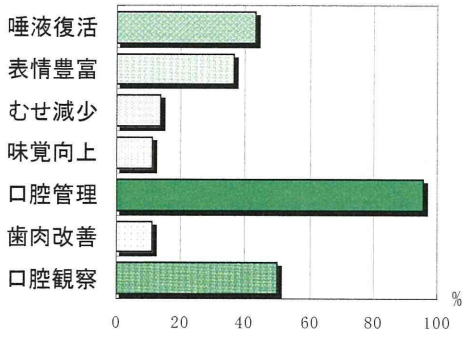
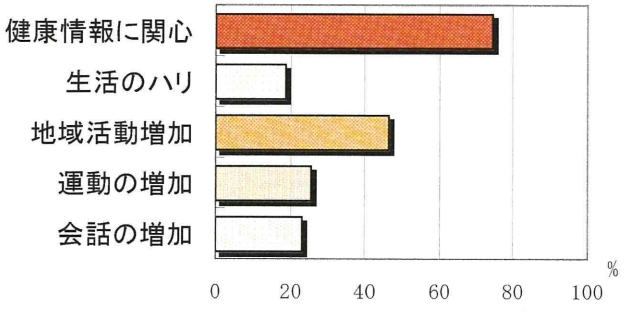
＜図３＞　活動後の変化（口腔保健



＜図４＞活動後の変化（生活面）



④　今後の活動の継続とソーシャルキャピタル

普及員として今後も活動を継続するかに対しては、「是非継続」または「継続」したいが合計86%であったが、「活動に負担感」を「時々」感じる者は42%であった（表６）。

普及員のソーシャルキャピタルに関連する４項目（地域への愛着、近所の助け合い、近所の交流や会話、地域での高齢者のお世話）については「住んでいる地域に大いに愛着」が大いにあり(80%)、「近所は助け合う気持ち」も大いにあり(40%)、「近所の人とよく話す」(57%)結果が得られた。

「近所での高齢者のお世話」は「満足」(38%)と「十分でない」(34%)とが二分した結果であった。また、「分からない」(23%)も多かった。（表６）

＜表6＞
普及員活動の継続とソーシャルキャピタル　N=48

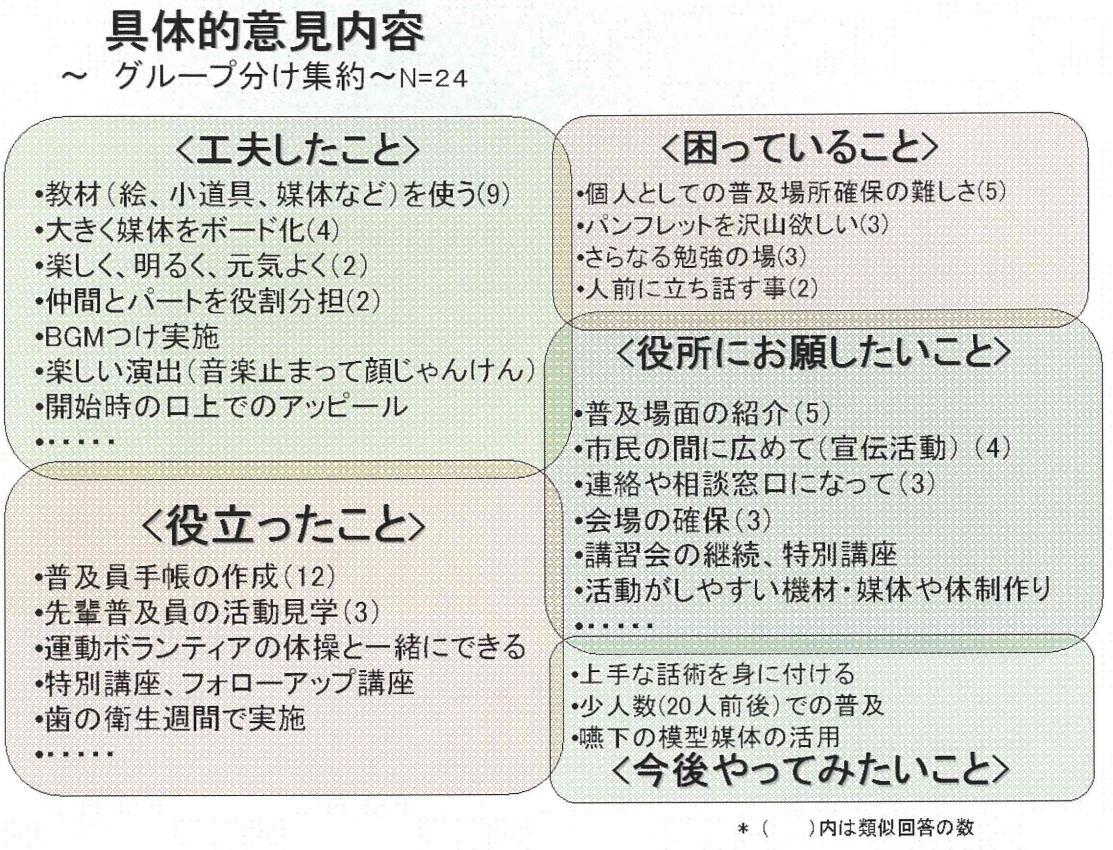
質問項目	回答肢	度数	%
問16 普及員活動を継続したいか	是非継続	10	22.7
	継続したい	28	63.6
	少し考えたい	5	11.4
	どちらでもない	1	2.3
問17 普及員活動を負担に感じるか	時々感じる	18	41.9
	あまり感じない	19	44.2
	まったく感じない	6	14.0
問18 住んでいる地域に愛着があるか	おおいにある	37	78.7
	すこしある	9	19.1
	あまりない	1	2.1
問19 近所の人はお互いに助け合う気持ちがあるか	おおいにある	19	40.4
	すこしある	24	51.1
	あまりない	4	8.5
問20 近所の人とよく話すか	よく話す	27	57.4
	時々話す	17	36.2
	あまり話さない	3	6.4
問21 近所での高齢者の世話は充分か	だいたい満足	18	38.3
	あまり充分でない	16	34.0
	充分でない	2	4.3
	わからない	11	23.4

