

老人の場合には、施設へ入所して介護を受けていることが多いのが現状と考えられる。

徘徊を特徴とした痴呆老人の特性に配慮した歯科医療の在り方を検討するためには、まずその実態を把握することが必要であるが、徘徊を特徴とした痴呆老人に関する報告は少ない。そこで、平成 13 年より、単科精神病院に入院中の痴呆老人の口

腔内の実態を調査し、痴呆の程度、日常生活動作能力との関連を検討している。

今回の調査では、重度痴呆老人を対象として、2001 年度と 2002 年度との義歯の装着状況と痴呆症状の程度と日常生活活動との関連を検討考察した。

B. 研究方法

1. 調査対象

調査対象は、広島県賀茂郡にある単科精神病院（国立療養所賀茂病院）に入院中の痴呆老人患者（65 歳以上）とした。最初の年の口腔内調査は、平成 13 年 12 月 5 日、2 回目の調査は平成 14 年 12 月 12 日、今回の調査は平成 15 年 11 月 20 日に行った。

調査した痴呆病棟の体制は、看護婦 18 名、看護助手 5 名で、3 交代制である。歯科治療が必要な場合は、週半日 3 回開設されている歯科、または病棟への診療対応している。

2. 調査方法

1) 口腔内診査

口腔内診査は、残存歯の診査および Eichner の分類 (Eichner, 1955)、口腔 ADL (沖本ら, 1997)、カンジダによる口蓋粘膜の汚染程度の調査を行った。それぞれの調査項目は、同一の歯科医が評価判定した。いずれの調査時間も午前 10 時 30 分から正午までに行った。これは、朝食と昼食の中間に相当し、日時の変動を

排除するために、時間を限定して行った。なお、口腔内状態については、日常の様子を知りたいということで、調査当日に特別な処置などをしないように、病棟などのスタッフに依頼した。

Eichner の分類は、咬合位の支持（支持域）の有無をその分類の基準としている。

口腔 ADL は、調査対象者の口腔内調査時に、担当看護婦への質問により調査した。口腔 ADL は、使用義歯の評価、咀嚼可能食品、口腔メンテナンス、歯数の 4 項目について、それぞれを 0～4 点に点数化して評価する尺度である。スコアは最低 0 点から最大 16 点であり、多い方が良好とするものである。カンジダによる口蓋粘膜の汚染状態は、カンジダイエロー培地にて調査した。

2) 痴呆の程度および分類

調査対象者の痴呆の程度の判定は、6 ヶ月以内の期限において、改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) を用いて、担当の精神科医が行った。また、看護師により、精神状

態把握のため、NM スケールにより評価を行った。痴呆の分類は、ICD-10 に準じて、アルツハイマー型痴呆、血管性痴呆、その他の痴呆に担当精神科医により分類した。

3) 日常生活動作能力の判定

調査対象者の調査対象者の日常生活動作能力は、N 式 ADL (小林敏子ら、1988) にて、看護師が評価した。

C. 研究結果

今回の調査対象者の内訳について表 1 に、2002 年に調査した入院痴呆老人の中で、2003 年に調査できた対象者の内訳を示す。調査できた対象者は、男性：6 名、女性：11 名、計 17 名であった。痴呆の分類では、男性はアルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆とで同人数であったが、女性では全てアルツハイマー型痴呆であった。

2002 年には調査できたが、2003 年には調査できなかった調査対象者は、8 人であった。アルツハイマー型痴呆が 4 名 (男性 1 名、女性 3 名)、脳血管性痴呆が 4 名 (男性 2 名、女性 2 名) であった。調査できなかった理由としては、死亡 1 名、他施設への移動 1 名、調査不可 6 名であった。

今回の調査対象者の口腔内状態の推移

表 2 に残存歯数、残根歯数、喪失歯数、口腔 ADL の推移を示す。全体的には 2001 年と 2002 年と間に大きな変化は認められなかった。

表 3 にアイヒナーの分類の推移を

評価の項目としては、「歩行・起座」「生活圏」「着脱衣・入浴」「摂食」「排泄」の 5 項目である。各項目は 7 段階に重症度分類して、0~10 点までの評価点を与えるものである。

倫理上の配慮

なお、前回と同様に、今回の調査対象者の保護者には本研究の趣旨を説明し、同意を得て行った。

示す。2002 年に比べて 2003 年において C3 の割合が多くなっているようであるが、著しい変化はなかった。

上顎総義歯装着の有無と口蓋粘膜のカンジダによる汚染

口蓋粘膜の汚染状況の変化を表 4 に示す。例数が少ないため、統計処理は無意味であるが、義歯装着者で若干汚染の程度が大きいかもしい。

口腔 ADL のスコア

口腔 ADL のスコアは、2002 年の平均は、 4.5 ± 2.6 であり、2003 年は 4.4 ± 1.9 であった (表 2)。また、2002 年、2003 年の箱ヒゲ図を図 1 に示す。Mann-Whitney の U 検定の同順位補正後の p 値は 0.9245 であり、5% で有意な差はなかった。

今回の調査対象者の痴呆の程度および日常生活動作能力の推移

改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の箱ヒゲ図を図 2 に示す。Mann-Whitney の U 検定の同順位補正後の p 値は 0.2896 であり、5%

