

た。また、研修が単なる知識やスキルの習得に留まらず、相互実習や他の職員の質問・意見を通じて、職員間のコミュニケーションの場にもなることがわかった。

まとめ：①介護現場において口腔ケアは歯科衛生士と他職種との協働で行うケアの一つとなっている。②今後も介護職員の口腔ケアに関する知識および技術面においてもステップアップの必要性が想定される。また、施設の要望に応じて適宜対応できるように標準化されたマニュアルが必要であり、研修担当歯科衛生士育成も重要である。③担当歯科衛生士は口腔ケア、摂食・嚥下リハビリテーション等の知識以外にも施設のレベルに合わせたマネジメント能力も必要と思われた。

## 96. 瞳孔反応を利用した味覚刺激の客観的評価法

Objective Evaluation Method of Taste Stimulation with Pupil Response

吉岡正隆, 小野圭昭, 小正 裕  
Masataka Yoshioka, Yoshiaki Ono  
Yutaka Komasa

大阪歯科大学高齢者歯科学講座  
Department of Geriatric Dentistry,  
Osaka Dental University

目的：近年、味覚障害を訴える高齢患者が増加しており、そのためさまざまな検査法が用いられている。従来の味覚機能検査は、いずれの方法も患者の主観に依存するため客観的に評価することができない。瞳孔反応は収縮と散大から自律神経機能の活動が解析できることから、内科領域では自律神経機能の評価、歯科領域では咀嚼や咬合干渉が自律神経に及ぼす影響についての報告がなされ、さらに、耳鼻科領域では嗅覚を客観的に評価する試みが行われている。著者らは、苦味刺激により瞳孔が有意に散大することを明らかにしてきた。そこで、瞳孔反応を利用し味覚を客観的に評価するため、苦味刺激を段階的に与えた場合の瞳孔反応を分析し、瞳孔反応から苦味濃度を推定することを試みた。

方法：被験者は、大阪歯科大学の学生および職員11名(平均年齢27.4歳)で眼機能や味覚機能に異常を認めないものとした。刺激は嗜好性の偏りが少ないとされる苦味溶液(塩酸キニーネ)の濃度を調整したもの(0.0001%, 0.0002%, 0.00039%, 0.00078%, 0.00156%, 0.0031%, 0.0063%, 0.0125%, 0.025%, 0.05%, 0.1%, 0.2%)を用い、口腔内に溶液を1ml滴下し、口腔内全体でよく味わってもらう全口腔法で

行った。瞳孔反応の計測には赤外線電子瞳孔計(Iris-corder C7364, 浜松ホトニクス社製)を用いた。実験は、座位にて安静にした状態で暗順応を行い、その後、苦味閾値を確認し、閾値以上の8段階の苦味刺激をランダムに付与したときの瞳孔反応を記録した。分析パラメータは、瞳孔反応率((味覚刺激後の最大瞳孔径)/(安静時の瞳孔径))を用いて、瞳孔反応率と濃度の関係について検討を行った。統計学的検定は、分散分析と多重比較、さらに回帰分析で行った。なお、統計処理には、SPSS(Ver.13.0J, SPSS Japan社製, 東京)を用いた。結果と考察：分散分析の結果、段階的な苦味刺激を与えたときの瞳孔反応率は、被験者と濃度により影響を受けることが明らかとなった。なお、被験者と濃度の間に交互作用はなかった。そして、多重比較検定の結果、濃度間で有意な差を認め、瞳孔反応率に有意差のない濃度をグループ1(0.00078%, 0.00156%, 0.0031%), グループ2(0.00156%, 0.0031%, 0.0063%), グループ3(0.0031%, 0.0063%, 0.0125%), グループ4(0.0063%, 0.0125%, 0.025%), グループ5(0.025%, 0.05%, 0.1%), グループ6(0.05%, 0.1%, 0.2%)に分けることができた。回帰分析の結果、瞳孔反応率は濃度の上昇にともない有意な増加傾向を示し、その回帰式は濃度の対数に比例することが明らかとなった。瞳孔の散大は交感神経が興奮することによって起こる。苦味による不快な刺激を与えたことで交感神経が有意な状態になり、瞳孔は散大し、さらに、その量は不快感の大きさ(=苦味濃度)に影響を受けたと考えられる。

まとめ：濃度に対する瞳孔反応率の回帰式が得られたことから、既知の瞳孔反応率から未知の濃度が推定できるので、瞳孔反応を利用することにより味覚を客観的に評価できるものと考えられる。

## 97. 自立高齢者のための口腔機能検査に基づく口腔機能向上プログラムの開発と評価

Development and Evaluation of Oral Function Improvement Program Based on Oral Function Inspection for the Independent Elderly

関根聡子, 武井典子, 藤本佳奈, 石川正夫  
山田 清, 石井孝典, 高田康二  
Satoko Sekine, Noriko Takei  
Kana Fujimoto, Masao Ishikawa  
Kiyoshi Yamada, Takanori Ishii  
Koji Takada

**目的:** 埼玉県所沢市は、人口約 342,595 人、そのうち 65 歳以上の高齢者は 68,113 人 (平成 22 年 3 月末日現在) の東京近郊の典型的なベッドタウンである。この 5 年で 65 歳以上の高齢者の割合は増えている。そのなかで所沢市医師会では、平成 21 年、在宅医療の充実を図るため「所沢市医師会在宅医療ネットワーク」を立ち上げた。在宅における患者は容体が急変することも多々発生する。そのような緊急に在宅患者からの訪問診療の要請があった場合、主治医が不在等の理由で訪問診療に応じられないとき、他の医師会会員の医療機関が診療に携わるため患者の既往歴、処置歴、服薬現状等の情報を主治医と共有するため考案されたシステムである。緊急時に備えて所沢市の有床病院の空床情報も掲載されている。所沢市歯科医師会では、医療連携の拡大を目指す所沢市医師会より、在宅医療ネットワークへの参加の要請を受け、歯科関連項目の追加を行った。

**方法:** データベースソフト「ファイルメーカー Pro<sup>®</sup>」を使用し、インターネット経由で患者情報の保存されているサーバーにアクセスして情報の書き込みや閲覧を行う。セキュリティは各医療機関に与えられた ID とパスワードで管理される。データベースソフト自体がインターネットに対応していることとセキュリティ管理が行いやすいことから「ファイルメーカー Pro<sup>®</sup>」を選択した。患者および家族の同意を得て、患者情報を登録すると自動的に ID が割り当てられ、医師、歯科医師、ケアマネージャー等はその患者 ID で患者情報を検索する。

歯科関連項目の追加に当たって、所沢市医師会側より歯科医師はどんな処置をしているのか知りたいので、カルテに準じた内容を表示してほしいとの条件が提示された。そのため歯式は、FDI 方式と視覚に訴えるように模式図を用い、時系列で確認できるようにした。ケアマネージャー等も閲覧するので、歯科からの口腔ケア等の申し送り欄も設けた。

データベースの口腔内状態フィールドの設定は、所沢市歯科診療所あおぞらで用いている書式の患者情報の項目を抜粋して流用した。口腔内情報を登録するため一々タイプをするのは、ネットワークに参加する歯科医師の負担が大きいので、あらかじめ値一覧に頻度の高い症状、処置内容等を登録し、ポップアップメニューより選択できるようにした。

**考察:** まずインターネットを使用することが前提なので、パソコン、インターネットに不慣れな医師、歯科医師にとっては敷居が高くなってしまふ。医科が主体なので患者がどれだけ多く登録されるかによって、歯科の利用条件が変わってしまう。常に最新の状態を保つに

は、類案な情報の変更が必要で参加医療機関に仕事の負担増を招く。以上問題点は多々あるが、参加医療機関、登録患者と、患者情報が増加すれば、歯科医師にとって訪問診療を行う上で、非常に有効であると考えられる。

### 113. 東京都豊島区における在宅医療の他職種連携

#### 退院時カンファレンス、サービス担当者会議の歯科の参加

Collaboration with Different Home Care Employments in Tokyo-Toshimaku

Dental Staff to Attend the Discharge Conference and Service Supply Conference

大内ゆかり<sup>1)</sup>, 山岸春美<sup>1)</sup>, 藤田まどか<sup>1)</sup>  
高田 靖<sup>2)</sup>, 中島陽州<sup>2)</sup>, 中村全宏<sup>1)</sup>  
平野浩彦<sup>3)</sup>

Yukari Oouchi<sup>1)</sup>, Harumi Yamagishi<sup>1)</sup>  
Madoka Fujita<sup>1)</sup>, Yasushi Takada<sup>2)</sup>  
Akikuni Nakajima<sup>2)</sup>, Zenko Nakamura<sup>1)</sup>  
Hirohiko Hirano<sup>3)</sup>

社団法人東京都豊島区歯科医師会口腔保健センター  
あぜりあ歯科診療所<sup>1)</sup>

(社) 豊島区歯科医師会<sup>2)</sup>

東京都健康長寿医療センター<sup>3)</sup>

Oral Health Center, Azalea Dental Clinic<sup>1)</sup>

Tokyo Toshima Dental Association<sup>2)</sup>

Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital and  
Institute of Gerontology<sup>3)</sup>

**緒言:** 在宅医療および訪問歯科診療には他職種同士が情報を共有することは重要であり、連携は必須である。それをどのような方法で実施するかが大きな課題であると考えられる。当口腔保健センターでは他職種間の連携手段として「退院時カンファレンス」、「サービス担当者会議」等の他職種が集まる会合に参加してきた。今回はその取り組みと結果をまとめたので報告した。

**対象と方法:** 平成 21 年 7 月から平成 22 年 5 月末までに当口腔保健センターの担当している患者、もしくは今後その可能性がある患者を対象とし、その担当ケアマネージャーより要請を受け「退院時カンファレンス」、「サービス担当者会議」に参加した。当口腔保健センターからの参加職種は、歯科医師および歯科衛生士とした。

**結果:** 11 カ月間で参加件数は、「退院時カンファレンス」3 件、「サービス担当者会議」3 件、計 6 件と非常に要請が少なかった。しかし、参加した例においては医

療情報だけでなく、患者を取り巻く環境すべてを把握することができ、その後の治療計画立案がスムーズであった。また、日頃接することのない他職種と直接連携を取ることができ貴重な機会をもつことができた。

