HIV と STI の感染リスクを認識または判断するのに協力する、という 3 つのステップからなります。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

ステージ3：知った上での、自主的な決定をします。①サービス対象が相談を通じて、どんな決定をすべきか明確にする、②サービス対象のそれぞれの決定に対する可能な選択を明確にする、③それぞれの選択の長所、短所と結果を判断する、④サービス対象が知った上での、自主的で、自分の意志に沿って、実行可能な決定をするように助力する、からなります。

ステージ4：決定した計画を策定・実施します。①当該決定を実施するための、明確で具体的な計画を策定し、サービス対象に情報を提供し、決定を実施する、②サービス対象が当該決定を実施するために必要なスキルを明確にする、③必要に応じて、サービススタッフの助力の下、上記スキルを練習する、④フォローアップ訪問計画を策定する、からなります。

レディは、有用なフレームワークを提供しているものの、何も相談の過程でこのフレームワークに厳格に従い、または手順通りにそれを実行するまでもありません。レディは、単なる提案的な行動指導手順であり、サービススタッフがサービス対象とその需要とリスクについて双方向的でインタラクティブな議論をする時の話のネタに過ぎません。

(三) 相談フレームワークの使用上留意すべき点

1. 相談フレームワークの中で、最も重要なのは、サービス対象であり、フレームワークそのものではないことは常に念頭に置きたいものです。フレームワークは、サービススタッフがサービス対象との交流で、重要な手順を落とさないように役立つことができますが、しかし、日常活動の中で、サービススタッフはしばしば、サービス対象が話した内容への応答ではなく、次のステップは何かだけが気になるため、サービス対象のニーズを満たすのに不利です。相談で最も基本の内容は、まずサービス対象のニーズを明確にし、このようなニーズをどう満たすか、助けることです。
2. どちらのフレームワークが相談に使われても、最も重要なのは、サービス対象の個人的状況の探求を通じて、相談のカスタマイズ化を図ることです。すべての計画生育法をあまねく紹介するやり方には反対します。個人個人の状況に応じて、妊娠と HIV・STI の感染のリスクを説明し、サービス対象が自分のリスクを認識し、非意図的な妊娠またはエイズを「他人事」としてみなさないように誘導します。
3. サービス対象を中心とする相談では、サービス対象に不必要な情報を過度に教えこむことを避けます。そのため、まず、サービス対象の状況を理解し、それから、目的を明確にしてサービス対象のニーズを満たします。
4. 決定をする際に影響を及ぼす社会的背景を理解、探求することは、サービス対象にそのリスクを判断させ、予想外の妊娠や、HIV と STI の予防などに関する決定をさせる上で、極めて重要なことです。その内容としては、サービス対象が出産や性行について決定をし、(セックスパートナー、家族メンバーまたは友人を含む) これらの決定の影響要素を考慮する権利があること、夫にコンドームの使用を勧める場合、暴力を招くことになるかどうかなど、これらの決定をした場合の結果を考慮することが挙げられます。
5. 性とリプロダクティブヘルスをまとめた総合相談で、知った上での、自主的な決定をする根拠は、サービス対象を理解し、それ自身の状況及びリスクを認識させ、同時に、サービス対象の決定の社会的、個人的背景など、多くの選択となされた決定による結果を十分に認識させ、サービス対象が情報とサービスを得る権利をサポートし、サービス対象がその背景下で適切な方式を選び決定するように協力することです。

第四部分中高年

三、相談のコツ

相談のコツとしては、言語、非言語と補助材料の活用といった3つのスキルが挙げられます。

(一) 言葉遣いのコツ

1. 質問

性とリプロダクティブヘルスの総合相談における質問のタイプについては、回答の違いによって、総合相談の中の質問は、2種に分けられます。

(1) 閉鎖的質問

回答は通常短かく、しばしば1語しかありません。例えば、「はい」、「いいえ」、1つの数字、または1つの事実など。このような質問は、主な医学的背景資料を速やかに収集し、事実を解明し、必要な範囲を絞るなどのためにも有用です。サービス対象が話を本題から逸らした時、このスキルで誘導し、本題に戻します。例えば、「お幾つですか」、「子供何人いますか」、「最後の月経はいつでしたか」「いつ哺乳を中止したのですか（産後の女性に向けて）」など。