で有意な差はなかった。しかしながら、判定不能の対象者が、2002年には2名であったが、2003年には7名に増加しており、痴呆の進行が推察される。

図3にN式ADLの2002年、2003年の箱ヒゲ図を示す。Mann-WhitneyのU検定の同順位補正後のp値は0.5691であり、5%で有意な差はなかった。

図4にNMスケールの2002年、2003年の箱ヒゲ図を示す。Mann-WhitneyのU検定の同順位補正後のp値は0.0869であり、5%で有意な差はなかった。

義歯装着との関係

Eichnerの咬合支持分類でC群(自分の臼歯部で咬合支持がない)の患者を義歯装着対象者とした。2002年に調査できて、2003年にも調査できた対象者は12名であり、義歯装着者3名(アルツハイマー型痴呆2名、脳血管性痴呆1名)、義歯非装着者9名(アルツハイマー型痴呆8名、脳血管性痴呆1名)であった。

義歯装着の有無と口腔ADL変化との関係

図5に義歯装着の有無と口腔ADL変化を示す。口腔ADLの満点は16点であり、いずれも低いスコアであった。全体的には2002年と2003年と、

大きな変化はなかったものの、アルツハイマー型痴呆患者で義歯を装着していない対象者ではそれぞれの変化を示した。

義歯装着の有無とHDS-Rの変化との関係

図6に義歯装着の有無とHDS-Rの変化を示す。全体的には、1年後のスコアに急激な変化は認められなかった。しかし、義歯非装着者(アルツハイマー型)では、10以上のスコアの2人でスコアが高くなったり、低くなったりの変化を示した。また、義歯装着者(脳血管性痴呆)では、スコアが下がっていた。

義歯装着の有無とN式ADLスコア変化との関係

義歯装着の有無とN式ADLスコア変化を図7に示す。義歯装着の有無でスコアの変化に影響は認められなかった。

義歯装着の有無とNMスケールスコア変化

図8にNMスケールスコア変化を示す。2002年と2003年との間に大きな変化はなかった。

D. 考察

調査対象者および施設について

今回の調査対象者は、2002年に調査した痴呆老人に対して、2003

年の状況を調査した。

調査対象施設については、施設の入院痴呆患者を取り巻くシステムに

大きな変化はなく推移していた。従って、入院痴呆老人の生活環境は大きく変化していないと考えることができる。

口腔内状態の変化について

調査対象者の歯数、口腔 ADL スコア、アイヒナー分類から、2002 年と 2003 との比較をすると、個人では差があるものの、全体では急激な変化は認められなかった(表 2, 3)。口腔清掃は、食事後に看護師の介助で行っているものが多かった。今回の調査対象者の口腔内状態は、1 年後の調査で急激に変化していることはないということは、対象者の口腔内状態がもう変化の少ない状態まで悪化しているとも考えられるが、看護師の努力により維持できているとも考えられる。

調査対象者の HDS-R, N 式 ADL, NM スケールの変化

全調査対象者で見た場合、2003 年の HDS-R のスコアが有意に減少しているとは言えなかったが、HDS-R の施行ができない対象者の割合が増加していた(2 名から 7 名)。このことは、痴呆の中核症状が、経時的に進行し、重症になっていることを示している。一方、精神状態を評価する NM スケールの評価では大きな変化は認められていない。これらの相違は、それぞれの評価の対象が異なった結果と推察される。痴呆の中核症状は進行し重症化しているが、周辺症状は維持またはゆるやかな進行を呈したと理解される。介護の効

果と言えるかもしれない。

義歯装着と口腔内環境(カンジダによる汚染)

義歯装着者では、義歯非装着者に比べて、カンジダの検出率が高いことが知られている。本調査では、調査対象者数が少ないので、明らかかなことは言えないが、本調査対象者の義歯装着者ではカンジダによる口蓋粘膜の汚染が著しいとは言えなかった。これは、看護師により、義歯の清掃、就寝時に義歯を外すことが行われている効果と考えられる。重度痴呆老人であっても、適切に義歯の取り扱いができれば、良好な口腔内状態を保てることが明らかとなった。

義歯装着と痴呆との関係

高齢社会となり、歯科関係者にとって、義歯装着と痴呆老人との関連は非常に興味ある問題である。すなわち、義歯を装着することにより、痴呆老人の症状にどのように影響を与えるかということである。今回の調査では、義歯の装着の有無で、HDS-R と N 式 ADL, NM スケールのスコアの 1 年後の変化に著しい相違は認められなかった。この結果からは、義歯を装着して咬合支持を回復させることが痴呆の進行を遅らせることができるかどうかについては明らかにすることはできなかった。しかしながら、重度痴呆老人の介護をしている看護師では、義歯を装着することにより患者の表情が明るくなったり、はっきりすることを感じている。これらのことは、義歯装着により、