**考 察：**他職種の連携がスムーズに実施されていない場合において治療進行に時間を要するなど患者にとって不利益なことが多いと思われた。しかし、他職種連携を直接取ることにより、診療時に必要な情報収集や歯科側の情報を短時間で他職種同士が共有することが可能であり、効率良く在宅診療を進めることが可能であった。現状では、歯科の参加要請がまだ少なく、このような機会を生かすことができていない。在宅医療のなかで歯科医療も必須であるにもかかわらず、いまだ訪問歯科診療や歯科衛生士による訪問衛生指導の実施の認知度が低いことが理由の一つであると考えられた。今後、多くの在宅医療関連の事業所、地域の病院の医療連携室等に在宅歯科医療の啓発活動および広報活動が必要であると思われた。また、急遽開催される会議等に参加不可能な場合には書面等のやり取りも有効だが、当口腔保健センターでは豊島区歯科医師会の協力医のサポートによって常勤が常に会議に参加できるようなバックアップ体制を取っている。在宅歯科医療の充実においては、他職種連携のみでは達成されない。地域の歯科医療機関同士の連携や情報共有も大切であり、常に柔軟に即対応可能な体制を取ること重要であると言える。

#### 114. 診療所の訪問歯科医師が摂食・嚥下障害を顕在化し、病院歯科と連携することにより機能回復を図った1例

A Case Attempted Functional Restriction, That Visit Dentist in the Clinic Found Out Dysphagia Patient, and Cooperated with the Hospital Dentistry

井上統温<sup>1)</sup>, 戸原 玄<sup>1)</sup>, 島田みのり<sup>1)</sup>  
 飯田貴俊<sup>1)</sup>, 佐藤光保<sup>1)</sup>, 三瓶龍一<sup>1)</sup>  
 和田聡子<sup>1)</sup>, 市川敬一<sup>2)</sup>, 植田耕一郎<sup>1)</sup>  
 Motoharu Inoue<sup>1)</sup>, Haruka Tohara<sup>1)</sup>  
 Minori Shimada<sup>1)</sup>, Takatoshi Iida<sup>1)</sup>  
 Mitsuyasu Sato<sup>1)</sup>, Ryuichi Sanpei<sup>1)</sup>  
 Satoko Wada<sup>1)</sup>, Keiichi Ichikawa<sup>2)</sup>  
 Koichiro Ueda<sup>1)</sup>

日本大学歯学部摂食機能療法学講座<sup>1)</sup>  
 社団法人東京都足立区歯科医師会<sup>2)</sup>

Department of Dysphagia Rehabilitation,  
 Nihon University Graduate School of Dentistry<sup>1)</sup>

Tokyo Adachi Dental Association<sup>2)</sup>

**目 的：**脳血管障害などにより摂食・嚥下障害を患った患者のなかには、退院後自宅療養下で改善の見込みがありながらも見過ごされている場合が少なからず存在する。地域歯科医師会所属開業医と病院歯科が協力して摂食・嚥下機能と構音機能の評価およびリハビリテーションを実施し、奏効した1例を経験したのでこの症例について報告した。

**対象および方法：**58歳男性、平成20年11月24日に脳幹部梗塞を発症し、不全両片麻痺、構音障害、嚥下障害が出現した。同12月11日に気管切開施行され、初診時はスピーチカニューレが挿管、声門は閉鎖不全を呈し無声化の状態でも最長発声持続時間は0秒であった。平成21年1月19日胃瘻造設となり、栄養摂取方法は1日2食胃瘻より摂取し、1食のみ全粥、キザミ食、トロミ付き水分を摂取していた。患者本人・家族の経口摂取への希望は強く、担当ケアマネージャーより(社)足立区歯科医師会へ摂食・嚥下リハビリテーションの依頼があった。平成20年度摂食嚥下評価専門研修を受講していた地域歯科医師会所属開業医が在宅へ訪問し、スクリーニング検査および視診・問診を行い、食形態アップの可能性があると判断、日本大学歯学部摂食機能療法科へ紹介となった。初診時内視鏡検査を行った結果、1日1食米飯、常食摂取可と判断、声門閉鎖不全や入口部開大不全に対してはバイオフィードバック声門閉鎖訓練、舌骨上下筋ストレッチ、開口訓練などの間接訓練を開業医に指導した。その後当科と開業医は月に一度同席し、評価を行い、また開業医はそれとは別に月に1回以上訪問し、機能訓練を行った。

**結果と考察：**初診から4カ月でSpO<sub>2</sub>安定、誤嚥なく痰の量も少ないため主治医に気管カニューレ抜管を依頼し、6カ月で抜管に至った。胃瘻は抜管まで至っていないが使用しておらず、介助力の問題で朝食のみ経腸栄養剤を経口摂取し、機能的には3食常食摂取可能となった。有声音での発声持続時間は0秒であったが、3秒に延長した。

開業医が摂食嚥下評価専門研修を受講し、摂食・嚥下リハビリテーションの認識を深めたため、専門診療科への紹介が円滑に行われた。評価を専門診療科が行い、訓練を知識のある開業医が行うことにより効率的なリハビリテーションを行えた。その結果、摂食・嚥下機能のみならず構音機能の回復もなされた。開業医が摂食・嚥下リハビリテーションの知識を身につけることにより、今までより多くの患者を顕在化させることができ、専門診療科と連携すれば、多くの患者のQOLを向上できると

考えられる。

### 115. 東京都豊島区における医師会・歯科医師会・薬剤師会との在宅医療連携について

Collaboration of Home-Visit Treatment with Medical Association, Dental Association and Pharmaceutical Association in Tokyo-Toshimaku

高田 靖<sup>1)</sup>, 大内ゆかり<sup>1)</sup>, 中島陽州<sup>1)</sup>, 中村全宏<sup>2)</sup>  
山岸春美<sup>2)</sup>, 藤田まどか<sup>2)</sup>, 会沢咲子<sup>2)</sup>, 平野浩彦<sup>3)</sup>  
Yasushi Takada<sup>1)</sup>, Yukari Oouchi<sup>1)</sup>  
Akikuni Nakajima<sup>1)</sup>, Zenkou Nakamura<sup>1)</sup>  
Harumi Yamagishi<sup>2)</sup>, Madoka Fujita<sup>2)</sup>  
Sakiko Aizawa<sup>2)</sup>, Hirohiko Hirano<sup>3)</sup>

(社) 東京都豊島区歯科医師会<sup>1)</sup>  
豊島区口腔保健センターあぜりあ歯科診療所<sup>2)</sup>  
東京都健康長寿医療センター研究所<sup>3)</sup>  
Tokyo Toshima Dental Association<sup>1)</sup>  
Oral Health Center, Azalea Dental Clinic<sup>2)</sup>  
Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital  
and Institute of Gerontology<sup>3)</sup>

**目的:** 超高齢社会を迎え、在宅への訪問診療に対する需要は急速に増加しているが、その需要に対する供給側の整備は遅れていると言わざるを得ない。特に医科医療機関と歯科医療機関、薬局などの連携がうまく機能しているところは少ない。東京都豊島区では平成20年度から東京都の2年間の時限モデル事業「在宅医療ネットワーク推進事業」を通じて医師会、歯科医師会、薬剤師会との連携システムの構築を目指してきた。今回、この2年間に行ってきた取り組みと経緯等についてまとめたのでここに報告した。

**対象と方法:** 平成20年4月より平成22年3月までの2年間で「在宅医療ネットワーク推進事業」を通じて成し得た事業システムや成果について検討した。

**結果:** 医師会・歯科医師会共同による摂食嚥下障害者に対する豊島区独自の診療システムを構築することができた。また、在宅だけでなく、病院関係者への口腔ケアに対する啓発にも繋がるなどの成果があり、退院時カンファレンスへの歯科の参加のきっかけとなった。褥瘡・皮膚疾患への対応では在宅医と訪問診療する皮膚科専門医との連携体制がとれるようになり、また、褥瘡の改善には栄養状態の改善が欠かせないため在宅栄養サポート体制を整えことに繋がった。服薬指導では豊島区薬剤師会が連携して在宅で薬剤を宅配するとともに服薬

指導を行うシステムを構築した。豊島区医師会会員に対しては在宅医療への取り組みに関するアンケート調査を行い、その情報をもとに在宅医療のデータベースが構築され、認知症対応や在宅支援診療所との連携に利用されている。また、多職種が参加した症例検討会が開催され、今後もこのネットワークを生かした在宅医療・介護事業を推進していくことになった。

**考察:** これまでも当地区では医師会・歯科医師会・薬剤師会との連携は緊密にとれており三師会共催の学術講演会等も開催してきたが、今回「在宅医療ネットワーク推進事業」を通じてこれまでそれぞれが単独で取り組んできた在宅訪問診療のノウハウを共有することができ、患者紹介の円滑化に結びつけることが可能となった。この医療連携を円滑に進めて行く上ではそれぞれの会に拠点があることがワンストップサービスとして重要な要素であることがわかった。特に情報を一元的に管理しニーズに合わせた診療メニューを提供できるコーディネート機能が必要であると考えられた。豊島区でもこれまでは地域医療を総合的に所管する部署がなく、医療部門、介護部門、高齢者部門など、それぞれの立場から施策を推進してきたことを改善し、今後は、三師会だけでなく、訪問看護ステーションをはじめとした介護分野との連携も含め、さらにきめ細かい対応ができるような地域医療ネットワークを構築していくのに行政も積極的に関わることとなった。

### 116. 高齢者施設入所者の食事介助におけるトリアージタグ

Triage Tag for Support to Eating of the Elderly in Nursing Home

金子信子<sup>1)</sup>, 浅埜正人<sup>1)</sup>, 光山 誠<sup>2,3)</sup>, 野原幹司<sup>3)</sup>  
Nobuko Kaneko<sup>1)</sup>, Masato Asano<sup>1)</sup>  
Makoto Mitsuyama<sup>2,3)</sup>, Kanji Nohara<sup>3)</sup>

あさの歯科医院<sup>1)</sup>  
医療法人敬英会介護老人保健施設つるまち<sup>2)</sup>  
大阪大学歯学部附属病院顎口腔機能治療部<sup>3)</sup>  
Asano Dental Clinic<sup>1)</sup>  
Nursing Home Tsurumachi Medical Corporation<sup>2)</sup>  
Division for Oral-Facial Disorders, Osaka  
University Dental Hospital<sup>3)</sup>

**目的:** 施設入所中の高齢者が安全に食事時間を過ごすには、食事介助を行う施設職員の適切な知識や認識が不可欠である。しかしながら施設職員は多忙なため、食

口腔機能向上教室の支援。

**結 果：**①相談内容では歯科医院の紹介が多い。在宅の家族や訪問事業者（訪問看護ステーション・訪問介護事業所など）からの口腔ケアの訪問依頼も増えてきている。②平成20年度までは同じ建物の中の施設入居者の来院が9割を占めていた。平成21年度は区内の在宅受診者数が3割と増えてきた。③診療内容は義歯関係の処置が多いが、歯科衛生士が行う口腔ケアや摂食・嚥下指導が入ってくるようになった。またその他として、う蝕処置、歯周病の処置などが増えてきた。④年3回の啓発事業に加え、区民、介護職に対しての講習会の依頼が増えてきた。