(2) 開放的質問

しばしばサービス対象の見方と感想を理解するのに使います。通常、1語や2語で答えるのではなく、代わりに詳しい解説、説明または補充材料が引き出されます。しばしば「どのように」「どう」「かどうか」「良いかどうか」「できるかどうか」といった形で質問します。開放的質問は、主としてサービス対象の見方と感覚を理解し、深層的なニーズを探求するのに使います。サービス対象のニーズを決定する場合、および対象がすでにある程度の知識を備えている場合には、開放的質問はより効果的です。例えば、今日は私にどう手伝ってもらいたいですか。どんな原因でこの問題が起こったと思いますか。聞いたことのある計画生育法はどれですか。（出産後の女性に向けて）初めて妊娠に気づいた時、どう感じたのですか。今は、ご主人/セックスパートナーの方は、あなたの現在の状況について、何か問題や心配がありますか。性感染症を再び感染しないようにどんな対策を打つつもりですか、など。

2タイプの問題は、総合的な性とリプロダクティブヘルス相談において、いずれも重要な作用を果たしています。サービススタッフは、これまでは閉鎖的質問にあまりにも慣れてきたため、サービス対象による情報の提供と共有が限られ、さらに、その決定にも影響してしまいます。開放的質問を多く使うことによって、サービス対象の深層的なニーズをよりよく模索し、その感覚をより確実につかめることができます。

相談の早期には、サービススタッフがサービス対象の性とリプロダクティブヘルスへのニーズを正確に満足することは非常に重要です。相談の全過程において、サービススタッフは積極的に多く質問すべきです。効果的な質問スキルとしては、興味を持ち、関心を持つように聞こえ、優しく聞こえる口調を使うこと、サービス対象が理解できる言葉を使うこと、一回で1つの質問しかせず、根気よくサービス対象の回答を待つこと、サービス対象がニーズを言い出すよう励ませる質問をすること、センシティブな問題を聞く場合、まず理由を説明しておくこと、「なぜ」で質問を始めることを避けること、サービス対象が理解できない場合、他の方式で同じ質問をすることが挙げられます。

2. 傾聴と積義

(1) 傾聴

広義的な傾聴とは、単純に聴くことではなく、閉鎖的質問、開放的質問、鼓舞、積義、感情反応と総括など、より多くの反応も含まれます。具体的な聞くスキルを述べる前に、傾聴の態度と習慣を強調しておかなければなりません。事実、これは、具体的なスキルよりも重要です。多くの場合、話すより聴くほうが重要です。時には、サービススタッフがサービス対象の話を傾聴し、自分の感情を言い出させれば、または表させれば、その問題の原因を突き止めることができます。傾聴が上手なサービススタッフは、根気よく、柔軟で、寛大に聞き、サービス対象に大きな興味を持つようにします。一方、傾聴が上手ではないサービススタッフは、会話や相談のプロセスを焦って進めます。時には心が狭く、人に冷たくて、サービス対象の反感を買うかもしれません。

1) 効果的な傾聴の作用

- ①傾聴は、サービス対象の情報の全面的な収集に有利です。
- ②傾聴は、サービス対象を、自分が尊重される、関心を持たれると感じさせます。
- ③傾聴は、サービス対象に自分の心をさらに開かせます。
- ④傾聴は、サービス対象と相談要員との相互信頼を強めます。

2) 効果的な傾聴のスキル

- ①相談スタッフは、サービス対象と 90 度をなして対面します。
- ②相談の距離は 1~1.5m とします。
- ③相談スタッフの身体は、開放的でリラックスした姿勢を取ります。
- ④相談スタッフの身体は、サービス対象にやや傾きます。
- ⑤良好な目線の接触と交流を保ちます。
- ⑥理解した内容について相応の反応を示します。
- ⑦相談スタッフは、サービス対象の会話に出来る限り口を挟みません。
- ⑧会話の内容について、正しいかどうかという判断を容易く下しません。

(2) 積義

積義とは、サービススタッフがサービス対象の主な言葉、思想及び問題などを総合的に整理し、そして、自分の言葉でサービス対象に簡単に復唱し、またはフィードバックすることです。積義は、傾聴の効果的な補足です。

1) 積義の目的

- ①サービス対象を、自分の話の意味が正しく理解されたと確信させます。
- ②サービス対象を、自分の基本情報は、あなたが理解しようとする分岐させます。
- ③サービス対象が示そうとする意図を総括し、解明します。

効果的な積義とは、サービス対象が出した問題、疑念、疑惑について説明し、訪問者の様々な心配を解消し、したがって、各種の心理的な困難を解消し、サービス対象の協力を得る目的を達成することです。話をわかりやすくし、出来る限り医学または心理学に関する専門用語を少なく使います。解釈は柔軟で、サービス対象の状況にあった合理的な説明をします。