痴呆が治癒したり、痴呆の進行を遅らせることができたか明らかではないが、患者の残存能力を有効に活用することを示唆しているのかもしれない。

上顎の総義歯のみを装着している患者もあり、義歯の機能が咀嚼などのみでないことが伺われた。上顎総義歯を装着することにより、口唇の

サポートが得られ、発語の容易さや外観の回復にも好影響を及ぼしているようであった。

義歯装着が、痴呆の中核症状の進行に影響を及ぼさなくても、残存総力を有効に活用できれば、現実の生活においてはその効果は非常に大きいと考えられる。

E. 結論

今回の調査では、単科精神病院に入院中の重度痴呆老人の口腔内状態、痴呆の程度、日常生活動作能力を2002年から2003年の1年間追跡調査した。

義歯装着と痴呆との関連は明らかではなかったが、両者は単純な関係のみではないことが推察された。義歯装着により、重度痴呆老人の残存能力を有効に使用できる可能性が伺われた。

今回の調査は対象者数が十分とは言えないが、同じ住環境で、種々のパラメーターで個々の患者を追跡することができた。その結果、痴呆老人の状態は多様であり、個人差が大きいものであることが伺われた。義歯の装着に関しても、個人をみれば

単純に痴呆の重症度から判定できるものではなく、現在までの歯科治療経験も考慮する必要性が大切であることが推察された。

F. 研究発表

論文発表

・貞森紳丞，佐藤幸夫，中居伸行，濱田泰三，村田比呂司
看護師の口腔ケアへの関心—痴呆専門病棟を備えた単科精神病院の場合

—

老年歯学 17 : 326-331, 2003.

・貞森紳丞，佐藤幸夫，中居伸行，西村正宏，濱田泰三

重度痴呆高齢者における義歯装着状況と痴呆症状および日常生活活動能力との関連－単科精神病院の痴呆専門病棟の1年後の観察から－
老年歯学 17 : 332-336, 2003.

・ 貞森紳丞, 佐藤幸夫, 中居伸行,
濱田泰三
重度痴呆患者(脳血管性痴呆)への
総義歯治療の1例
老年歯学 18 : 129-133, 2003.

・ Shinsuke Sadamori, Taizo Hamada,
Nobuyuki Nakai, Masahiro
Nishimura
Influence of denture wearing on
the stage of dementia and ADL of
the elderly with severe dementia -
a two-year follow-up study in a
dementia ward in a mental hospital
Dentistry in Japan 40, 2004 (校
正済)

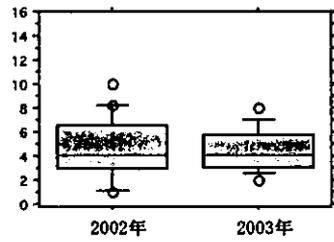


図1 口腔ADLスコアの変化

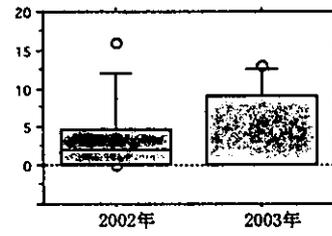


図2 HDS-Rスコアの変化

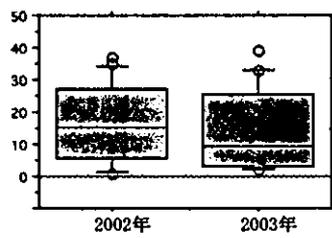


図3 N式ADLスコアの変化

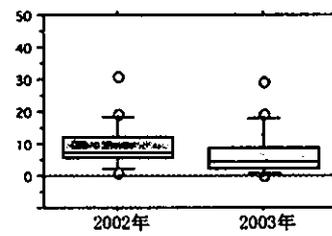
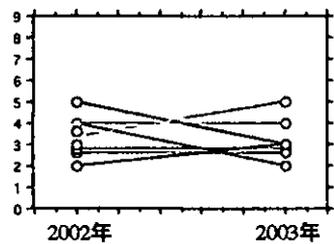
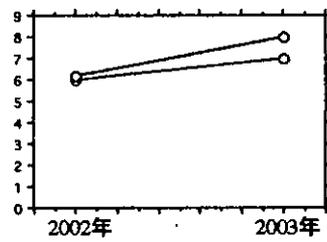