**考察および今後の展望：**2年後の介護保険の見直しを踏まえ、まだまだ在宅におけるサービス不足が課題といわれている。土台作りの1年は、行政・地域歯科医歯科会・関連病院との指導の基に、少しずつではあるが医療関係者や地域に発信できたのではないかと考える。区内高齢者は、施設、在宅、病院とどこにいても口腔に関し同じレベルの口腔ケアが受けられる、地域連携クリティカルパスを目指し、更なる発信が必要と考える。また、若手の育成とともに社会のニーズに答えられる歯科衛生士であるため、常にスキルアップをはかり、研修会やスタッフ間のミーティングの充実を図りたい。

## 125. 認知症高齢者の地域ケア

### 一食事ケアでの歯科支援システムの提案（大田区での取り組みの概要報告）一

Community Care for the Elderly with Dementia in Ohta Ward, Tokyo

—A Report of Support System for Eating by Oomori Dental Association—

新谷浩和<sup>1)</sup>、平野浩彦<sup>2)</sup>、鈴木 央<sup>3)</sup>、山田律子<sup>4)</sup>  
 細野 純<sup>5)</sup>、大堀嘉子<sup>6)</sup>、竹内嘉伸<sup>7)</sup>、枝広あや子<sup>8)</sup>  
 渡邊 裕<sup>8)</sup>、勝田優一<sup>1)</sup>、倉治 隆<sup>1)</sup>  
 Hirokazu Niiya<sup>1)</sup>、Hirohiko Hirano<sup>2)</sup>  
 Hiroshi Suzuki<sup>3)</sup>、Ritsuko Yamada<sup>4)</sup>  
 Jun Hosono<sup>5)</sup>、Yoshiko Ohhori<sup>6)</sup>  
 Yoshinobu Takeuti<sup>7)</sup>、Ayako Eda<sup>8)</sup>  
 Yutaka Watanabe<sup>8)</sup>、Yuichi Katsuta<sup>1)</sup>  
 Takashi Kuraji<sup>1)</sup>

(社) 東京都大田区大森歯科医師会<sup>1)</sup>  
 東京都健康長寿医療センター研究所<sup>2)</sup>  
 (社) 大森医師会<sup>3)</sup>  
 北海道医療大学看護福祉学部<sup>4)</sup>

(社) 東京都歯科医師会<sup>5)</sup>  
 横浜高齢者グループホーム連絡会<sup>6)</sup>  
 南砺市民病院地域医療連携科<sup>7)</sup>  
 東京歯科大学オーラルメディスン・口腔外科学講座<sup>8)</sup>  
 Oomori Dental Association<sup>1)</sup>  
 Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital and  
 Institute of Gerontology<sup>2)</sup>  
 Oomori Medical Association<sup>3)</sup>  
 Health Sciences University of Hokkaido,  
 Gerontological Nursing<sup>4)</sup>  
 Tokyo Dental Association<sup>5)</sup>  
 Yokohama Elderly Group Home Association<sup>6)</sup>  
 Nanto Municipal Hospital<sup>7)</sup>  
 Department of Oral Medicine, Oral and  
 Maxillofacial Surgery, Tokyo Dental College<sup>8)</sup>

**結 言：**超高齢社会への突入を目前とし、高齢者の増加に伴い認知症高齢者も増加する。認知症高齢者の生活の場は在宅が多く、子供や配偶者などとの同居、または独居という暮らしである。家族介護者は、認知症を十分に理解できないままケアを始めることとなり負担や疲労も多く、介護力が非常に乏しいのが現状である。認知症高齢者においても「食べること」を支えるケアは、日常生活のなかで、生きる・活動するための栄養摂取は言うまでもなく、おいしさ・楽しみとして生きる意欲にもかかわる重要な要素である。在宅での「認知症の食事ケア」では、環境、行動障害、介助方法、摂食・嚥下機能障害などへの対応不備により、喫食量の低下、低栄養状態、窒息などの問題を引き起こすことも少なくない。このような状況に適切に対応できる歯科専門職への期待が高まっている。

**目的および方法：**(社) 東京都大田区大森歯科医師会は、歯科支援システムである「ねたきり高齢者訪問歯科支援事業」を活用し、認知症高齢者への訪問歯科健康診査を通じて、口腔領域の問題への対応と、「摂食・嚥下機能健康診査」から「認知症の食事ケア」を支援する取り組みを検討してきた。地域社会資源である多職種へ、その重要性を発信し周知事業を展開することで協働できるネットワークの構築、地域ケア体制の充実を図ることを目的とした。「認知症高齢者の食事ケア」に関する研修会、フォーラムへの関心が高いことから、多分野の専門職種と連携協働による周知事業を展開した。

**結 果：**認知症高齢者の食事ケアでは、家族介護者等から生活状況を聞き取り、多分野からの評価を参考にし、外部評価を行い、食欲やさまざまな意欲を引き出すことが有効であるとわかった。また家族等の介護者に対

して認知症の理解を促すとともに、レスパイトケアが重要であることがわかった。「認知症の食事ケア」という切り口での歯科からの情報発信は、より具体的な多分野による連携協働の手掛かりとなった。

まとめ：認知症の食事ケアにおいて、背景疾患と食行動に関連する評価・支援方法を確立することが求められている。それに基づき歯科専門職が適切な指導を行うとともに、口腔の問題点を解決していかねばならない。生活の場での食事ケアは、摂食・嚥下リハビリテーションを十分に理解し、機能の維持改善を目的とするものであり、食欲や自立への意欲を引き出し、おいしい、楽しいなどの人間本来の食べる喜びを感じることへの「復権」を目指していかなければならない。歯科専門職と、多分野からの視点による評価・支援方法が融合することにより、その人に適した個別の食事ケアが行えるようになることが重要である。認知症高齢者の医療、介護体制を充実させるためには、多分野とのネットワーク構築により、地域ケア体制の確立が急務であり、そのためには歯科からの「認知症の食事ケア」という情報発信が有効であると考えられた。

## 126. 口腔機能向上加算の実態調査

A Fact-Finding of the Additional Reward for Oral Cavity Function Improvement

久保田 守<sup>1)</sup>, 久保田あゆみ<sup>1)</sup>, 荒川秀樹<sup>2)</sup>  
 鍵和田 豊<sup>2)</sup>, 川瀬俊夫<sup>3)</sup>  
 Mamoru Kubota<sup>1)</sup>, Ayumi Kubota<sup>1)</sup>  
 Hideki Arakawa<sup>2)</sup>, Yutaka Kagiwada<sup>2)</sup>  
 Toshio Kawase<sup>3)</sup>

神奈川県<sup>1)</sup>  
 神奈川歯科大学顎口腔機能修復科学講座<sup>2)</sup>  
 神奈川歯科大学歯科生体工学<sup>3)</sup>  
 Kanagawa<sup>1)</sup>  
 Department of Prosthodontics,  
 Kanagawa Dental College<sup>2)</sup>  
 Department of Dental Biotechnology and  
 Bioengineering, Kanagawa Dental College<sup>3)</sup>

目的：平成18年に介護保険制度の改正で介護予防という観点が大きく取り上げられた。具体的なサービスとして、口腔機能向上サービスが導入された。健康の維持促進に貢献する制度であるが導入と応用には施設ごとで苦慮している場合もあると考えられる。そこで、この口腔機能向上加算がデイサービス（介護福祉施設）でど

のように実施されているのかをアンケート調査を行った。

対象および方法：調査は、横浜、川崎を除く、平塚、大磯、小田原、茅ヶ崎、藤沢の神奈川県西部地区にある、203カ所の高齢者介護施設にアンケート調査を依頼し集計した。調査項目は、3項目に分けて行った。まず、施設の状況を把握するために、施設運営のあり方を回答してもらった。次に、平成18年度より算定可能になった、口腔機能向上加算の算定をしている事業所に対して、算定への考え方と算定後の利用者の変化などをアンケートした。また、口腔機能向上加算を算定していない事業所についてもどのような考えで算定していないのか調査した。最後に、口腔機能向上加算について意見の記入をお願いした。

結果と考察：アンケート調査は、神奈川県西部地区の203カ所のデイサービスの管理者を対象に行った。203カ所の事業所のうち、80カ所から回答を得て、回収率は39.4%であった。口腔機能向上加算の算定の有無は、80カ所のうち12カ所の15%の事業所のみが算定していた。事業所での看護師の配置が64.6%であるが、口腔機能向上加算の算定を行っているのは約15%の事業所に止まっていた。口腔機能向上加算算定をしている事業所で、専門職の協力を受けている事業所は3カ所で25%、受けていないのが9カ所で75%であった。口腔機能向上加算の算定をしていない事業所についてであるが、平成21年4月の報酬改定で、1口腔機能向上加算が100単位から150単位になったが新たに算定したかについての質問をしたところ、報酬改定はあったものの、算定していない事業所は60カ所で91%であった。また検討中の事業所は5カ所で7%、算定したと答えた事業所は1カ所であった。20年度まで算定しなかった理由は、看護師等の職員の配置が整わないというのが36カ所で34%、書類が面倒というのが35カ所で34%、単価が低いのが17カ所で16%、わからないのが6カ所で6%であった。今回の調査で、口腔機能向上の必要性は認められるものの、介護保険制度や専門職の配置などの問題が浮かび上がってきた。今後このような問題を解決しなければ、デイサービスでの口腔機能向上加算は望めないのではないかと考えられた。

## 127. 地域連携における摂食・嚥下研修会の取り組み

—食支援連携にむけて

Approach of Feeding/Swallowing Workshop for Region Cooperation

—Dietary Support

ば難渋する。そこで、本研究では患者の動脈壁の硬さの状態（血管壁硬度）を全身状態把握の指標として、歯科治療時の循環変動との関係について検討した。

**方 法：**葛飾区たんばば歯科診療所に来院する寝たきり老人のうち、重度歯周炎のために抜歯術を受ける患者18例（年齢 $75.1 \pm 10.6$ 歳、BMI $24.4 \pm 4.5$ ）を対象とした。血管壁硬度としては、上腕-足首動脈脈波伝播速度（baPWV）を用いた。歯科診療前にbaPWVと同時に、足関節/上腕血圧指数（ABPI：足首と上腕の血圧の比）を測定した。また、診療開始から終了まで2.5~5分間隔で収縮期血圧（SBP）および脈拍数（PR）を測定した。術中の循環動態のばらつきの程度との関係を調べるために、それらの平均とその変動係数（CV<sub>SBP</sub>、CV<sub>PR</sub>）を算出し、baPWVとの相関関係について検討した。