第四部分中高年

2) 効果的な積義

相談での使用の要領

- ①積義される内容は、サービス対象が述べた内容を超えてはいけません。
- ②積義の言葉はわかりやすく、サービス対象の話をそのまま繰り返してはいけません。
- ③サービス対象の言語的・非言語的行為に合わせて積義します。

(3) 話すスキル

サービス対象が理解できる言葉を使います。人々が性とリプロダクティブヘルスを議論する時に直面するチャレンジは、言葉遣いをどうすべきかです。思いついた言葉は専門的過ぎたり、俗っぽすぎたりすることがあります。しかし、効果的な交流のために、サービススタッフとしては、サービス対象が理解できる単語または用語を知らねければなりません。そして、サービス対象が理解できる言葉を使うようにします。相談の過程において、相談サービススタッフは、失礼かもしれない言葉を避けて、サービス対象が特定の身体の部位と活動を述べることによって、専門用語をサービス対象が使う言葉に替えて、サービス対象に説明することができます。地元ではわかりやすい言葉で、サービス対象の理解を高めることができます。これは、サービス対象と性に関する問題を議論する時の気まずさを克服するのに役立ちます。

限られた相談時間に、相談要員は、簡単な言葉の使用を習うべきです。これに加えて、相談前のグループ相談または集団講座で、関連する解剖学用語、生理学用語と肝心の医学用語の基本情報を説明しておけば、対面の相談はより効果的なものになるでしょう。相談の際に、サービススタッフはサービス対象と一緒にこれらの情報をひと通り復習し、サービス対象の知識水準、ニーズと可能な危険性などを評価できます。その上、さらにサービス対象が最も必要とする情報を提供できます。

(二) 非言語的交流

言語交流の過程で、非言語的交流にも留意すべきです。非言語は、往々にして無意識的にサービス対象の本音を「漏らす」ものです。言語と比べ、行動が受ける制御がわりと少ないため、サービス提供者は、隠された感情または感覚を観察することができます。全く正確なわけではないかもしれませんが、証拠によると、非言語的手掛かりは言語的手掛かりより信頼性が高いとのこと。非言語的交流としては、以下が挙げられます。

1. 目線の接触

相談の際に、サービス提供者は、目線をサービス対象に向けると、会話に興味を持ち、支援・鼓舞する意味合いがあります。このような目線は自然で優しいもので、最も重要な事に、サービス提供者が気持ちを込めてサービス対象に接しており、また自分がリラックスしていれば、自然にできるわけです。一般的に言えば、サービス対象が思いをぶちまける時は、サービス提供者は、目線を相手によく当てるようにし、自分がしゃべる時は、少し空してもよいです。サービス対象が進んでサービス提供者を見るとき、サービス提供者はサービス対象と目を合わせるべきですが、相手が意図的に目をそらしていると気づけば、ひたすら見つめないようにすべきです。さもないと、相手の不安が増します。

2. 声の特徴

一人ひとりの声の特徴は、一般モデルまたは正常値があります。一般的に言えば、二人でしばらく会話すると、相手が話するときの一般的な声の特徴を速やかにつかむことができます。

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

即ち、このような特徴的な声音モデルに対して、適応的反応が発生するわけです。相談中、サービス対象の声のモデルが突然変わると、往々にして重要な意味があります。一人の一般的な声の特徴は、あまり多くは教えてくれませんが、これらの特徴が突然著しく変わった時こそ、内心、何か起こっていると示しているのです。相談要員は、サービス対象の声の特性の変化に敏感になると同時に、自分のイントネーション、話すスピードを変えることによって、ある目的を達成することもできます。

(三) 補助材料の使用

相談の過程で、画像を使うと、生殖器系の解剖と生理の説明に大きく役立ちます。生殖器系の図を描ければ、簡単明瞭な用語で生殖器系を説明できます。絵を描画することの重要性は以下のとおりです。

1. 図の描画の過程で、人は精神を集中し、それぞれの臓器とその機能を覚えられます。
2. より多くの知識が学べ、自信をもって他の人に生殖器系を説明できるようになり、もっと質問するように励まされます。
3. 「恥部」を描くのを学び、性に関する問題を議論する時の気まずさを克服するのに役立ちます。

性に関する身体の一部と性的活動の議論のために、多くの人はとても緊張してしまいます。笑って緊張を露わにする人も少なくありません。これは正常な現象で、緊張感の緩和にも有利です。しかし研修と相談は、丁寧かつ厳粛な状態で行われるもので、研修の際に、性に関する冗談を言うのは不適切です。サービススタッフとサービス対象の間でも、性に関する冗談はタブーです。