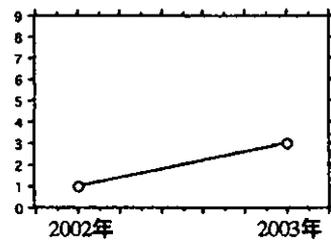
図4 NMスケールスコアの変化



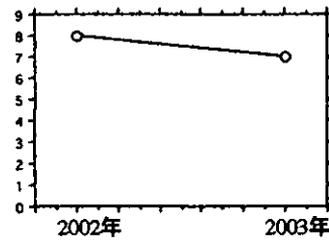
義歯非装着者（アルツハイマー型痴呆）



義歯装着者（アルツハイマー型痴呆）

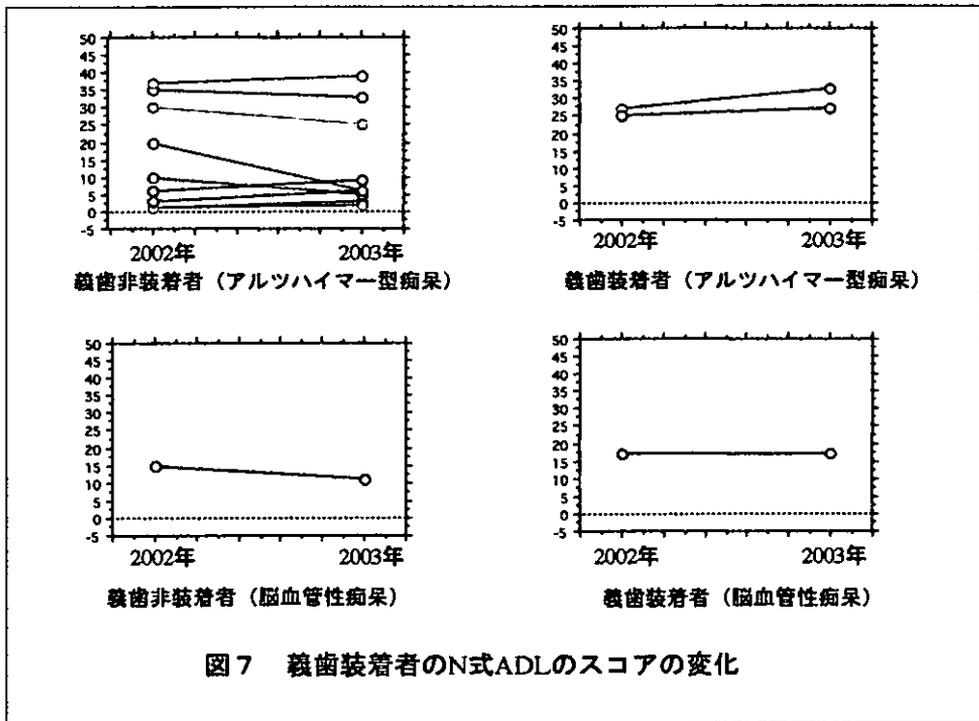
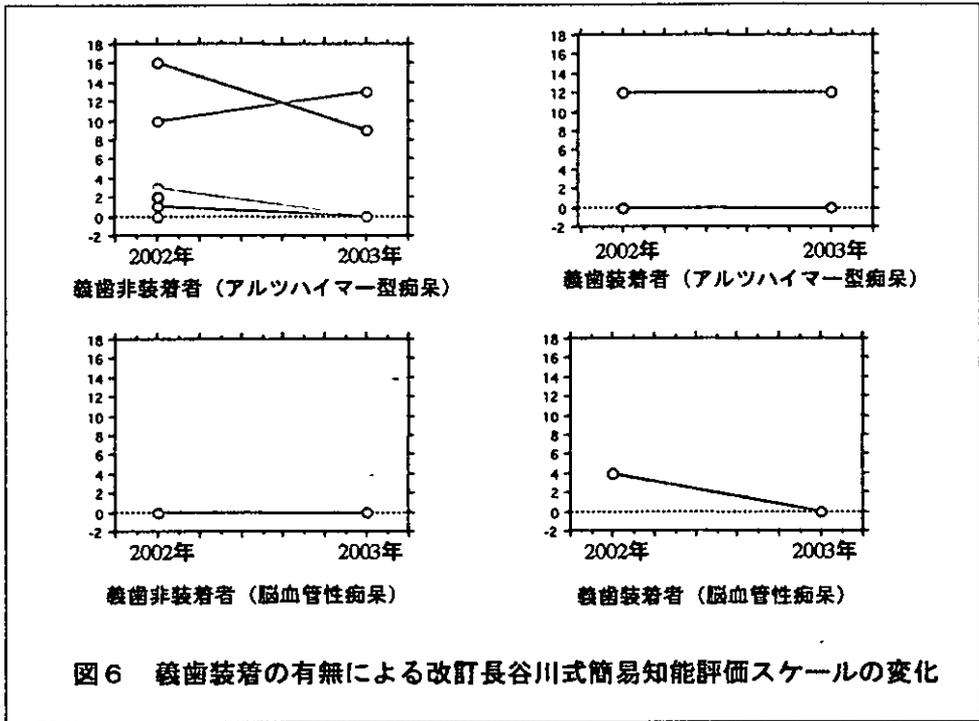