**結 果：**対象患者の既往疾患は、脳血管障害や高血圧症が多く、保有する疾患は多岐にわたった。平均常用薬剤数は $7.7 \pm 4.0$ 種（最高14種）であった。

対象患者の術前における各パラメータの平均値は、baPWV： $20.09 \pm 5.37$  m/秒、ABPI： $1.08 \pm 0.13$ 、SBP： $141.8 \pm 23.2$  mmHg、PR： $71.6 \pm 14.0$  回/分であった。baPWVは術前のSBP、PRと正相関（SBP： $r = 0.583$ 、 $p = 0.011$ 、PR： $r = 0.477$ 、 $p = 0.045$ ）を示した。

baPWVと術中SBPとの関係については、標準偏差とは有意な相関がみられなかったが、平均値とは正相関（ $r = 0.630$ 、 $p = 0.005$ ）を示し、CV<sub>SBP</sub>と負の相関（ $r = -0.505$ 、 $p = 0.033$ ）を示した。またbaPWVと術中PRとの関係については相関がみられなかった。

**考 察：**寝たきり老人の歯科治療において、baPWVが高値を示すにつれて、CV<sub>SBP</sub>は低値を示した。その理由としては、①もともと血管壁が硬いために術前SBPが高く術中も高値のままとなること、②循環変動への影響が少ない局所麻酔薬の使用や慎重な抜歯操作への配慮により術中SBP標準偏差と有意な相関がみられなかったこと、③自律神経活動の低下や常用薬剤の循環変動の安定化によること等が考えられた。

**結 論：**baPWV高値患者では、診療を通して血圧そのものは高値を示したため、変動が小さいとはいえ著しく高値にならないよう細心の注意を払う必要があると考えられた。以上のことから、全身状態把握のスクリーニングの指標としてbaPWVは有用である可能性が示唆された。

#### 143. 認知症高齢者の食行動に関する実態調査報告 第1報

#### —食事関連 BPSD 調査票の考案—

Feeding Behavior in the Elderly with Dementia (Part 1)

A New Designed Recording Sheet about BPSD at Mealtimes

枝広あや子<sup>1)</sup>、平野浩彦<sup>2)</sup>、大内ゆかり<sup>3)</sup>、渡邊 裕<sup>1)</sup>  
戸原 玄<sup>4)</sup>、千葉由美<sup>5)</sup>、山田律子<sup>6)</sup>、山根源之<sup>1)</sup>  
Ayako Eda<sup>1)</sup>、Hirohiko Hirano<sup>2)</sup>  
Yukari Oouchi<sup>3)</sup>、Yutaka Watanabe<sup>1)</sup>  
Haruka Tohara<sup>4)</sup>、Yumi Chiba<sup>5)</sup>  
Ritsuko Yamada<sup>6)</sup>、Gen-yuki Yamane<sup>1)</sup>

東京歯科大学オーラルメディスン・口腔外科学講座<sup>1)</sup>

東京都健康長寿医療センター研究所<sup>2)</sup>

豊島区歯科医師会口腔保健センター

あぜりあ歯科診療所<sup>3)</sup>

日本大学歯学部摂食機能療法学講座<sup>4)</sup>

千葉県立保健医療大学健康科学部<sup>5)</sup>

北海道医療大学看護福祉学部<sup>6)</sup>

Department of Oral Medicine, Oral and Maxillofacial Surgery, Tokyo Dental College<sup>1)</sup>

Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital and

Institute of Gerontology<sup>2)</sup>

Toshima Dental Association Oral Health Center,

Azeria Dental Clinic<sup>3)</sup>

Department of Dysphagia Rehabilitation,

Nihon University School of Dentistry<sup>4)</sup>

School of Health Sciences, Chiba Prefectural

University of Health Sciences<sup>5)</sup>

School of Nursing & Social Services, Health

Sciences University of Hokkaido<sup>6)</sup>

**目 的：**認知症高齢者の BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：認知症に伴う行動障害と精神症状) は環境の影響も受けるため、そのアセスメントやケア方法への関心が高まりつつある。認知症の進行に伴い「食べ始めない」「食事の中断」など食事関連の行動障害等（以下、食事関連 BPSD）が出現するが、十分な実態把握に至っていないのが現状である。そこで認知症高齢者の食事関連 BPSD の実態を把握することを目的に、食行動実態調査票を考案し、その有効性を検討した。

**対象および方法：**

1. 食行動実態調査票の開発と分析方法の考案：山田らの摂食サイクル測定シート（1999）を参考に、認知症

高齢者の食行動と環境の相互作用を観察・測定し、記録するシート（食行動実態調査票）を作成した。食行動の質的分析と、「食事時間」「摂取量」「自立摂食回数」「介入回数」「食事ペース」などの量的分析が可能になるよう考案した。

2. 食行動実態調査票の検証：対象は、特別養護老人ホーム入所中の要介護高齢者75名（女性64名；平均年齢 $85.7 \pm 9.7$ 歳，男性11名；平均年齢 $81.0 \pm 9.9$ 歳）である。

方法は、食行動実態調査票を用いた調査に加え、認知症重症度（CDR）、栄養評価（血清アルブミン値、BMI、MNA：Mini Nutritional Assessment）、日常生活状況（BI：Barthel Index）、意欲（VI：Vitality Index）も調査した。分析には、共分散分析、 $\chi^2$ 検定、t検定、スピアマンの順位相関を用いた。

結果と考察：対象の認知症重症度ではCDR3が34名（45.3%）、次いでCDR2が22名（29.3%）であった。診断は、血管性認知症が34名（45.3%）、アルツハイマー型認知症が14名（18.7%）、混合型が11名（14.7%）で、前頭側頭型認知症とレビー小体型認知症は少数名であった。

認知症が重度の者ほど「総食事時間」「食事開始までの時間」「中断時間」が延長し、また「むせの回数」「被誘導回数」「介助割合」は増加し、「自立摂食率」は有意に低下した（ $p < 0.05$ ）。また「MMSE」「VI」と「自立摂食割合」（ $\rho = 0.384$ ,  $p < 0.01$ ； $\rho = 0.451$ ,  $p < 0.01$ ）や「自立摂食量」（ $\rho = 0.370$ ,  $p < 0.01$ ； $\rho = 0.382$ ,  $p < 0.01$ ）、また「BI」と「自立摂食割合」（ $\rho = 0.392$ ,  $p < 0.01$ ）に強い相関を認めた。さらに「BMI」は「自立摂食時間」「自立摂食量」「VI」と弱い相関を示したことから、日常生活の自立や意欲を高める支援が自立摂食割合も高め、栄養状態の向上につながることを示唆された。

今回考案した食行動実態調査票は、認知症高齢者の食事関連BPSDの客観的把握に有効であった。今後は、認知症の原因疾患別の食事関連BPSDの検討が必要である。

#### 144. 認知症高齢者の食行動に関する実態調査報告 第2報

—認知症の原因疾患および重症度の視点から—

Feeding Behavior in the Elderly with Dementia  
(Part 2)

Comparison with the Severity and Causes of  
Dementia

枝広あや子<sup>1)</sup>、平野浩彦<sup>2)</sup>、小原由紀<sup>3)</sup>、大内ゆかり<sup>4)</sup>  
大堀嘉子<sup>5)</sup>、菅 武雄<sup>6)</sup>、渡邊 裕<sup>1)</sup>、戸原 玄<sup>7)</sup>  
千葉由美<sup>8)</sup>、新谷浩和<sup>9)</sup>、高田 靖<sup>10)</sup>、細野 純<sup>11)</sup>  
佐々木 健<sup>12)</sup>、那須都夫<sup>13)</sup>、山田律子<sup>14)</sup>  
山根源之<sup>1)</sup>、鈴木隆雄<sup>15)</sup>

Ayako Edahiro<sup>1)</sup>, Hirohiko Hirano<sup>2)</sup>

Yuki Ohara<sup>3)</sup>, Yukari Oouchi<sup>4)</sup>

Yoshiko Ohhori<sup>5)</sup>, Takeo Suga<sup>6)</sup>

Yutaka Watanabe<sup>1)</sup>, Haruka Tohara<sup>7)</sup>

Yumi Chiba<sup>8)</sup>, Hirokazu Niiya<sup>9)</sup>

Yasushi Takada<sup>10)</sup>, Jun Hosono<sup>11)</sup>

Takeshi Sasaki<sup>12)</sup>, Ikuo Nasu<sup>13)</sup>

Ritsuko Yamada<sup>14)</sup>, Gen-yuki Yamane<sup>1)</sup>

Takao Suzuki<sup>15)</sup>

東京歯科大学オーラルメディスン・口腔外科学講座<sup>1)</sup>

東京都健康長寿医療センター研究所<sup>2)</sup>

東京医科歯科大学歯学部口腔保健学科<sup>3)</sup>

豊島区歯科医師会口腔保健センター

あぜりあ歯科診療所<sup>4)</sup>

横浜高齢者グループホーム連絡会<sup>5)</sup>

鶴見大学歯学部高齢者歯科講座<sup>6)</sup>

日本大学歯学部摂食機能療法学講座<sup>7)</sup>

千葉県立保健医療大学健康科学部<sup>8)</sup>

(社)大森歯科医師会<sup>9)</sup>

(社)豊島区歯科医師会<sup>10)</sup>

(社)東京都歯科医師会<sup>11)</sup>

北海道保健福祉部健康安全局<sup>12)</sup>

日本大学松戸歯学部地域保健学<sup>13)</sup>

北海道医療大学看護福祉学部<sup>14)</sup>

国立長寿医療センター研究所<sup>15)</sup>

Department of Oral Medicine, Oral and Maxillofacial  
Surgery, Tokyo Dental College<sup>1)</sup>

Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital and  
Institute of Gerontology<sup>2)</sup>

School of Oral Health Care Sciences, Faculty of  
Dentistry, Tokyo Medical and Dental University<sup>3)</sup>

Toshima Dental Association Oral Health Center,  
Azeria Dental Clinic<sup>4)</sup>

Yokohama Elderly Group Home Association<sup>5)</sup>

Department of Geriatric Dentistry, Tsurumi  
University School of Dental Medicine<sup>6)</sup>

Department of Dysphagia Rehabilitation, Nihon  
University School of Dentistry<sup>7)</sup>

School of Health Sciences, Chiba Prefectural  
University of Health Sciences<sup>8)</sup>



Oomori Dental Association<sup>9)</sup>  
Toshima Dental Association<sup>10)</sup>  
Tokyo Dental Association<sup>11)</sup>

Department Health and Welfare, Bureau of Health  
and Safety, Hokkaido Government<sup>12)</sup>

Nihon University School of Dentistry at Matsudo<sup>13)</sup>

School of Nursing & Social Services,

Health Sciences University of Hokkaido<sup>14)</sup>

National Institute for Longevity Sciences<sup>15)</sup>

**目 的：**認知症の原因疾患や重症度が異なると、食事関連 BPSD も異なることが予測される。食事関連 BPSD への効果的介入を行うためには、まずは認知症の原因疾患と重症度別にその特徴を把握することが急務である。本研究の目的は、先に作成した食行動実態調査票を用いて、個別に食事関連 BPSD と食事環境を主眼とした観察調査を実施し、認知症の原因疾患別および重症度別に食事関連 BPSD の特徴を把握することである。