⑤　感想や意見、要望等

最後に、普及活動の意見や要望（自由記載）には24名(50%)から、感想等も含め様々な意見が述べられている。その内容ごとに細分化（キーポイントの言葉を残してラベル化）してグループ分けを図り、「工夫したこと」「役立ったこと」「困っていること」「役所にお願いしたいこと」「今後やってみたいこと」に分類した。その結果、工夫したのは「教材を使う」「媒体を工夫する」「仲間と実践」などで、役立ったのは「普及員手帳」「先輩普及員の活動見学」、困っているのは「継続性を考えたい」「パンフレットをたくさん」「さらなる勉強の場」であり、役所にお願いしたい内容は「普及場所の紹介」「市民への宣伝」「（普及員活動の）連絡や相談の窓口」「会場の確保」などで、今後やってみたいことは「上手な話術の習得」などの意見が多く認められ

た（図５）。

＜図５＞



D．考察

介護予防メニュー「口腔機能の向上」は、市町村の介護予防事業においても、事業所の介護給付サービスにおいても未だ停滞気味の現状にある。その要因の１つに高齢者やその家族あるいは地域全体に口腔機能向上プログラムへの認識や意義そして必要性の欠如が指摘されている。

そこで、高齢期における口腔機能向上の啓発普及が、地域の中で持続的・発展的に行われる普及モデルを構築するため、平成 19 年度から住民主体に立った地域づくり型のアプローチを試み、前回分担研究でその実践事例を報告し、活動のポイントと実施効果を確認した。

今回、活動中（22 年度末現在）の普及員 48 名の特性と活動の持続性・発展性を支える推進要因を探るために質問紙調査を実施した。

その調査結果から、継続活動中の普及員は 60 歳代を中心に 50～70 歳の方々であり、種々の主観的な健康感も高く、多くは「健口体操」以外の種々のボランティア活動も実践している方々であった。「健口体操」の普及活動を楽しいと感じ、今後も継続したいとの回答が大半であった。

その上、普及員活動を通じて、自らの歯や口腔の健康管理面も向上し、健康情報獲得への意欲も増すだけでなく、地域での活動や交流も増えるなど、継続的な活動を通じた生活面の拡大もうかがえた。また、地域社会への愛着、近所の助け合いや交流などのソーシャ

ルキャピタル要素でも極めて高いグループであった。

これらのことから、普及員活動は、住民が介護予防事業や口腔機能向上事業に「参加」する「住民参加」型活動のレベルから、介護予防や口腔機能向上の主役となって地域で普及するレベル、まさに「住民主体」型活動に発展していると思われた。

また、このような住民が主体的に口腔機能向上の普及啓発に取り組む手段として「健口体操」は有効であった。現在に至るまで、自発的に地域住民への普及活動（年間平均実績10回・200名程度）を継続して展開中であることも、これを物語っている。

しかし一方、半数近くの普及員が活動に時々負担を感じていた。また、スタッフ数（ボランティアであるため、常時一定のメンバー数をそろえることの難しさ）や市町村の支援に対して普及員の約2割が不満を表明していた。さらに、その内容を自由記載欄の要望や意見に求めると、「普及場所の確保」、「パンフレットなどの普及媒体の不足」、「更なる勉強の機会」、「人前に立つこと」などの不足感や負担感であり、それらは、今後、市町村や保健所等の支援としてお願いしたい事項でもあった。

普及員の自発性や主体性を支え活動組織を育むには、前報告で示したような普及現場で使える教材の提供や媒体づくりの支援、継続した研修の実施、普及員の組織化やつながり作りなど最低限必要であろう。

さらに、今回の調査結果から、市町村等の自治体のバックアップ体制、とりわけ体操の技術的な相談や保健医療面の専門的な助言、同時に、活動場所の斡旋、会員相互の連絡の支援、他の関連行政窓口との仲介など、活動上の種々の相談にも乗れる窓口等が、普及員の立場から見て強く望まれていることが明らかになった。

そのような窓口機能の役割として、自治体の担当職員できれば歯科衛生士や保健師等の保健医療の専門職員が、普及員の幅広い相談に乗るとともに、活動の場を斡旋するなどの活動の継続性を支える環境面での支援が極めて重要と思われる。

これも前報告でも示したが、普及員の意欲を動かしているのは、介護予防や口腔機能の重要性や意義に裏づけされた自らの体験や実感であり、地域からの感謝の声であった。そして、啓発活動を必要とする高齢者が地域の中にいかに多いかも感じながら活動している。

したがって、普及員は地域に貢献する「誇り」をもって活動しており、その気持ちに応えるのが専門職や行政の後押しの真髄であろう。今回の普及員から、所長名の養成研修修了証を縮小コピーしたカードを、胸から下げて常時活動に携帯している姿が観察され、その気持ちの一端もうかがえた。