義歯非装着者（脳血管性痴呆）



義歯装着者（脳血管性痴呆）

図5 義歯装着の有無による口腔ADLスコアの変化



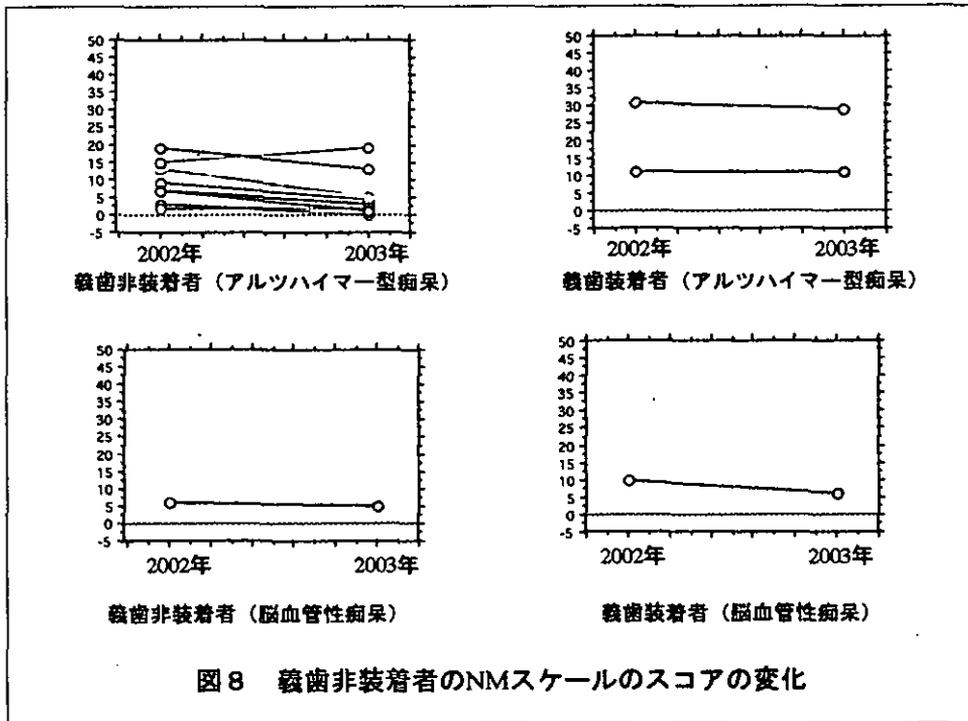


表3 アイヒナー分類の推移

アイヒナー分類	2002年	(%)	2003年	(%)
A1	0	0.0	0	0.0
A2	0	0.0	0	0.0
A3	1	4.0	1	6.3
B1	0	0.0	0	0.0
B2	2	8.0	1	6.3
B3	1	4.0	0	0.0
B4	1	4.0	1	6.3
C1	2	8.0	1	6.3
C2	4	16.0	1	6.3
C3	14	56.0	11	68.8
計	25	100.0	16	100.0

2003年は調査対象者のうち1名が調査不可

表4 上顎総義歯装着の有無とカンジダによる口蓋粘膜の汚染状況

汚染状況	上顎総義歯装着		上顎総義歯非装着	
	2002年	2003年	2002年	2003年
－	3	1	7	10
±	0	1	2	0
+	1	1	0	3

なお、2003年は1名不明

表1 2002年に調査した入院痴呆老人のうち2003年に調査できた調査対象者の内訳

年齢	アルツハイマー型痴呆		脳血管性痴呆		その他		計
	男	女	男	女	男	女	
65-69	1	0	0	0	0	0	1
70-74	0	1	0	0	0	0	1
75-79	0	1	2	0	0	0	3
80-84	1	4	0	0	0	0	5
85-89	0	3	1	0	0	0	4
90-	1	2	0	0	0	0	3
計	3	11	3	0	0	0	17

表2 現在歯数・残根歯数・喪失歯数の変化、口腔ADLの変化（平均±SD）

	2002年	2003年
残存歯数	4.2±7.3	3.6±7.1
残根歯数	2.2±3.6	1.7±3.0
喪失歯数	21.6±9.0	22.8±9.1
口腔ADL	4.5±2.6	4.4±1.9

2003年については、調査不能であった1名を除いたデータ

痴呆性老人の特性に配慮した
歯科医療の在り方に関する研究

分 担 課 題

IV 食事および摂食機能の実態把握と対処法の確立

平成16年 3 月

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
“痴呆性老人の特性に配慮した歯科医療の在り方に関する研究”
研究報告書

痴呆性老人の食事介護予防と経管離脱に関する研究

植田耕一郎 新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔生命科学専攻
摂食環境制御学講座 摂食・嚥下障害学分野

研究要旨

痴呆性老人に対して、食事に関する介護予防と経管離脱を推進する目的で、経管栄養に至る経緯、原因を調査した。

1. 経管栄養の直接的原因は、肺炎が最も多く、次いで食思低下、心不全・骨折の順であった。
2. 経管栄養へと移行する因子、ならびに経管離脱に影響する因子として、薬剤、入院期間、摂食・嚥下リハビリテーション介入時期、食物への嗜好が考えられた。

今回は、5 年間という長期的な口腔ケア、摂食・嚥下リハビリテーションを実施した結果から得た報告であるが、症例数が 9 例と少なかったため、症例報告の形をとった。今後は症例数を増し、今回の仮説を指針とした実践的調査を行い、痴呆性老人の食事摂取に関する問題解決に努めたい。

A. 研究目的

長寿を達成し、生きる質が問われるようになった現在、生きる喜びに「食事」が果たす役割は大きい。当講座では、平成 11 年 7 月から現在に至るまで、新潟市内の特別養護老人ホーム利用者に対して、専門的口腔ケア、摂食・嚥下リハビリテーション、および食事介助を週 1 回訪問により実施している。老人施設入所者の中には、諸所の理由により経口摂取が不可能になったり、経口摂取だけでは栄養、水分が補えなくなったりした場合に、経管栄養管理下におかれている場合が少なくない。

そこで今回、痴呆性老人が、経口摂取を継続できるように経管栄養移行への予防法と経管栄養になった場合に経管からの離脱法を確立する目的で、特別養護老人ホーム利用者に対して経管栄養導入前後の経緯を調査した。本調査では、仮説を構築するまでにとどまったが、今後、痴呆性老人の食事介護予防を推進していく上での示唆を得たので報告する。