**対象および方法：**対象は、施設（特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム）入所者、認知症専門病棟の入院患者 363 名（女性 299 名、男性 64 名、平均年齢  $84.6 \pm 9.6$  歳）である。このうち、認知症の原因疾患が明記され、かつ同意が得られた 297 名を最終的な対象とした。主な原因疾患は、アルツハイマー型認知症 (AD) 132 名、血管性認知症 (VaD) 75 名、その混合型が 39 名、前頭側頭型認知症 (FTD) 28 名、レビー小体型認知症 (LBD) 4 名であった。東京都健康長寿医療センター倫理審査委員会の承認を得た上で、本人と家族に研究の趣旨と方法をはじめプライバシー保護等を説明し、書面にて同意を得た。方法は、「観察調査」（食行動実態調査）と「面接調査」（認知機能検査 (MMSE)、認知症重症度 (CDR)、神経学的所見、および口腔機能評価）を行った。面接調査は、医師（対象病院）と事前に診査内容に関する研修を受けた歯科医師（老年歯科医学会認定医）が行った。さらに看護・介護職員に「質問紙調査」を実施し、年齢、性別、身長、体重、既往歴、服用状況など基礎調査項目、自立度評価、神経学的所見、摂食力評価、Vitality Index (VI)、Barthel Index (BI) など日常生活機能評価、栄養評価（血清 Alb 値、Body Mass Index : BMI, Mini Nutritional Assessment : MNA）を調査した。分析方法は、認知症の原因疾患と重症度の 2 軸で各調査データを比較分析し、統計学的解析には、共分散分析、 $\chi^2$ 検定、t 検定を用いた。**結果と考察：**MNA は認知症が重度の者ほど有意に低下していたが、認知症の原因疾患別の差はみられなかった。BI, VI, MMSE は認知症重度者で有意に低下し

( $p < 0.05$ )、BI は AD や FTD で高く、逆に運動機能が障害されやすい VaD で有意に低かった。食事関連 BPSD は、認知症が重度の者ほど食事開始や食事動作の自立度、注意維持が低下し、結果として食事時間が延長する傾向にあった。また、過食や他人の食事に手をつける、食事の乱れの変動などは FTD や LBD で有意に多く、原因疾患による違いを認めた。

以上より、認知症の原因疾患や重症度で食事関連 BPSD の様相が異なることが示されたが、対象数が少ないことから、今後は対象数を拡大し、さらなる検討が必要である。

#### 145. 歯が要介護高齢者の肺炎死に与える影響について

Relationship between Number of Teeth and Mortality from Pneumonia in Elderly Patients

森本清香<sup>1)</sup>, 寺田貴美江<sup>1)</sup>, 岸 直子<sup>2)</sup>, 原田計真<sup>2)</sup>  
松田智子<sup>2)</sup>, 仁尾公美子<sup>1)</sup>, 佐久川敦子<sup>1)</sup>  
磯部智子<sup>1)</sup>, 金城愛梨<sup>1)</sup>, 木村絵美子<sup>1)</sup>  
Sayaka Morimoto<sup>1)</sup>, Kimie Terada<sup>1)</sup>  
Naoko Kisi<sup>2)</sup>, Kazuma Harada<sup>2)</sup>  
Satoko Matsuda<sup>2)</sup>, Kumiko Nio<sup>1)</sup>  
Atsuko Sakugawa<sup>1)</sup>, Tomoko Isobe<sup>1)</sup>  
Airi Kinjou<sup>1)</sup>, Emiko Kimura<sup>1)</sup>

阪和第二泉北病院歯科<sup>1)</sup>

大阪大学大学院歯学研究科顎口腔病因病態制御学講座  
口腔外科学第一教室<sup>2)</sup>

Dentistry, Hanwa Daini Senboku Hospital<sup>1)</sup>

First Department of Oral and Maxillofacial Surgery,  
Osaka University Graduate School of Dentistry<sup>2)</sup>

**目 的：**現在の日本において肺炎は要介護高齢者の直接死因の上位を占める。口腔衛生状態が肺炎の発生に関わっていると報告されている。歯の有無は口腔内細菌叢に変化をもたらし、ひいては肺炎の発生に影響を与えるのではないかと考えた。今回、療養型病院入院中に死亡した高齢者のデータを元に、歯の有無および残存歯数が肺炎関連死に影響するかを検討した。

**対象および方法：**調査対象は、阪和第二泉北病院入院中 65 歳以上で死亡し、かつ定期的に歯科医師による口腔内検診を受けていた患者である。総数 1586 名（男性 522 名、女性 1064 名）、平均死亡時年齢は 84.8 歳であった。患者の死亡診断書を基に、肺炎が死亡に関与しているものを肺炎関連死亡群、肺炎が死亡に関与していないものを非肺炎関連死亡群とした。肺炎関連死亡群

## 認知症高齢者の食行動の特徴－認知症の重症度および原因疾患別の分析

<sup>1</sup>北海道医療大学看護福祉学部看護学科

<sup>2</sup>東京都健康長寿医療センター研究所

<sup>3</sup>東京歯科大学オーラルメディスン・口腔外科学講座

<sup>4</sup>千葉県立保健医療大学健康科学部

<sup>5</sup>日本大学歯学部 摂食機能療法学講座

<sup>6</sup>北海道保健福祉部健康安全局

<sup>7</sup>社団法人大森歯科医師会

<sup>8</sup>社団法人東京都歯科医師会

<sup>9</sup>横浜高齢者グループホーム連絡会

山田 律子<sup>1</sup>、平野 浩彦<sup>2</sup>、枝広 あや子<sup>3</sup>、  
千葉 由美<sup>4</sup>、戸原 玄<sup>5</sup>、佐々木 健<sup>6</sup>、  
新谷 浩和<sup>7</sup>、細野 純<sup>8</sup>、大堀 嘉子<sup>9</sup>、  
渡邊 裕<sup>2</sup>

【目的】認知症の重症度や原因疾患によって食行動に及ぼす影響も異なるが、系統立った視点で認知症高齢者の食行動の特徴を示した研究は見当たらない。本研究の目的は、認知症高齢者の食行動の特徴について認知症の重症度および原因疾患別に明らかにすることである。

【方法】対象は、療養病床(認知症専門病棟)に入院中で経口摂取している高齢者35人(全数)のうち同意が得られた33人である。

調査期間は、2009年10月9日から2010年1月20日である。主な調査項目は、基本属性、認知機能、神経学的所見、日常生活活動、口腔機能、摂食・嚥下機能、食行動(摂食困難度を含む)である。

倫理的配慮：対象と代理人に研究目的と方法、同意後の随時撤回、成果公表とプライバシー保護など説明し、書面と口頭による同意を得た。

【結果】対象の年齢の中央値は89(72-100)歳で、女性が31人(93.9%)を占めた。アルツハイマー病(AD)11人(33.3%)と血管性認知症(VaD)11人(33.3%)と最も多く、認知症の重症度は重度が66.7%、要介護4と5で75.7%を占めた。

摂食困難度と認知症の重症度との関係では、スピアマンの順位相関で $\rho = 0.801$ ( $p < .0001$ )と強い相関を認めたが、さらに要介護度( $\rho = -0.718$ ,  $p < .0001$ )、年齢( $\rho = -0.437$ ,  $p = .011$ )との間にも相関を認めた。

摂食困難内容では、毎食できない者が最も多かったのは、蓋の開閉など「巧緻性の低下」69.7%で、次いで「道具使用困難」60.6%であった。時々できない者も含めると、「巧緻性の低下」90.9%、「一口量が適量すくえない」78.8%、「食事上の注意維持困難」72.7%、「摂食開始困難」69.7%が上位を占めていた。さらに毎食むせる者は皆無だったが、時々むせる者は45.5%存在した。嚥下障害はADでは後期だが、VaDでは初期から出現していた。

【結語】認知症の重症度と原因疾患別の認知症高齢者の食行動の特性が示され、特に嚥下障害のリスク管理では、2つの観点を考慮することが不可欠である。

## いわゆる一般健常高齢者における潜在的摂食機能低下の現状について(第1報)

<sup>1</sup>岐阜保健短期大学看護学科

<sup>2</sup>岐阜保健短期大学リハビリテーション学科

<sup>3</sup>藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科

<sup>4</sup>蟹江町役場民生部健康推進課

<sup>5</sup>岐阜保健短期大学

成瀬 基子<sup>1</sup>、武田 陽子<sup>1</sup>、前田 恵津子<sup>1</sup>、  
南谷 さつき<sup>2</sup>、田上 裕記<sup>2</sup>、三輪 美紀<sup>1</sup>、  
金田 嘉清<sup>3</sup>、能島 頼子<sup>4</sup>、河田 美紀<sup>5</sup>、  
太田 清人<sup>1</sup>

【はじめに】加齢に伴う嚥下機能の低下は変化が緩やかなため、機能障害として自覚することは難しい。今回、一般健常高齢者の潜在的摂食機能低下の現状について調査する目的で健常高齢者にアンケートを実施したので報告する。

【対象】老人クラブに参加している一般健常高齢者512名

【方法】嚥下困難感や義歯適合、口腔機能など嚥下5期に基づいた普段の食事に関わる16問の質問と現病歴と服用中の内服薬について面接法でアンケート調査を行い、二者択一で回答を得た。

【結果】前期高齢者:362名(男性172名、女性190名)、後期高齢者:123名(男性51名、女性72名)、超高齢者:27名(男性10名、女性17名)であった。嚥下各期における摂食機能低下の自覚症状の割合は準備期では前期11.6%後期13.8%超25.9%、口腔期は前期0.3%後期3.3%超18.5%、咽頭期は前期5.2%後期16.3%超59.3%、食道期は前期0.8%後期6.5%超37%であった。現病歴や服用中の内服薬は有意差なく全ての高齢者に何らかの持病があり、治療薬を内服している結果であった。摂食機能に関する質問については加齢に伴う有意差が認められた。

【考察】健常高齢者であっても、加齢に伴う筋力の低下や歯牙の喪失などによって摂食機能に直接影響を及ぼしている。今回の結果では、摂食・嚥下障害を発症する既往がない高齢者であっても1.70歳以上であること2.残歯が半数以下、もしくは義歯を使用していること3.口腔内が乾燥しやすいこと4.食事中によくむせることがある5.食事に時間がかかることの以上が当てはまる場合には誤嚥リスクが高いことが示唆された。

【まとめ】高齢者の場合は摂食機能障害に直結する既往歴がなくても加齢変化という誰にでも起こりうる条件によって摂食機能の低下は認められ、誤嚥リスクは高まる。今後は本研究の結果をふまえて、病院や施設などで高齢者が安全に食事を食べることができるための対策を考えていきたい。