このように活動の持続性・発展性を支えるには、単に人材養成としての知識情報の提供や研修だけでなく、市町村や都道府県等の理解と普及場面や連絡相談窓口の確保など活動環境面への支援、そして何より、支援窓口担当を介した普及員と行政との信頼関係の構築が重要と思われた。

また、普及員の持つ地域への愛着や支えあいの絆づくりなどの特性をふまえ、地域づくりやソーシャルキャピタルの側面から、生活場面に身近な地域での介護予防や口腔機能向上の普及活動の意義と効果にも注目して推進する必要がある。

E．結論

地域で生活者が主体となって行える介護予防・口腔機能向上の啓発普及活動の手段として「健口体操」は有効であった。

このような、住民主体の継続的な口腔ヘルスプロモーション活動を育む為には、知識情報や技術の支援に加え、普及場面や連絡相談窓口の確保などの活動環境整備面で、行政の支援が重要と思われた。

また、地域への愛着や近隣の仲間との絆づくりの面で、普及員が地域で広げるソーシャルキャピタルにも着目した活動展開の発展的な推進が望まれる。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

1）北原　稔：第70回日本公衆衛生学会総会(2011年10月20日（木）：秋田)、「健口体操」による住民主体の地域づくり型口腔保健活動の構築～　健口体操普及員の現状から（日本公衆衛生学会誌;2011）

H．知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし

＜参考資料＞　　質問調査票

番号	質　問　文	選　択　肢
ご自身についてお聞きします。		
問１	１．年　齢（　　）歳　　２．性　別（ **男 ， 女** ）	
問２	あなたは、普段ご自分で健康だとおもいますか？	1　とても健康である 2　まあまあ健康である 3　あまり健康でない 4　健康でない
問３	現在、お身体の病気で通院していますか？	１．　はい　　２．いいえ
	「はい」と答えた方のみお答ください。 通院している病名はどれですか？ （当てはまるすべてに○をつけてください）	1　高血圧 2　心疾患 3　脳血管疾患 4　糖尿病 5　その他 病名（　　）
「湘南くち体験」普及員についてお聞きします。		
問４	ボランティア活動、NPO活動などへの参加の経験がありますか？	１．　はい　　２．いいえ
	「はい」と答えた方のみお答ください。 参加した活動はどのような種類の活動ですか？ （当てはまるすべてに○をつけてください）	1　まちづくり 2　他の保健・医療・福祉 3　子供健全育成 4　学術・文化・芸術 5　地域安全 6　環境保全 7　その他 （　　）
問５	普及員を引き受けようと思った**理由**はなんですか？ （当てはまるすべてに○をつけてください）	1　自分のお口の健康のため 2　家族の健康のため 3　ボランティア活動に興味があった 4　友人のすすめがったから 5　その他 （　　）
問６	普及員として何期生になりますか。	1　一期生 2　二期生

「湘南くち体操」普及員の活動の状況についてお聞きします。		
問7	「体操教室」などの普及活動を行うための**場所や設備**は充分ですか？	1　満足している 2　だいたい満足している 3　どちらでもない 4　やや不満足 5　不満足
問8	「体操教室」などの普及活動を行うための**スタッフの人数**は充分ですか？	1　満足している 2　だいたい満足している 3　どちらでもない 4　やや不満足 5　不満足
問9	普及活動に対する市や町、保健所などの**行政の支援**は充分ですか？	1　満足している 2　だいたい満足している 3　どちらでもない 4　やや不満足 5　不満足
問10	「体操教室」などの**広報活動**は充分ですか？	1　満足している 2　だいたい満足している 3　どちらでもない 4　やや不満足 5　不満足
問11	普及活動を進めるための**知識や技術**は充分であると思いますか？	1　ほぼ充分だと思う 2　不足している部分がある 3　やや不満足 4　とても不満足

問12　「湘南くち体操」普及活動を進めるうえでのご感想・ご意見・ご要望などいただければ幸いです。

（　とくに、今まで工夫したこと・役立ったこと・困っていること・行政等にお願いしたいこと・今後やってみたいことなどあれば　ご自由にお書きください。）

お住まいの地域についての御意見をお聞きします。		
問18	住んでいる地域に愛着がありますか？	1　おおいにある 2　すこしある 3　あまりない 4　な　い 5　わからない
問19	近所の人はお互いに助け合う気持ちがありますか？	1　おおいにある 2　すこしある 3　あまりない 4　な　い 5　わからない
問20	近所の人とよく話しますか？	1　よく話す 2　時々はなす 3　あまり話さない 4　話さない 5　わからない
問21	地域での高齢者へのお世話は充分だと思いますか？	1　とても満足できる 2　だいたい満足できる 3　あまり充分でない 4　充分でない 5　わからない