II. 対象および方法

対象

新潟市内の某特別養護老人ホームにおいて、平成15年4月時点で経管栄養管理下であった者7名と、過去において経管栄養を経験したことの

ある者2名の計9名である。全員が女性であり、平均年齢92.3歳（最小87歳，最大102歳），平均入所期間は5年2ヶ月である。

調査方法および調査項目

経管栄養に至る経緯についての調査は、訪問歯科診療記録、看護カルテおよび療養日誌の閲覧にて行った。調査項目を以下に記す。

1. 基礎疾患
2. 経管栄養管理期間
3. 経管栄養になった直接的原因（直接的契機）

4. 入院期間
5. 再入所後の摂食・嚥下リハビリ介入までの期間
6. 平成15年4月から同年12月までにおける摂食状態

専門的口腔ケア、摂食・嚥下リハビリテーション、食事介助の介入方法

対象者9名に対して、平成11年7月より週に1回、当分担当研究班の班員である複数の歯科医が、食事介助、口腔ケア、および摂食・嚥下リハビリテーションを行った。口腔ケアは、通常とおり歯ブラシとスポンジブラシを用いて、歯および口腔粘膜の清掃を行った（図1）。摂食・嚥下リハビリテーションは、寒冷刺激法としてスポンジブラシに氷水を含ませて、

舌根部や口蓋弓をアイスマッサージし嚥下反射を誘発させた。その際に喉頭挙上を観察し、聴診器を用いて下咽頭部分の貯留の有無を確認した。さらに1.6%ゼラチンゼリー嚥下による直接訓練(Direct therapy)を行い、定期的にビデオ内視鏡検査によりゼラチンゼリー嚥下時の咽頭機能の検査を施行した（図2）。

C. 研究結果（表1.2）

1. 基礎疾患

過去において全員が脳卒中に罹患していた。アルツハイマー型痴呆の診断を受けて、その後多発性脳梗塞に罹患した者が1名であった。

2. 経管栄養管理期間

平均経管栄養管理期間は、4年2カ月であり、最大7年7カ月、最小6カ月であった。

3. 管栄養になった直接的原因（直接的契機）

経管栄養管理へ移行となった直接的原因としては、発熱が5名で最も多く、そのうちの3名が誤嚥性肺炎の診断を受けていた。続いて食思低下が2名、骨折が1名、心不全が1名であった。

4. 入院期間

発熱などにより関連病院に入れたときの入院期間は、平均2.2カ月であった（最大4.5カ月，最小5日）。これは入院既往のある者だけの

平均であるが、入院既往のない場合は、食思低下が直接的原因になっている場合であった。

5. 入所後の摂食・嚥下リハ介入までの期間

経管栄養管理下の施設利用者には再入所直後から歯科医師による専門的口腔ケアと摂食・嚥下リハを介入しているが、再入所後、介入までに2年以上経過した者が2名で

あった。その1名は、7年以上経管栄養を持続していたので、すでに

われわれが介入し

た時点では2.5年が経過しており、もう1名はと再入所後異なる棟に入所していたために、介入までに2年が経過していた。

5. 平成15年4月から同年12月までの摂食状態

全面的経管栄養管理が、5名。経管栄養と経口摂取の併用が2名であった。全面的に経口摂取となった者が2名であったが、そのうちの1名は心不全にて死亡した。

D. 考 察

痴呆性老人における食事介護問題は、介護者にとって切実な問題である。食事介護は、毎日3度避けることができず、1回の介護に時間がかかり、さらに窒息など危険も伴う。食事介護を能率よく、しかも安全に行う方法を考案することは大事である。さらに大事なものは、食事介護を受けなくても済むように、また食事を単に栄養と水分補給の行為ではなく、日々の生活の中で楽しみと感じられることである。

ほとんどの高齢者福祉施設では、一旦経管栄養を装着された者に対して、経管を離脱する試みはされていないのが現状である。口腔ケアが要介護高齢者の肺炎罹患の減少に貢献するとの証明は過去にも報告されている¹³⁾。しかし、摂食機能回復といった視点での報告は散見するにすぎない。

そこで今回、痴呆性老人の経管栄養に至る経緯、原因を検索することは、痴呆性老人の食事に関する問題を解決する上で必要であると考えた。痴呆性老人に対する食事介護予防と経管離脱法を究極の目標として本研

究事業を試みた。

経管栄養へ移行するまでの内容を分析すると表2に示した4つのパターンに区分けすることができる。これらのパターンの内容を分析すると、パターン1において、ベッドや車椅子上での傾眠傾向が顕著になったのは、全身的機能の低下もさることながら、降圧剤、抗不安薬など長期薬剤服用による影響もあると考えられる。それら推測は、口渴の状況、残存歯のある場合にカルシウム拮抗剤投与に表れる特徴的な歯肉増殖の状況からも裏付けられる。