研修では、生殖器系の図を描かなければなりません。また、自分や一部の同僚の感覚を覚えていれば、図面だけで適切な紹介と説明がない場合のサービス対象の感覚を理解するのに役立ちます。

この練習は、受講生「芸術」技能を開発するものではなく、終了時にほとんどの受講生が簡単な男性と女性の生殖器系図を描けることを目的としています。絵描きに自信を持つ受講生なら、図でサービス対象に複雑な生殖器系を説明するのがより容易で、とりわけ男性解剖学については、サービス対象と一緒に絵を描き、簡単な輪郭から始め、それぞれの臓器を図に加え、それぞれの臓器及びその機能を述べます。このようなスキルは、他の衛生活動者の研修にもとても役立っています。

外来に人体の解剖図を貼るのはいいことですが、啓発の作用は足りません。解剖図のせいで、サービス対象は気まずくなり、臓器の内部系統の説明を受け入れにくくなることはありません。サービス効果を高めるために、絵を描く形でサービス対象に生殖器系を説明します。第一歩は、サービス対象にとって、この絵は何に見えますかと聞くことです。サービス対象が絵の中の何を見て、何を受け入れたか把握するためです。第二歩はサービス対象が知っている臓器を確認したあと、引き続き知らない臓器について説明することです。

第四部分中高年

付録

英略語一覧表

英文 中文 英文 中文

- O ADL 日常生活活動 +++ 低密度リポタンパク質
O アルツハイマー病 +EEF 子宮頸ループ電気外科切除手順
AFP α-フェトプロテイン + 黄体形成ホルモン
OC 適正摂取量 (栄養学) +2 黄体形成ホルモン放出ホルモン
OC 人工授精 +C+ 低悪性度扁平上皮内病変
OC ドナー精子による人工授精 Q QH 平均赤血球ヘモグロビン
OC エイズ MCI 軽度認知機能障害
OC 夫の精子による人工授精 QHK 平均赤血球容積
ADL6 アラニンアミノトランスフェラーゼ QE6N
運動の強さの常用代謝当量、訳してメッツ
O26 生殖補助技術 MMSE 簡易知能状態検査
O6 アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ Q2O 磁気共鳴血管画像
7 BMI 体重指数 Q2C 核磁気共鳴
7K 細菌性膣炎 J J066 経口ブドウ糖負荷試験
H HCj 子宮頸上皮内新生物 F FHJ 多嚢胞性卵巣症候群
H2+ 胎児の頭殿長 FE6 陽電子放射断層撮影検査
H6O H6 動脈イメージング技術 F2+ プロラクチン
7F 拡張期血圧 (血圧) FO 前立腺特異抗原
QFO 酢酸メドロキシプロゲステロン F6 外傷後ストレス障害
2CN 食事摂取基準 2 27H 赤血球
E E エストラジオール 2j リハビリケア
EO2 平均需要量 (栄養学) 2jC 推奨摂取量 (栄養学)
EHH 子宮頸管内組織搔爬 2F2 急速血漿レアギン試験
EPT エストロゲン・プロゲステロン替代 2STI 生殖路感染
(70 空腹時血糖値 7F 収縮期血圧 (血圧)
(卵胞刺激ホルモン CMO 分泌型 CMO
0 0Q 妊娠期糖尿病 C+ 子宮頸部扁平上皮内病変
GI 食物血糖インデックス (栄養学) SPMSQ
簡易知能質問アンケート 認知状態評価
012U ギナドトロピン放出 ホルモン作用物質 STI 性感染症
HAMA ハミルトン不安評価尺度精神的健康評価 66 テストステロン
OKA 型肝炎ウイルス 6Q 型糖尿病
] ヘモグロビン 6Q 型糖尿病

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

続表

英文 中文 英文 中文

JO= 糖化ヘモグロビン 6 トリヨードサイロニン

7KB 型肝炎ウイルス 6 チロキシン

H0 ヒト絨毛性ゴナドトロピン 67

子宮頸部、膣細胞診の診断レポートシステム

HKC 型肝炎ウイルス 6H 総コレステロール

+ 高密度リポタンパク質 6H6 THINPREP 液体ベース細胞診技術

HIV ヒト免疫不全ウイルス 6FFO 梅毒トレポネーマ粒子凝集試験

Q0 ヒト閉経ゴナドトロピン 6 甲状腺刺激ホルモン

FK ヒトパピローマウイルス DD+ 耐容上限摂取量 (栄養学)