アンケートへの御協力有り難うございました。

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

認知症高齢者における口腔機能向上のあり方の検討
-認知症原因疾患別追跡調査-

研究分担者　氏名　平野　浩彦
所属　東京都健康長寿医療センター研究所　専門副部長

研究要旨
（目的）認知症高齢者に対する、効果的な口腔機能向上サービス提供方法を検討するための、基礎的データを蓄積する。（対象・方法）183 名の要介護高齢者を対象に、認知症原因疾患別（血管性認知症:VaD、アルツハイマー型認知症: AD）に 2 年間の追跡調査を行った。調査項目は、日常生活状況（移動、体重変動、口腔清掃自立など）、食事関連事項（食事自立、食形態など）、口腔機能（嚥下機能など）であった。（結果）認知症が重度化するに従い、食事自立度、口腔機能（舌機能、嚥下機能）は低下傾向を認めた。移動能力、嚥下機能において、認知症が重度化する際に認める経年的な変化傾向に、AD と VaD 間に差を認めた。
以上から、認知症原因疾患別、さらに経時的に生じる認証重度化に伴う口腔機能低下に配慮した口腔機能向上サービス提供が必要なことが示唆された。

A．研究目的

平成 21 年度は認知症歯科保健行動の実態調査を行い、平成 22 年度は口腔機能向上サービス提供の認知症高齢者への効果検証を認知機能変化も含め検討し、口腔機能向上サービスが口腔機能維持・向上だけでなく認知機能維持への関与を示唆される結果を得た。

これまでの結果を踏まえ、食支援も含めた口腔機能向上サービスを円滑に提供するためには、認知症高齢者の経年的な口腔機能変化の特徴を把握することが必要である。

認知症は原因疾患により、BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）の様相が異なることが報告されている。本調査では、口腔機能に関連した障害,ADLなどについて経時的な変化も含めた実態把握を行い、効率的な、食支援も含めたサービス提供方法を検討する目的で本調査を行った。

B．研究方法

１．対象：通所サービス利用者および、特別養護老人ホーム入所者利用者で、平成21年調査、23年調査ともに実施し得た183名を対象とした。

２．方法：認知症重症度（ＣＤＲ）、要介護度、日常生活状況（移動、体重変動、口腔清掃自立など）、食事関連事項（食事自立、食形態など）、口腔機能（嚥下機能など）に関して、日本老年歯科医学会認定医が、同一対象者へ、平成21年10月から11月と平成23年10月から11月に施設職員への聞き取り調査および対面調査を行った。

（各項目カテゴリー）

要介護度（要介護度 1=1,要介護度 2=2,要介護度 3=3,要介護度 4=4,要介護度 5=5）移動（独歩=0,杖歩行=1,車椅子=2,寝たきり=3）　体重変化（増加=0,変化なし=1,減少=2）　食事自立（自立=1,一部介助=2,全介助=3）　口腔清掃自立（自立=0,一部介助=1,全介助=2）　義歯使用（使用可能=0,使用不可=1）　舌機能（良好=0,不良=1）嚥下機能（良好=0,不良=1）　食形態（普通=0,半粥=1,全粥=2,経管=3）

認知症原因疾患の類型は、既往歴およびアルツハイマー型認知症（ＡＤ）は、DSM-Ⅳ-TRおよびNINDS-ADRDAの臨床的診断特徴、血管性認知症（ＶａＤ）の診断はNINDS-AIRENの臨床的診断特徴を基準として医師により診断された者を対象とした。本調査では、一定以上の対象が渉猟できた、ＡＤとＶａＤを対象とした。

解析方法:各群間の経年的変化の比較はTwo-way Repeated-Measures ANOVA、同群での経年的変化比較はt検定を用い、SPSS v.s.17を使用した。P＜0.05を有意差ありと判定した。（図中に　**:p ≦ 0.01,*:p≦0.05 にて表示）

（倫理面への配慮）調査するにあたり、本人または家族の同意をとり、個人情報を匿名化し個人特定できないよう配慮した。また調査にて取得したデータは一括管理し外部に漏れることのないよう配慮した。

C．研究結果

1.認知症について

認知症の原因疾患は、ＶａＤが 39.7%、ＡＤが 32.1%であった。2 年間の追跡調査で、初年度から 2 年後まで認知症を認めなかった者が 27 名であった（表１）。

なお、表１に記載した平均年齢は、平成 21 年追跡調査開始時点での年齢である。また、認知症の原因疾患は、平成 21 年から 23 年の調査の間で診断された病名を記載した。この間病名が変わった場合は、最も新しい病名を診断名として使用した。

表１　認知症原因疾患の状況

	平均年齢	S.D.	n	
脳血管障害型	82.7	7.8	62	39.7%
アルツハイマー型	83.2	6.4	50	32.1%
レビー小体型	81.9	5.1	16	10.3%
前頭側頭型	77.8	8.9	4	2.6%
混合型	84.6	9.9	24	15.4%
合計	82.8	7.5	156	100.0%

認知症重症度は平成 21 年の調査時点では、認知症無し：24.6%、軽度：15.8%、中等度：29.5%、重度：30.1%であった（表2）。2 年後の推移は後述する。

表２　認知症重症度の状況

	n	%
ＣＤＲ０（認知症無）	45	24.6
ＣＤＲ１（軽度）	29	15.8
ＣＤＲ２（中等度）	54	29.5
ＣＤＲ３（重度）	55	30.1
合計	183	100.0

2.介護度について

対象の介護度は、介護度 1 から 5 であり、要支援はいなかった。その内訳を表 3 に示す。

表 3　介護度の状況

	n	%
介護度1	15	8.2
介護度2	39	21.3
介護度3	37	20.2
介護度4	63	34.4
介護度5	29	15.8
合計	183	100.0

3.2 年間の認知症重症度の推移

初年度調査時点で認知症無しの者は 45 名おり、そのうち 30 名（66.9%）は 2 年後でも認知症無しであった。その他の 15 名は 2 年間で認知症を発症し、そのうち 1 名は 2 年間で認知症重度まで進行した（表 4）。