パターン2は、関連病院を退院した後、経管離脱し全面的に経口摂取が可能になった。経管離脱までに至る流れとして、他のパターンと異なる点は、病院での入院期間が短いことである。一般的に、入院期間中は、肺炎の治癒に専念しているために、経管栄養管理下にてベッド上安静となっている。入院期間は最大で3.5ヶ月であり、肺炎や骨折は治癒しても、全身拘縮を伴った寝たきりの状態で再入所する。入院期間中、意思の疎通が円滑にいかない痴呆患者に

対してのリハビリテーションは、軽視されがちであることも否めない。

パターン 3 は、入院期間が短いにもかかわらず、経口摂取が達成されていない。これは再入所後の摂食・嚥下リハビリテーション介入までの期間が長いことが特徴的である。早期リハビリテーションの重要性が叫ばれる中で、摂食・嚥下リハビリテーションも決して例外ではないと思われた。

パターン 4 は、食思低下が経管移行への理由となっていた。食事介助をする中で、「もう、お食事はいりませんか。」「お腹いっぱいですか。」といった問いかけに、意思表示をしっかりとっていた。このパターンの対象者は、食事メニューの違いにより、口を閉ざしたり、首を横に振り拒否したり；あるいは口を開いたりすることがあった。また食事拒否の行為は、ミキサー食摂取を受けている人に限られていた。食思低下には、嚥下機能の低下のみならず、嗜好が大きく影響しているのではないかとあったことが推察された。

今回、4つのパターンを揚げたが、さらに細かく観察し分析すれば、個々

に特徴的な様相を示すにちがいない。養護施設の高齢者の食習慣は個別にしっかりと考えられるべきであり、食の問題は、例えば口腔内状態の悪化、薬物投与、個々の好き嫌いな物への無配慮など、相互に影響を与える複雑な多くの要因のために起こると考えるべきである。新潟であれば、ハタハタ、日本酒、白飯といった郷土を代表するような食材が一切生かされていない。また専門的口腔ケアや摂食・嚥下リハビリテーションの介入が可能であれば、経管を装着してからできるだけ短期間のうちにすべきである。また、状態悪化による医学的管理は必須であるが、疾患治癒に終始し、後の廃用による弊害は、寿命を延ばすことはできても、生きがいの獲得には必ずしもならないことを認識する必要がある。

2000年に介護保険が施行され、最近ではユニットケア推進の施策がとられているが、食事に関する個別ケアの問題は、あいかわらず介護評価の一部にはなっていない。個々に対する食事困難について、更に前向きな評価や管理法を発展させることが必要と思われる。

E. 結 論

痴呆性老人に対して、食事に関する介護予防と経管離脱を推進する目的で、経管栄養に至る経緯、原因を調査した。

1. 経管栄養の直接的原因は、肺炎が最も多く、次いで食思低下、心不全・骨折の順であった。
2. 栄養へと移行する因子、ならびに経管離脱に影響する因子として、薬剤、入院期間、摂食・嚥下リハビリテーション介入時期、食への

嗜好が考えられた。

今回は、5年間という長期的な口腔ケア、摂食・嚥下リハビリテーションを実施した結果から得た報告であるが、症例数は9例と少なく、事例報告の形をとった。今後は症例数を増し、今回の仮説を指針とした実践的調査を行い、痴呆性老人の食事に関する問題解決に努める所存である。

文 献

- 1) Yoneyama T Yoshida M, Matsui T, Sasaki H, et al. Oral care and pneumonia. *Lancet* 1999; 354: 515.
- 2) Koichiro Ueda, Yoshiaki Yamada, Akira Toyosato, Shuichi Nomura, Eiichi Saitho. 2003, Effects of functional training of dysphagia to prevent pneumonia for patients on tube feeding. *Gerodontology*, Vol.20, No.2, 23-26
- 3) Koichiro Ueda, Akira Toyosato, Shuichi Nomura. 2003, A study on the effects of short-, medium- and long-term professional oral care in elderly persons requiring long-term nursing care at a chronic or maintenance stage of illness. *Gerodontology*, Vol.20, No.1, 50-56

図1 スポンジブラシによる口腔清掃

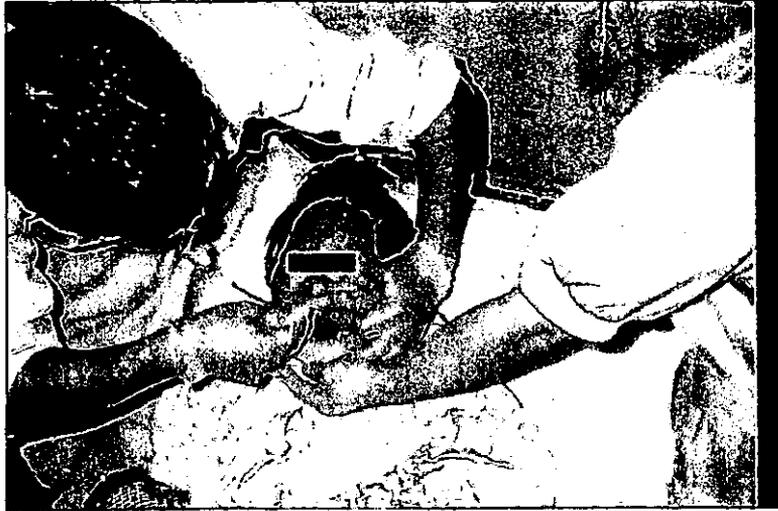
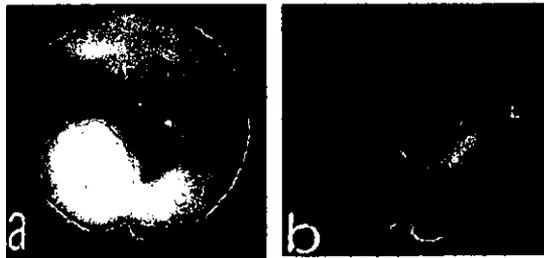