26 ホルモン補充療法 K VCI 血管性認知機能障害

C+ 扁平上皮内高度病変 KH6 自発的に受けるカウンセリングと抗体検査

K 単純ヘルペスウイルス KKH 外陰・膣カンジダ症

C CHC 卵細胞質内精子注入 I WHO 世界保健機関

C 鉄欠乏症

CO 妊娠期鉄欠乏性貧血

C 単純性収縮期高血圧

IUD 子宮内避妊器具

HIV(E6 体外受精 胚移植

第四部分中高年

あとがき

家庭保健サービスマニュアル（以下略して「マニュアル」）は、プロジェクトの規範的な実行に対して、積極的作用を果たしました。マニュアルは、課題グループの中国・日本側の専門家と外部専門家が心血を注いで編纂したもので、各プロジェクトサイトでの試用の後、修正について貴重な意見を頂きました。マニュアルは2011年5月から編纂し始め、2011年7月に初稿が完成しました。その後、各プロジェクトサイトで試用され、少なくとも2回の系統的な改正を経て、内容に関しては、より実用的で、プロジェクトの要求により合致するものとなりました。使用上の便利性を考慮し、日中家庭保健プロジェクト3×3モデルの特徴を突出させるために、最終的に1冊のマニュアルを、児童・青少年、出産年齢グループと中高齢者グループの1セット3冊に分けました。

各章節の編纂者は以下のとおりです。国家衛生計画生育委員会幹部研修センターの蔡建華主任は1歳内の乳幼児、日常ケア、児童よく見られる疾患の対策及び能力行為の育成を編纂しました。（国家衛生計画生育委員会科学研究所の鄒燕研究員は、6ヶ月内の母乳育児、不意のけがの対策及び生殖路感染と性病、エイズを編纂しました。国家衛生計画生育委員会科学研究所の鄭玉梅副研究員は、幼児の栄養と食事、6ヶ月後の補助食品添加、青少年栄養指導、出産年齢グループ栄養保健及び中高齢者グループの栄養指導を編纂しました。（南京郵電大学の周建芳副教授は、青少年生理健康を編纂しました。深圳市計画生育協会の陶林会長は、青少年の健康行為と出産年齢グループ心理保健を編纂しました。国家衛生計画生育委員会科学研究所の吳尚純研究員と鄒燕研究員は、避妊及び非意図的な妊娠の処理を編纂しました。国家衛生計画生育委員会科学研究所の谷翌群研究員と耿琳琳研究員は、不妊症、生殖器系腫瘍及び他のよく見られる婦人科疾患を編纂しました。国家衛生計画生育委員会科学研究所の黃俊研究員は、妊娠前及び妊娠期の保健、産褥期保健及び更年期保健を編纂しました。天津中医薬大学附属第一病院の馮春燕医師は出産年齢グループ生活習慣病対策と中高年高血圧、糖尿病など慢性疾患の対策を編纂しました。清華大学玉泉病院の馬曉年教授は、性的保健、中高年リプロダクティブヘルスサービスを編纂しました。中国人口・発展研究センターの梁穎副研究員は、自立不能高齢者の家庭介護と家庭リハビリを編纂しました。マニュアルの編成と審査において、吳尚純研究員は大量の業務を引き受けて、大いに心血を注ぎました。

なお、国家衛生計画生育委員会科学研究所の吳尚純氏、鄒燕氏、裴開顔氏、黃俊氏、耿琳琳氏、許劍鋒氏、鄭玉梅氏、姜曉梅氏、中国人口・発展研究センターの梁穎氏、天津中医薬大学附属第一病院の馮春燕氏、国家衛生計画生育委員会幹部研修センターの蔡建華氏、清華大学玉泉病院の馬曉年氏、深圳市計画生育協会の陶林氏、北京婦幼保健院の陳欣欣氏、上海市計画生育科学研究所の武俊青氏、北京大学婦児保健センターの趙更力氏、天津中医薬大学附属第一病院の張春紅氏、

@

家庭保健サービスマニュアル中高年の巻

南京郵電大学人文・社会科学学院の孫曉明氏など諸氏もマニュアルの訂正活動に参画しました。日中プロジェクトの12プロジェクトサイトからのみなさんもマニュアルの初稿を真摯に読み上げて、使用の実践に合わせて、マニュアルの改定にたくさんの貴重な意見をくださいました。

上記諸氏の心血によって、この分厚い3冊が出来上がったわけです。ここに、本マニュアルの編纂、議論、改定、校閲に参加して下さったすべての関連組織と方々に心より感謝申し上げます。

限られた時間と編集者の能力の限界もあり、足りない点は多々あると思いますが、読者の皆様と本書に関心を寄せてくださっている方々の貴重な意見をいただければ幸いです。

編集者

2015年10月

35