表 4　対象全体の推移（n=183）

初年度CDR				合計
0	2年後CDR	0	n	30
			%	66.7%
		1	n	10
			%	22.2%
		2	n	4
			%	8.9%
		3	n	1
			%	2.2%
	合計		n	45
			%	100.0%
1	2年後CDR	1	n	15
			%	51.7%
		2	n	10
			%	34.5%
		3	n	4
			%	13.8%
	合計		n	29
			%	100.0%
2	2年後CDR	0.5	n	2
			%	3.7%
		1	n	6
			%	11.1%
		2	n	32
			%	59.3%
		3	n	14
			%	25.9%
	合計		n	54
			%	100.0%
3	2年後CDR	2	n	7
			%	12.7%
		3	n	48
			%	87.3%
	合計		n	55
			%	100.0%

表5　血管性認知症群の推移（n=62）

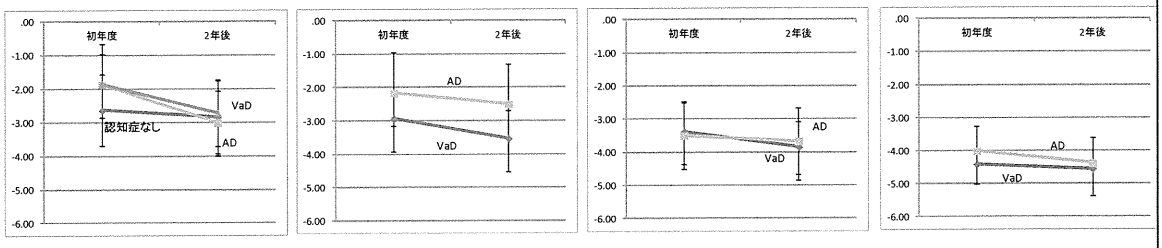
初年度CDR				合計
0	2年後CDR	0.5	n	4
			%	50.0%
		1	n	3
			%	37.5%
		2	n	1
			%	12.5%
	合計		n	8
			%	100.0%
1	2年後CDR	1	n	9
			%	60.0%
		2	n	5
			%	33.3%
		3	n	1
			%	6.7%
	合計		n	15
			%	100.0%
2	2年後CDR	1	n	2
			%	10.5%
		2	n	11
			%	57.9%
		3	n	6
			%	31.6%
	合計		n	19
			%	100.0%
3	2年後CDR	2	n	3
			%	15.0%
		3	n	17
			%	85.0%
	合計		n	20
			%	100.0%

ＶａＤ対象者は、初年度調査で認知症無しの8名が、疑い（CDR　0.5）4名、軽度3名、中等度1名へ2年間で推移した。初年度から2年の経過でほとんどの対象が維持および重度化の経過をたどっているが、初年度中等度の2名（10.5%）、初年度重度の3名（15.0%）が、2年間で軽度化を認めた（表5）。

ＡＤ対象者は初年度調査で認知症無しの7名が、疑い（CDR　0.5）1名、軽度5名（71.3%）、中等度1名へ2年間で推移した。これは、ＶａＤと比べ重度化への推移傾向が強い結果であった。初年度から2年の経過でほとんどの対象が維持および重度化の経過をたどっているが、初年度中等度の18名中4名（22.3%）、初年度重度の19名中2名（10.5%）が、2年間で軽度化を認めた（表6）。

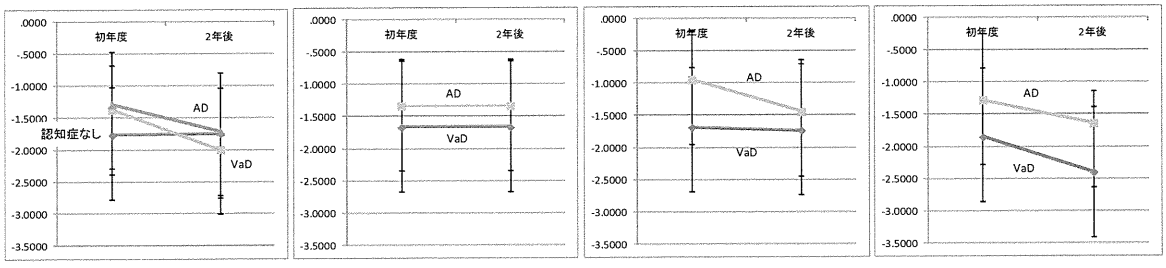
表6　アルツハイマー型認知症群
（n=50）

初年度CDR				合計
0	2年後CDR	0.5	n	1
			%	14.3%
		1	n	5
			%	71.4%
		2	n	1
			%	14.3%
	合計		n	7
			%	100.0%
1	2年後CDR	1	n	3
			%	50.0%
		2	n	3
			%	50.0%
	合計		n	6
			%	100.0%
2	2年後CDR	0.5	n	1
			%	5.6%
		1	n	3
			%	16.7%
		2	n	7
			%	38.9%
		3	n	7
			%	38.9%
	合計		n	18
			%	100.0%
3	2年後CDR	2	n	2
			%	10.5%
		3	n	17
			%	89.5%
	合計		n	19
			%	100.0%