## 認知症高齢者の食行動実態調査 第2報 —アルツハイマー型認知症と前頭側頭型認知症の特徴—

<sup>1</sup>東京歯科大学 オーラルメディスン・口腔外科学講座

<sup>2</sup>東京都健康長寿医療センター研究所

<sup>3</sup>日本大学歯学部摂食機能療法学講座

<sup>4</sup>(社)大森歯科医師会

<sup>5</sup>(社)豊島区歯科医師会

<sup>6</sup>(社)東京都歯科医師会

<sup>7</sup>北海道保健福祉部健康安全局

<sup>8</sup>北海道医療大学看護福祉学部

枝広 あや子<sup>1</sup>、平野 浩彦<sup>2</sup>、渡邊 裕<sup>1</sup>、  
戸原 玄<sup>3</sup>、新谷 浩和<sup>4</sup>、高田 靖<sup>5</sup>、  
細野 純<sup>6</sup>、佐々木 健<sup>7</sup>、山田 律子<sup>8</sup>、  
山根 源之<sup>1</sup>

【緒言】認知症高齢者において認知症が重度化し日常生活自立度が低下した状態であっても、食事には興味を示し自立摂食をする者は多くみられる。一方、食事を開始しない、食事を中断する、食具が使用できず手づかみで食べる、など、介護現場で困窮する食事関連BPSDが生じている実情もあり、認知症の問題が重要な因子と推察されているが、その実態についての詳細な調査は行われていない。食事関連BPSDには、個別の食事環境に主眼をおいたアセスメントに基づいた支援の必要性が示唆されていることを踏まえ、認知症の背景疾患および重症度を含め、認知症高齢者の食行動実態調査を行った。今回の調査においてアルツハイマー型認知症(以下AD)と前頭側頭型認知症(以下FTD)の食行動の特徴に若干の知見を得たので報告する。

【対象】認知症病棟、特別養護老人ホーム、グループホームに入所中の認知症高齢者50人(AD25人、FTD25人)

【方法】食行動実態調査票を用い、食行動観察を行った。さらにMMSE(Mini-Mental State Examination)、認知症重症度、神経学的所見、及び口腔機能評価を行った。また看護・介護職員に対し質問紙を用い、基礎疾患、栄養状態、投薬内容、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、摂食力評価、Berthel Index、Vitality Index、日常介助受容状況などについて調査を行った。

【結果】ADでは、見当識障害による食具の混乱や行為の混乱、注意障害による食事中断が多かった。FTDでは、食事の自立度は高くても脱抑制、常同行動、口唇傾向に伴う速い摂食ペース、皿紙め行為が多くみられた。

【まとめ】ADとFTDでは食事関連BPSDの様相が異なっていた。従来の認知症の認識はADに関するものがほとんどであり、AD以外の認知症の背景疾患および重症度に応じた支援方法の確立の必要性が確認された。

## アルツハイマー型認知症高齢者における食行動障害への支援経験

<sup>1</sup>横浜高齢者グループホーム連總會

<sup>2</sup>医療法人活人会高齢者グループホーム横浜はつらつ

<sup>3</sup>医療法人活人会高齢者グループホーム横浜ゆうゆう

<sup>4</sup>鶴見大学歯学部高齢者歯科学講座

<sup>5</sup>東京都健康長寿医療センター研究所

大堀 嘉子<sup>1</sup>、田中 香南江<sup>2</sup>、長本 節子<sup>2</sup>、  
井上 義臣<sup>3</sup>、奥田 しのぶ<sup>3</sup>、飯田 良平<sup>4</sup>、  
平野 浩彦<sup>5</sup>

【背景】さまざまな機能が連携し「食べる」という一連のプロセスが行われている。認知症を有する人は、これらの機能の1つ、あるいはいくつかの機能低下、さらには機能の連携低下により食行動障害を来すことになる。こういった状態は認知症に伴う周辺症状としてとらえられることが多く、これらの症状への対応方法が明確でないことから対応困難とみなされてしまうケースが少なくない。例えば、空腹感「お腹がすいた」ことへの本人が体感する感覚であるが、認知症高齢者は「空腹感」が何を示すものなのか判断できなかつたり、さらに判断できない感覚を周囲の人に伝えられず不安に陥ったりすることもある。また、用意された食事や食具への対応方法がわからず、食事が開始できないケースもあり、こういったケースは「食事拒否」「食事への意欲低下」と判断され、安易に食事介助が行われ、本人の残存している機能やそれを活かす機会を奪い取っているケースも多いと推察される。認知症高齢者グループホームでは、認知症高齢者の食事も含めた日常生活支えるためのケア方法を模索し、本人の持てる力を可能な限り発揮できる環境づくりを行っている。本報告では、アルツハイマー型認知症と診断された入居者について食支援を実施した経過を若干の知見を含め報告する。

【症例概要】対象は、88歳男性、77歳女性、89歳女性の3名であった。食行動障害として、「食事を食事と認識しない」「おかずを他のお皿に移動させるなどを繰り返し食事に集中できない」「主食または副食を混ぜ合わせたりして食事が始まらない」「柄のついた食器では食事に集中できない」などが認められた。対応として、「食事の声かけをし、食具と食器を持つ誘導」「複数の食器での食事提供を避ける」「ワンプレートに主食と副食を少量ずつ提供し、最初のみ介助する」「無地の食器を使用」などの方法で食事の自立支援を行い、良好な結果を得た。

## 介護予防における口腔機能向上サービスの推進に関する研究～口腔機能向上サービスの普及・啓発のための研修結果～

- <sup>1</sup>特定医療法人原土井病院歯科  
<sup>2</sup>東京歯科大学オーラルメディスン・口腔外科学講座  
<sup>3</sup>社団法人日本歯科医師会  
<sup>4</sup>日本大学歯学部摂食嚥下療法学講座  
<sup>5</sup>日本歯科大学口腔介護・リハビリテーションセンター  
<sup>6</sup>神奈川県厚木保健福祉事務所  
<sup>7</sup>東京都健康長寿医療センター研究所  
<sup>8</sup>東北福祉大学健康科学部医療経営管理学科  
<sup>9</sup>岡山大学病院特殊歯科総合治療部  
<sup>10</sup>徳島大学歯学部高齢者歯科学講座  
<sup>11</sup>新潟大学医学部総合病院口腔保健科加齢歯科診療室  
<sup>12</sup>東京歯科大学摂食・嚥下リハビリテーション・地域支援科  
<sup>13</sup>大阪大学歯学部附属病院顎口腔機能治療部  
<sup>14</sup>東北大学大学院歯学研究科口腔保健発達学講座国際歯科保健学分野  
<sup>15</sup>東京歯科大学衛生学講座

岩佐 康行<sup>1</sup>、渡邊 裕<sup>2</sup>、池主 憲夫<sup>3</sup>、  
 植田 耕一郎<sup>4</sup>、菊谷 武<sup>5</sup>、北原 稔<sup>6</sup>、  
 戸原 玄<sup>4</sup>、平野 浩彦<sup>7</sup>、渡部 芳彦<sup>8</sup>、  
 有岡 享子<sup>9</sup>、飯田 良平<sup>10</sup>、伊藤 加代子<sup>11</sup>、  
 石田 瞭<sup>12</sup>、野原 幹司<sup>13</sup>、小坂 健<sup>14</sup>、  
 眞木 吉信<sup>15</sup>、山根 源之<sup>2</sup>

**【目的】**平成18年度に導入された口腔機能向上サービス(口腔機能向上加算)は、平成21年度の介護報酬改定で、さらにサービスの提供が行いやすいように報酬単位の引き上げ等が行われた。今回、口腔機能向上サービスの普及・啓発のための研修とアンケート調査を行ったので報告する。

**【方法】**平成21年12月から平成22年1月に、全国10か所で介護予防従事者を対象として、DVD等による口腔機能向上サービスに関する研修会を開催した。介護関係者、歯科衛生士、歯科医師に区分したアンケート調査を行い、口腔機能向上サービスにかかる平成21年度介護報酬改定の結果検証を行った。

**【結果と考察】**研修会には1,486名が参加し、アンケートの回収率は70.6%であった。報酬単位の引き上げと、それぞれの専門分野に係わる改定項目については把握されていたが、他の項目は十分把握されていなかった。DVD研修ではサービスの実務に対する理解度は高かったが、介護関係者において、アセスメント等の書類の扱いを「理解できた」のは26.5%であった。書類の扱いには「口腔機能向上マニュアル(改訂版)」の活用が考えられるが、介護関係者と歯科医師の半数近くには存在も知られていなかった。したがって、マニュアルの普及と実務面の研修が必要と思われる。また、介護関係者の25.4%は加算を実施することに意欲的であったが、不安要素として「必要な人材の配置が困難」との回答が最も多く、その職種は「歯科衛生士」であった。歯科衛生士は65.4%が「従事してみたい」と回答していたが、歯科医師は、介護分野で歯科衛生士を受け入れる条件、歯科衛生士の能力の差をいかに平均化するかなどの点を懸念していた。以上のことから口腔機能向上サービスの普及には歯科衛生士など専門職種の養成、配置が重要であり、今後は就労を促進するための取り組みや口腔機能向上に関する歯科衛生士の教育・研修のプログラムを戦略的に実施する必要性が示唆された。

P-36

0805

台東区介護老人福祉施設入居者の歯周疾患罹患状況の推移

関野 愉

キーワード：要介護高齢者，歯周病，プロービング

【目的】我々は平成 17 年より，台東区の介護老人福祉施設入居者の歯周疾患の罹患状況の調査を遂行してきた。今回我々は平成 17 年および 20 年の入居者の歯周組織検査結果を比較する事で，その推移を調査した。

【材料および方法】平成 17 年に東京都台東区の介護老人福祉施設 5 カ所において行った調査では，入居者のうち歯を有していた 54 歳～101 歳（平均 81.9 歳±7.5）の 81 名（男性 23 名，女性 58 名）を対象とした。これらの対象者に，一般的な歯科的検査に加えて，プラーク指数（PII），プロービング・デプス（PPD），臨床的アタッチメント・レベル（CAL），プロービング時の出血の有無（BOP）の測定を，残根および第三大臼歯を除く全ての残存歯の 4 歯面に対して行った。入居者には，歯科衛生士および介護職員による口腔衛生および歯科医師によるカリエス処置などの対症療法が行われた。その後平成 20 年に 95 名の入居者を対象に同様の検査を行い，平成 17 年度データとの比較を行った。

【結果および考察】平均 PII は平成 17 年では  $1.8 \pm 0.5$  であったのが平成 20 年では  $1.7 \pm 0.6$  となったが統計学的有意差はみられなかった。PPD，CAL，BOP についても有意な差はみられなかった。介護老人福祉施設入居者に対してより厳密な口腔衛生プログラムを適用する必要性が考えられた。

謝辞本研究は厚生労働省研究費補助金「口腔ケア・マネジメントの確立」により行われた。

## 介護予防における口腔機能向上サービスの推進に関する研究 —特定高齢者・一般高齢者共用教育ツールの開発—

○大原里子<sup>1)</sup>, 宮下順子<sup>2)</sup>, 柳澤智仁<sup>3)</sup>, 大山 篤<sup>1)</sup>, 俣木志朗<sup>4)</sup>