図2 ビデオ内視鏡による嚥下機能検査



上段：検査風景
下段左図：ゼリ一嚥下中の像
下段右図：嚥下直後の像

表1 対象者

	基礎疾患	経管栄養期間	経管栄養の原因	入院期間	リハ介入までの期間	～12月の摂食状態
1	アルツハイマー型痴呆, 多発性脳梗塞	7年7ヶ月	発熱	3ヶ月	2年	経管栄養
2	多発性脳梗塞	5年3ヶ月	発熱	2.5ヶ月	0	経管栄養
3	多発性脳梗塞	4年5ヶ月	発熱	4ヶ月	0	経管栄養と経口摂取併用
4	多発性脳梗塞	6年10ヶ月	食慾低下	0	0	経管栄養
5	多発性脳梗塞	3年9ヶ月	食慾低下	0	0	経管栄養と経口摂取併用
6	脳梗塞	6ヶ月	発熱	5日	0	経口摂取
7	脳梗塞	5年	骨折	1ヶ月	2.4年	経管栄養
8	多発性脳梗塞, パーキンソン病	11ヶ月	発熱	4.5ヶ月	0	経管栄養
9	多発性脳梗塞, 腎臓小脳萎縮症	3年6ヶ月	心不全	14日	0	経口摂取・死亡(心不全)

表2 経管栄養管理および経管離脱となった4つのパターン

1. 傾眠状態が顕著で経口摂取困難となった場合 (3名)
2. 入院期間が2週間以内であった場合 (2名)
3. 再入所後のリハ介入時期が2年以上経過した場合 (2名)
4. 施設にて経口摂取から経管栄養へと移行した場合 (2名)

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
痴呆性老人の特性に配慮した歯科医療の
在り方に関する研究
研究協力報告書

施設入所高齢者に対する RSST の有効性と認知機能に関する検討

分担研究者	稲葉 繁	日本歯科大学	総合診療科
研究協力者	菊谷 武	日本歯科大学	口腔介護・リハビリテーションセンター
	鈴木 章	日本歯科大学	総合診療科
	西脇恵子	日本歯科大学	口腔介護・リハビリテーションセンター

研究要旨

高齢者施設入所者は何らかの摂食嚥下障害を持つものが多いが、痴呆を伴う利用者もまた多く、スクリーニング検査が施行困難なこともある。そこで、本研究では介護老人福祉施設利用者に RSST を実施し、認知機能との関連について検討した。その結果、MMSE が 14 点以下の認知機能異常と認められる高齢者については RSST の結果が実際の摂食嚥下能力を必ずしも反映するとはいえないことが認められた。

A. 研究目的

高齢者施設に入所対象となる要介護高齢者は、何らかの摂食嚥下障害を持つものが多いと思われる。食べることの障害は、誤嚥性肺炎や栄養障害、呼吸器障害を引き起こし全身状態の低下をもたらす原因となる。施設職員が入所者の日常生活の十分な観察から、摂食嚥下能力の障害のサインを見逃さないことが大切である。

高齢者施設の場合、摂食嚥下障害のスクリーニングには反復唾液嚥下テスト（以下 RSST とする）、フードテスト、改訂水のみテスト、パルスオキシメーター（経皮的動脈酸素飽和度測定器）を用いたモニター、といった大きな機器を必要としない方法を用いるのが一般的である。しかし摂食嚥下障害の疑いのある患者は、脳血管障害や痴呆を伴っている患者が多く、臨床現場ではこちらの手続きどおりに検査に従えないこともしばしばである。このような場合、臨床的観察がより重要な評価方法となることが予測される。今回我々は、介護老人施設の入所者を対象に、RSST、日常の摂食嚥下能力と認知機能との関連を検討する。

B. 研究方法

対象：関東近県および四国地区に立地する介護老人福祉施設 6 施設に入所する利用者のうち、検査が測定できた 179 名（男性 50 名、女性 129 名）を対象とした。年齢平均は、 83.25 ± 8.36 歳（男性 79.29 ± 9.15 、女性 84.79 ± 7.52 ）である。

方法：

1. RSST

才藤ら（1998）¹⁾の方法に従い、随意的な嚥下の反復能力を判定し、30 秒以内に唾液を何回嚥下できるかを測定した。

2. 食事時印象度調査

対象となる高齢者を日常介護している施設職員に対し、食事時印象度調査を記入してもらい、摂食嚥下能力を判定した。全項目中所見にチェックが一つでもあったものを、何らかの摂食嚥下障害を持っていると判定した。

3. MMSE²⁾

MMSE の測定は言語聴覚士が個室にて行った。