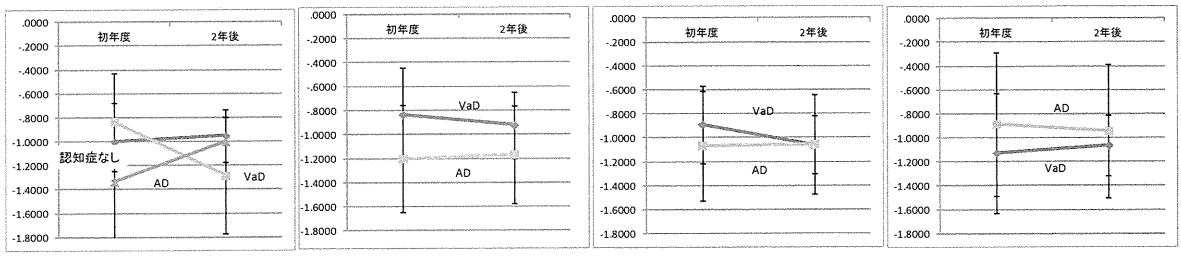
初年度認知症なし群　　初年度軽度群　　初年度中等度群　　初年度重度群

図１　２年間追跡調査間の介護度の推移



初年度認知症なし群　　初年度軽度群　　初年度中等度群　　初年度重度群

図２　２年間追跡調査間の移動能力の推移



初年度認知症なし群　　初年度軽度群　　初年度中等度群　　初年度重度群

図３　２年間追跡調査間の体重の推移

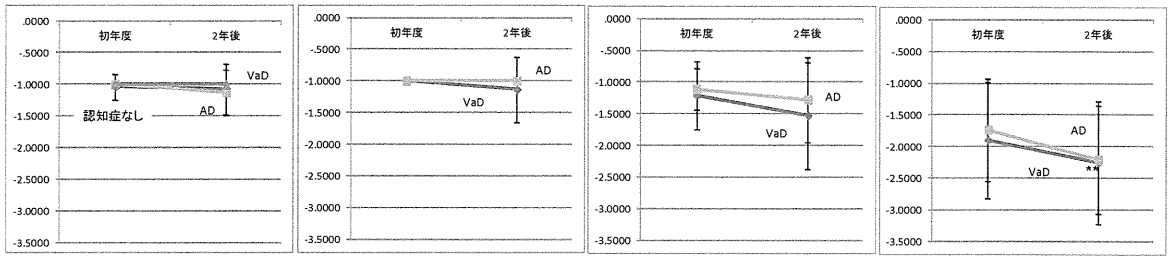
4.　２年間のＡＤＬ等の推移

介護度はＶａＤ、ＡＤともに低下傾向を認めた。初年度軽度群においてＶａＤがＡＤに比べて有意な低下を認めた。初年度中等度、重度群ではＶａＤとＡＤは同様の低下傾向を認めた。

移動能力はＶａＤ、ＡＤともに経年的に低下傾向を認めた。*ＡＤは初年度中等度群で2年の経過で有意な低下を認めた。ＶａＤ、ＡＤともに初年度重度群で2年の経過で有意な低下を認めた。初年度CDR=3群では変化は鈍化する傾向にあった。アルツハイマー型群は、初年度CDR=2,3群で有意な低下を認めた。