<sup>1)</sup>東京医科歯科大学歯学部附属病院歯科総合診療部, <sup>2)</sup>八王子保健所保健対策課保健対策担当歯科衛生士, <sup>3)</sup>東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野, <sup>4)</sup>東京医科歯科大学大学院歯科医療行動科学分野

要約: 本研究は特定高齢者口腔機能向上事業の, 低い参加率を改善する方策として, 新たな教育ツールの開発を目的とする。聞き取り調査等により教育ツールに必要な条件を設定し案を作成後, 歯科衛生士, 言語聴覚士, 保健師等の意見により修正を加えた。特定高齢者と一般高齢者が共用可能な, 体験学習を取り入れた教育ツールの活用により, 特定高齢者の事業参加率向上が期待できる。(索引用語: 口腔機能向上, 教育ツール, 体験学習)

口腔衛生会誌 60 (4), 2010

### 目的:

本研究は、「口腔機能の向上」事業実施の大きな問題である, 特定高齢者の低い事業参加率を改善する方策として, 特定高齢者の参加を促進する新たな教育ツールの開発を目的とする。

### 方法:

口腔機能向上の関係者に対する聞き取り調査等により, 教育ツールとして以下を必要な条件として設定した。

1. 高齢者の多様な口腔の状況に対応し, 特定高齢者と一般高齢者が一緒に参加できるもの。
2. プラス思考であるもの。
3. 事業参加者が口腔機能の重要性を実感できるもの。
4. 事業実施に必要な設備, 備品, 用具等が少ないもの。

口腔機能向上に経験の深い歯科衛生士等の協力により案を作成し, 事業を担当する専門職(歯科衛生士, 言語聴覚士, 保健師)等の意見により修正を加えた。

### 結果:

開発した教育用ツールは以下のような特長を持つものとなった。

1. 高齢者の多様な口腔の状況の中で, 共通する項目(味覚, 唾液, 唇や舌の動き等)を題材としたため, 特定高齢者と一般高齢者が共に参加が可能である。
2. 疾病予防ではなく, 口腔機能の向上により生活の質を高める(もっとおいしく食べる, もっと楽しく話す, もっと元気な笑顔になる)というプラス思考のもの。
3. 口腔の主要な機能に関して, 体験学習の要素(味覚と唾液の動き, 発音と唇や舌の動き, 笑顔と唇の動き等)をとり入れたため, 参加者が口腔機能の重要性を実感できる。
4. 歯磨き等の設備がなくても実施可能であり, 使用する用具等は少なくかつ安価である。

### 考察:

特定高齢者の口腔機能向上の要件見直しにより特定高齢者

は増加したが, 事業参加率が低いという大きな問題が残されている。特定高齢者には口腔機能低下に対する自覚に乏しいことや, 口腔機能低下を認めたくないという感情から, 口腔機能向上事業参加を拒否する者が多い。また, 高齢者では残存歯数, 歯肉の状況, 義歯使用の有無等の個人差が他の年齢層に比較して非常に大きく, 従来の疾病予防を主眼としたアプローチは有効性に乏しいと思われる。したがって, 特定高齢者が参加しやすい新たな口腔機能向上の教育ツールの必要性が大きい。

本研究で開発した教育ツールは, 高齢者の多様な口腔の状況の中で共通する項目に重点を置いたため, 特定高齢者と一般高齢者の事業を一体化して実施できる。また, 口腔機能の向上により生活の質を高めるというプラス思考のものであり, 口腔機能低下の自覚がない者や自分が特定高齢者であると認めたくない者の参加も望める。教育ツールの利用により特定高齢者の事業参加率が改善すると思われる。さらに, QOLを左右する食の楽しみ, 会話, 表情に対して口腔機能が大きな影響を与えることを, 教育ツールの体験学習により自分の口腔で確認することが可能となる。その結果, 特定高齢者が自ら望ましい行動変容を継続できる可能性が増し, 介護予防効果も大きくなることが期待できる。

本研究で開発した特定高齢者・一般高齢者共用教育ツールは, 口腔清掃よりも口腔機能向上に重点を置いたため, 十分な歯磨き用の設備がない場所であっても実施可能である。したがって, 実施場所が限定されず, 事業参加率の高い運動機能向上等と複合的に実施することが可能であり, 口腔機能向上事業参加率改善を促進すると考えられる。また, 実施に必要な備品や用具が少ないため, 少ない予算で実施可能である。今後は, 介護予防における口腔機能向上・維持管理の推進のため, 地域で実際に教育ツールを使用して, さらに実用性を高めることが必要であると思われる。

本研究は平成22年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)介護予防における口腔機能向上・維持管理の推進に関する研究の分担研究として実施された。

連絡先: 大原 里子 〒113-8549 東京都文京区湯島1-5-45 東京医科歯科大学歯学部附属病院歯科総合診療部  
電話 03-5803-5566 FAX 03-5803-5566 e-mail: ohara.gend@tmd.ac.jp

## 第2回

# 認知症患者に対する歯科治療ゴールの設定

きく たに たけし  
菊谷 武

日本歯科大学附属病院 准教授  
口腔介護・リハビリテーションセンター・センター長  
〒102-8158 東京都千代田区富士見2-3-16

### 【 はじめに 】

認知症をもつ高齢者の増加が叫ばれる中、歯科医療においても認知症患者への対応が求められる。認知症患者に対する歯科治療のゴールやその方策を考える時、認知症患者の特有な症状や予後、進行の程度などを考慮することが必須となる。本稿では、認知症患者に対する歯科治療について考える。

### 【 1. 認知症の症状と歯科にまつわる問題 】

認知症は、多彩な症状を呈する一つの症候群である。認知症の症状は、いわゆる「中核症状」と「BPSD」と呼ばれる随伴症状(前号参照)に分類することができる。これらは歯科の様々な問題に影響を与える。

#### 1. 「中核症状」と歯科にまつわる問題

##### 1) 「中核症状」について

「中核症状」とは、記憶障害や見当識障害、判断

力の障害など、認知機能障害を意味する。この認知機能とは記憶、思考、見当識、理解、計算、学習能力、言語、判断などを含むいくつかの高次脳機能であり、いわゆる知的機能である。

記憶は把持される時間によって「短期記憶」と「長期記憶」に分類され、「短期記憶」とは今行っている作業のために覚えている記憶である。例えば、電話番号を覚えてそのまま電話したり、相手の発言を覚えていて受け答えしたりするといった時に必要な記憶で、「ワーキングメモリー」とも言われる。また「長期記憶」には、知識である「陳述記憶」と運動技能などの「非陳述記憶」がある。これらは、記憶内容の分類と言ってもよい。

「陳述記憶」には「エピソード記憶」と「意味記憶」がある。出来事に関する「エピソード記憶」とは、時間や場所、その時の感情が含まれ、子供のころに行った楽しい旅行などの記憶がそれにあたる。一方、一般的な知識や物事の意味に関する「意味記憶」という非陳述記憶は、「手続き記憶」と「プライミング記憶」の二つに分けられる。そのうち「手





図1 自宅を出た時には受診理由を理解していても、診療室に着いたころには忘れてしまっていることがある。しかし、決して忘れていることを批判してはいけない。自尊心を傷つけないようにする対応が必要である。受付などでは、「説明が遅くなってごめんなさい。入れ歯の調子が悪そうにしていたから、一度先生にみてもらいましょう。おいしくお食事が召し上がれるようになりますよ」などと対応する。

「手続き記憶」とは、言葉では説明できない自転車の乗り方やブランコの乗り方、楽器の演奏の仕方など、繰り返し練習して習得するものである。一方「プライミング記憶」は、直感力のように無意識のうちに物事の優劣を条件付ける記憶のことを言う。

## 2. 「近時（短期）記憶」の障害

認知症の初期において、数分前や数十分前後の出来事を忘れるといった症状が出ることもある。日常生活における行為や食事、排泄など、身近な出来事について忘れるといった症状である。こういった「近時記憶」の障害の典型的な例は、「食事を食べさせてもらっていない」などと訴えることである。食事を食べ終わったのを確認して、食器を下げたとたんに、「私の食事はどこ？ まだ食べていない」と繰り返し、介護職員を慌てさせることがある。他の人が認知症患者の訴えだけを聞いてみると、「虐待？」とも心配してしまう。

こんなシーンが家庭で起き続けると、介護する家族は他人の目などを気にして疲弊してしまうことも

ある。また、歯科を受診する時の例を挙げると、家を出る際に家族から受診理由を説明されても、診療室に着いた時点ではそれを忘れてしまい、不安を示すこともある（図1）。

## 3. 「手続き記憶」の残存と障害

手順を身体で覚えた運動や仕事といったことは、毎回手順を確かめなくてもスムーズに行動できることがある。これを「手続き記憶に基づく動作」と言う。

「手続き記憶」とは、いわゆる体で覚えているような記憶で、これらの記憶は比較的保持される場合が多く、認知症患者でも車の運転が可能であったり、楽器の演奏を見事にこなしたりすることがある。そのため認知症が重度になっていても、歯ブラシを手渡すと、体で覚えている手順に従って歯ブラシ動作ができる場合がある。これは手続き記憶による動作と言える。

しかし、さらに重症度が増し、歯ブラシという道具の意味が失われると（意味記憶の障害）、歯ブラシを何に使うものかの判断ができなくなり、歯ブラ





図2 意味記憶の障害により「歯ブラシ」の道具の意味を判断できなくなっている。介護者などが歯ブラシで歯を磨く動作をみせるなど、動作のきっかけを与えてみる。

シで髪の毛をといてしまったりすることがある(図2)。そんな時は介護者が歯ブラシで歯を磨く動作をみせるなど、動作のきっかけを与えることで模倣が可能になることがある<sup>1)</sup>。

#### 4. 「見当識」障害

「見当識」とは、自分が今どこにいるのか、今はいつか、といったことを判断する能力で、時間、場所、人物に対する認識のことである。認知症患者は、こういった軽度の見当識障害から記憶障害が発見されることがある。診療の予約の日付を間違える、診療が終わってから帰宅途中で道に迷うといったことは、見当識障害による出来事である。

#### 5. 「実行機能」障害

「実行機能」とは、物事を順序立てて計画的に行う能力のことである。例えば、食後に必要な口腔衛生にまつわる行動を考えてみよう。夕食を食べ終わったので、義歯を外して、義歯を義歯ブラシで洗い、義歯洗浄剤の袋を開け、洗浄剤を一粒取り出



図3 実行機能の障害により、歯磨きの手順がわからなくなっている。一つひとつの行動を確認しながら進めることができるように援助する。「食事が終わったら入れ歯と自分の歯を洗ってください」というのではなく、「入れ歯を外しましょう」と誘導し、行動が確認できたら「蛇口の下で入れ歯を洗いましょう」といった具合に、順序立てて援助する。