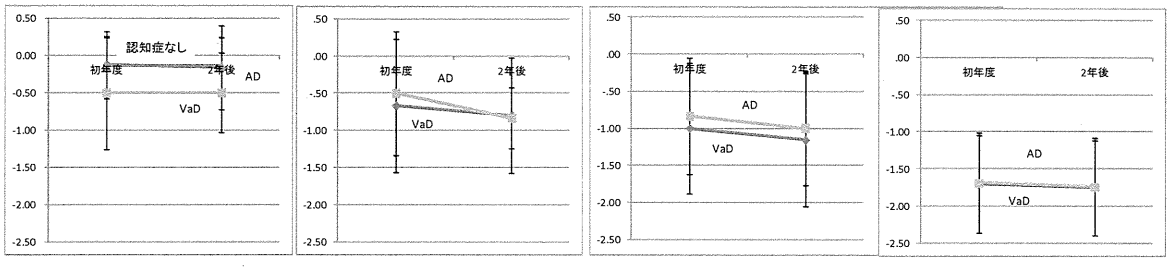
体重変化は、初年度CDR=2群で経年的な減少を認めた。

体重の変化に特記すべき特徴は認めなかった。



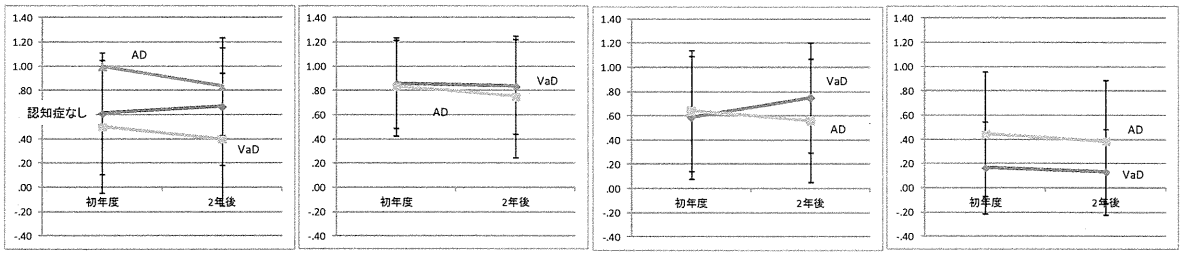
初年度認知症なし群　　初年度軽度群　　初年度中等度群　　初年度重度群

図４　２年間追跡調査間の食事自立度の推移



初年度認知症なし群　　初年度軽度群　　初年度中等度群　　初年度重度群

図５　２年間追跡調査間の口腔清掃自立度の推移



初年度認知症なし群　　初年度軽度群　　初年度中等度群　　初年度重度群

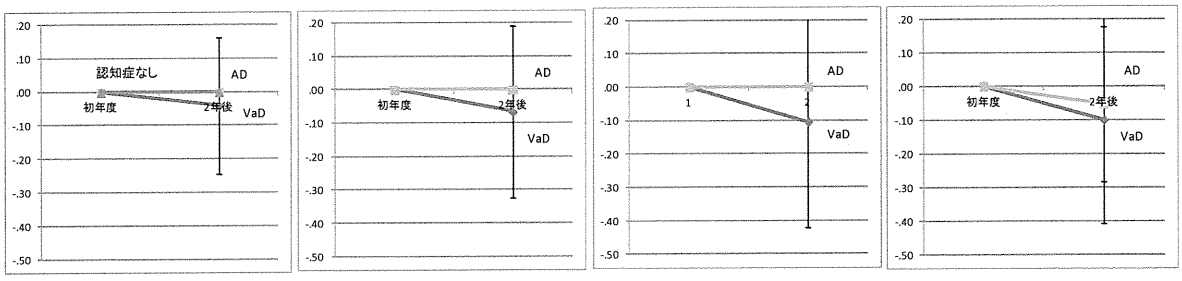
図６　２年間追跡調査間の義歯使用自立の推移

5.　２年間の口腔関連自立度の推移

食事自立度は、ＶａＤ、ＡＤともに同様の低下傾向を認めた。その低下傾向は初年度中等度群の2年の経過で顕著になり、初年度重度群の2年の経過でＡＤにおいて、有意な低下を認めた。

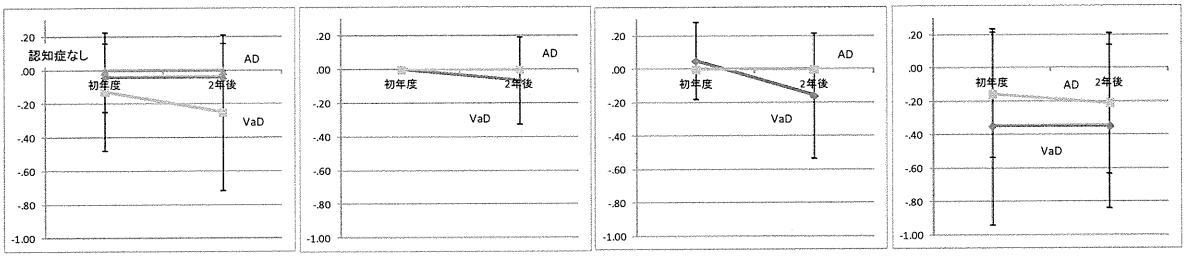
口腔清掃自立度は、ＶａＤ、ＡＤともに同様の低下傾向を認めた。その低下傾向は初年度中等度群の2年の経過で顕著であり、初年度重度群の2年の経過では低下傾向は認められなかった。

義歯使用自立の変化に特記すべき特徴は認めなかった。



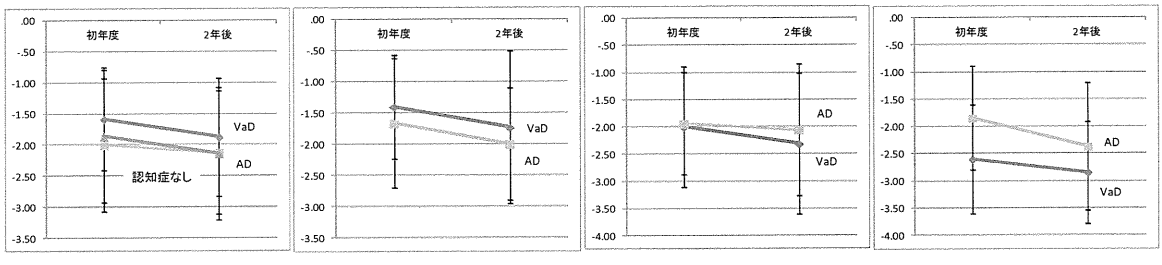
初年度認知症なし群　　初年度軽度群　　初年度中等度群　　初年度重度群

図７　２年間追跡調査間の舌機能の推移



初年度認知症なし群　　初年度軽度群　　初年度中等度群　　初年度重度群

図８　２年間追跡調査間の嚥下機能の推移



初年度認知症なし群　　初年度軽度群　　初年度中等度群　　初年度重度群

図９　２年間追跡調査間の食形態の推移

6.　２年間の口腔機能等の推移

舌機能は、ＶａＤは全ての群で2年経過において低下傾向を認めた。ＡＤは、初年度重症度群の2年経過で初めて低下傾向を認めた。

嚥下機能は、ＶａＤは初年度重度群を除く全ての群で2年経過において低下傾向を認めた。ＡＤは、初年度重症度群の2年経過で初めて低下傾向を認めた。

食形態は、ＡＤ、ＶａＤともに全ての群で2年経過において低下傾向を認めた。初年度重度群の2年経過では、ＡＤ、ＶａＤともに有意な低下を認めた。

D．考察

日本では高齢化が進むのに従い、アルツハイマー型認知症（以後 AD）と血管性認知症（以後 VaD）の罹患患者数が増加しており[1]、それに伴い介護者の負担や社会資源の需要が今後さらに高まると予想されている。