し、義歯ケースの中に入れ、先ほど外した義歯をその中に投入する。さらに、歯磨剤のチューブのふたを開け、適量を歯ブラシにつけ、キャップを閉じる。その歯ブラシを使って歯を磨き、コップに水を入れて、うがいをし、流水下で歯ブラシを洗って水滴を除き、歯ブラシ立てに立てる。このように順序立てて物事を進めていくことが、認知症の高齢者では早期から困難になる(図3)。

## 2. 認知症患者に対する 歯科治療ゴールの設定

### 1. 認知症患者に対する評価の困難さ

#### 1) 認知症患者は痛みを訴えるか

認知症患者がいわゆる歯科治療を必要とする疾患等の訴えの多くは、歯周疾患に伴う疼痛、齶蝕による歯髄炎に伴う疼痛、義歯による褥瘡性潰瘍による疼痛などの「痛み」である。しかし、認知症患者は認知症が進行するにつれ、疼痛を訴えることが難しくなる。それは、痛みを認識することが困難になる

表 アルツハイマー病のステージ

第1期 (初期)	記憶障害や見当識障害による日常生活の中での問題がみられる。問題行動そのものを覚えていられない。記録の障害に起因するので、古いことは覚えている。物をしまい込んだ場所を忘れ、被害妄想を示すこともある。うつ気分になりやすく、自発性は低下する。
第2期 (中期)	認知機能の低下が著しくなり、記憶障害から生じる問題を無意識的に取り繕おうとして、かえって行動が過剰となり、多動多弁になったり徘徊したりする。運動機能面では固縮がみられ始める。
第3期 (後期)	記憶障害は重度となり、思考もできなくなる。行動量は低下し、不活発となり、臥床がちとなる。尿便失禁もみられるようになる。末期には嚥下障害も加わり、ケアの不足により特徴的な肢位「屈曲性対麻痺」の状態になる。

こと、さらにはそれを表現することが難しくなることに起因している。

例えば、口の中に痛みを伴う齶蝕があったとする。認知症患者は、その痛みを言葉で訴えることができない。食べることで誘発される痛みであることを表現するのは、さらに難しい。しかし食事を食べないことを心配する家族は、しつこく食事を勧めてしまう。すると本人はそれに抵抗し、やがて攻撃的になったり、自分の内に閉じこもってしまったりする。

見過ごされている認知症患者の痛みの原因として、糖尿病や帯状疱疹、がんなどの痛みとともに、転倒による痛みや関節のこわばり、便秘、齶蝕や口腔内の潰瘍による痛みが見見過されがちであると言われている<sup>3)</sup>。Warden Vは、痛みをもつ認知症患者の行動を観察することの重要性を提唱している<sup>3)</sup>。その中では、痛みを表す行動として、「顔の表情・言葉で訴える・声を出す・身体の動き・日々の行動の変化・考えと感情の変化」を挙げている。また、“認知症患者の痛みに気付く”ツールとして、Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scaleを提唱している(前号参照)。

## 2) 行動観察からの評価の重要性

認知症による理解力の低下に伴い意思疎通が困難になり、評価の意義や方法を理解することが難しく

なる。さらには失語、失行などの症状とともに、理解と表出も困難になり、検査手順が踏めないといった問題が起こる。そのため、認知症高齢者に対する口腔機能の評価の際には行動観察が有効かつ重要となる。

先に述べた痛みに対する推測も、行動観察から読み取ることが重要となる。また、開口を指示した際に、開口できなかったからといって開口が不能であるとは限らず、食事の場面や会話の場面から開口が困難であるのかを評価することが可能である。また、反復唾液嚥下テスト(RSST)やオーラルディアドコキネシス(口腔反復運動テスト)といった、検査手順が複雑な検査などは実行不可能である場合が多い。食事場面の観察から、口腔器官の可動域、筋力、運動の巧緻性などを評価することになる。また、普段の行動を主に観察している施設の職員や家族などから情報収集することも必要である。

## 2. 認知症患者の歯科治療の目標設定に与える因子

### 1) 多くの認知症は進行性疾患

認知症を呈する疾患のうち、変性疾患(脳や脊髄の一部が、時間とともにその形や組織の変性(壊れること)をきたす疾患)は多くを占める。変性疾患にはその代表としてアルツハイマー病があり、その

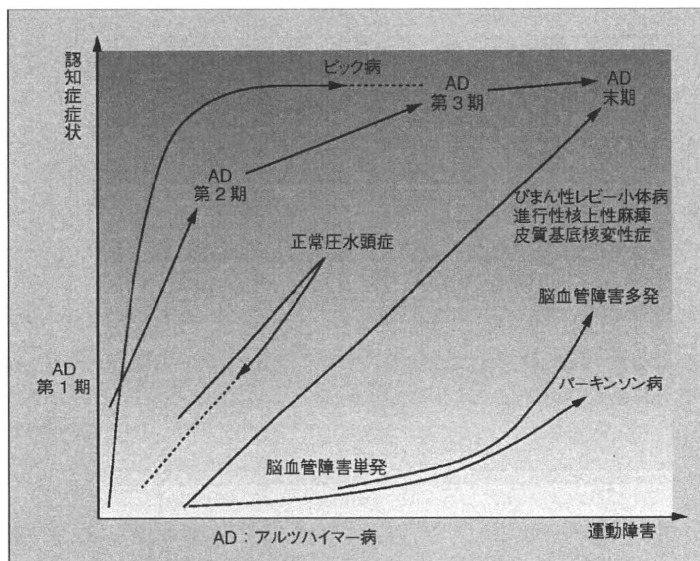


図4 各疾患の認知症症状と運動障害の経過イメージ（文献5より引用）。

ほか、びまん性レビー小体病、進行性核上性麻痺、皮質基底核変性症、前頭側頭葉型認知症（ピック病など）、パーキンソン病、ハッチントン病などがある。これらはいずれも進行性の疾患であり、進行過程で様々な障害を呈する。表にアルツハイマー病のステージを示す。患者が現在どのステージにあるのかを知ることは、その後の経過を予測することを可能にし、歯科治療の目標設定に重要な因子となる（表）。

## 2) 認知症を有する多くの疾患は運動障害を伴う

認知症と言うと、中核症状である認知障害やBPSDに注目が集まる。しかし、歯科診療のプランを立てるためには運動障害にも注目しなければならない。なぜならば、認知症を有する疾患の多くはその進行過程に伴い運動障害を有する場合が多く、さらにはその過程はそれぞれ異なることが知られている。認知症を呈する疾患のほとんどが失語、失行、失認などの巣症状（脳の傷害部位に応じた領域の脳機能が失われたことによる症状）や錐体外路症状（大脳基底核（大脳皮質と視床、脳幹を結び付けている神経核の集まりであり、運動調節を司る）が主

として関与する神経学的症状）が出現し、ADLを低下せしめるような運動障害を伴う。

運動障害はアルツハイマー病の場合、第2期（中期）より生じる。特に四肢体幹の運動障害の低下は、口腔ケアの自立度や義歯の取り扱いに影響を及ぼす。さらには、いわゆる寝たきりになることも考えられる。また、運動障害は咀嚼障害や嚥下障害の原因にもなり、治療方針の決定に大きな影響を与える（摂食・嚥下障害については本シリーズ5回目に「認知症患者における摂食・嚥下リハビリテーション」として述べる予定）。

認知症を有する多くの疾患は、運動障害の進行過程によって症状が異なる。アルツハイマー病の病期と各疾患の認知症症状と運動障害の経過イメージを図4に示す。

## 3) 認知症高齢者の家族の介護負担度について

認知症患者のQOLを考える時、「安らかな表情で暮らしているのか?」「口腔内の痛みを予想させる症状はないか?」など、患者の普段の様子を家族から聞き取ることによって情報を得ることが重要である。また、時として家族が行う口腔ケアや義歯の着

脱の介助に伴って、認知症高齢者は不安や興奮を生じることもある。このように、歯科治療やその方針は患者を支える家族の負担度にも影響を与える。

患者家族の負担度は、認知症の重症化に伴い増すことが知られているが、ある時点から起こる認知症重症化に伴うBPSDの軽減によって低下することも知られている<sup>3)</sup>。治療方針の決定に、患者のQOLに対する評価とともに患者家族の介護負担度や満足度に対する考慮も必要であろう。

### 3. 各ステージの治療ゴールとは？

認知症患者に対する治療方針を考えた時、歯科医療の受療能力が保たれている認知症初期の段階であれば、集中的かつ積極的な介入により口腔内の整備に努めるべきであろう。予後不良を予想できる歯に関しては抜歯処置もやむなしとし、来たるべき積極的な治療が困難になる時期に備えるべきと考える。さらに、歯周疾患や齲蝕のリスクになると思われる不適合冠の再製なども、積極的に行うべきである。この時期に口腔内環境を管理しやすい状態に整備しておくことは、認知症が進行した際に大きな財産となるだろう。

徐々に運動障害が顕在化する中期には、咀嚼障害の原因は運動障害が首座となり、食形態の維持よりも食事量の維持にその目的を移行せざるを得ない。その目的は、食事量の確保による低栄養の予防と低

栄養によって引き起こされる様々な感染症の予防となる。

さらに、後期になると寝たきりの患者も多くなり、摂食・嚥下障害が重度化する。歯科介入の目的は誤嚥性肺炎予防や窒息予防となり、口腔ケアや疼痛除去など緩和的なものになる。

## ● お わ り に ●

認知症を単なる疾患として捉えるのではなく、医学的問題、心理的問題、社会的問題など多面的な問題を有する疾患であると捉え、主治医、家族や介護者などとの十分なコミュニケーションを基盤に多様な介入策を立てる必要がある。

### 文 献

- 1) 内村美由紀, 包 隆穂, 菊谷 武, 稲葉 繁, 齋藤 昇: 重度痴呆患者における歯ブラシ行動再習慣化の試み. 日老医誌, 38 (3): 366-371, 2001.
- 2) 菊谷 武, 稲葉 繁: 高齢者における痛みについて—痴呆患者と終末看護患者を中心に—. デンタルダイヤモンド, 19 (7): 62-65, 1994.
- 3) Warden V, Hurley AC, Volicer L: Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc, 4 (1): 9-15, 2003.
- 4) Hirakawa Y, Kuzuya M, Enoki H, Hasegawa J, Iguchi A: Caregiver burden among Japanese informal caregivers of cognitively impaired elderly in community settings. Arch Gerontol Geriatr, 2008 May-Jun; 46 (3): 367-374, Epub, 2007 Sep 4.
- 5) 伊佐地 隆: 認知症(痴呆)のリハビリテーション医学的評価. MB Med Reha, 54: 30-40, 2005.

\*

\*

\*