近年、認知症高齢者における種々の行動障害を BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia=「認知症に伴う行動障害と精神症状」）と定義し、アセスメントやケア方法の研究が増えつつある。しかし口腔機能に関連する BPSD については先行研究が少なく、十分な検討を行うための基礎情報が不足しているのが現状である。

口腔機能は、認知症が重度になり日常生活自立度が低下した状態であっても、排泄や入浴、歩行に比較して、認知症後期になっても比較的維持され、食事なども自立摂取が保たれていることが多いといわれる[2,3]。

一方、従来の口腔機能評価では評価困難な、「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」「生けてあった花を食べる」「他人の食事を食べようとする」など、食事自立を低下させる行動障害（以下、食事関連 BPSD）が生じている実情もある。従来の評価方法で食事関連 BPSD が評価困難である原因として、食事関連 BPSD が認知症の中核症状そのものであり、環境によって変化しうる周辺行動でもあることがその一因と考えられる。食事関連 BPSD は、Leopold の摂食・嚥下運動 5 期モデル[4]における認知期（先行期）の障害が大きな因子と推察されているが、その実態把握は十分でない。日本では認知症病棟に入院中の認知症高齢者の 67.7%に呼吸機能低下を認め、経口摂取している者のうち 73.2%が嚥下機能障害のリスクを有している[5]。以上のように、認知期障害と認知期以降の障害との関連性も示唆されているものの明確になっていない。本調査においても、口腔機能（舌機能、嚥下機能など）は、認知症が経時的に重度化しても顕著な低下は認めないにも関わらず、食事自立度は有意な低下（AD）を認めている。この結果は、認知症高齢者の効率的な支援法を考案するためには、従来の口腔機能評価だけではなく、認知期も含めた評価方法の必要性を示唆するものと考える。

高齢期において、嚥下障害が生じると、低栄養、脱水、全身状態の低下、誤嚥性肺炎、死亡率が高まることが報告されており[6]、特に、認知期障害と嚥下機能低下が生命予後の短縮に強く関与していると言われている[7]。本調査結果でも、認知症が重症度化して初めて嚥下機能低下傾向（AD）を認めており、同様な結果を認めた。

体重減少には BMI や年齢、食事の自立は積極的に関与しておらず、食欲が重要であると報告[8]されているが、本調査結果からは明確な知見は得られなかった。

認知症高齢者に対する効率的な食事支援方法が確立されていないため、当該支援は介護者の大きな負担の一つにもなっている。重度認知症高齢者で介護拒否のある患者においては、介助者との関係の中で互いの冷静さや柔軟性が低くなり、拒否のない患者より食事時間が有意に長くなるという報告もあり[9]、認知症高齢者では

介助者との双方の関係性も含めた食事行動のアセスメントが重要である。今回は、食事の自立評価に関して、「拒否」などの因子は含んでいないため、今後の課題である。さらに、食事関連 BPSD、認知症における口腔機能評価は、食事環境も含んだ評価を行い、その結果に基づいた支援の必要性が示唆されている[10]。また、本調査で行ったように、認知症の原因疾患による食事関連 BPSD、口腔機能を経年的に分析し、認知症の進行に伴って出現する食事関連 BPSD、口腔機能低下に関するデータを蓄積することが、効果的な食支援も含めた口腔機能向上サービス立案には不可欠である。

E．結論

1. 認知症が重度化するに従い、介護度は重度化する傾向を認めた。
2. 認知症が重度化するに従い、AD、VaD ともに移動能力は有意に低下した。
3. 認知症が重度化するに従い、食事自立度は低下する傾向を認めた。
4. 認知症が重度化するに従い、口腔機能（舌機能、嚥下機能）は低下傾向を認めた。
5. 移動能力、嚥下機能において、認知症が重度化する際に認める経年的な変化傾向に、AD と VaD 間に差を認めた。
6. AD は VaD に比べ、認知症発症後の重度化への推移傾向が強い結果を得た。

【参考文献】

1） Wakutani Y, Kusumi M, Wada K, Kawashima M, Ishizaki K, et al. Longitudinal changes in the prevalence of dementia in a Japanese rural area. The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society2007;Volume7,Issue4:150-154

2） Fukuoka A, Nakamura K, Satho S. The residual relationship between aging of seniors and physical independence for dining. Journal of Japanese Society for Dementia Care 2009;8(3):414-418

3） Lechowski L, Van Pradelles S, Le Crane M, d'Arailh L, Tortrat D, Teillet L, Vellas B; REAL Group.Patterns of loss of basic activities of daily living in Alzheimer patients: A cross-sectional study of the French REAL cohort.Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 2010;29(1):46-54

4） Leopold NA, Kagel MC. Swallowing, ingestion and dysphagia; A reappraisal. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation1983;64(8):371-373

5） Higashijima M, Miyagawa Y. Study on actual conditions of eating and swallowing in senile dementia care wards. Journal of The Japanese Society for Dementia Care2009;8(3):428-432

6） Easterling CS, Robbins E. Dementia and Dysphagia. Geriatric Nursing 2008;29(4):275-285

7） Enomoto R, Kikutani T, Suzuki A, Inaba S. Relationship between eating dysfunction of anticipatory stage and mortality in institutionalized eldery people. Japanese Journal of Geriatrics2007;44:95-101

8） Sullivan DH, Morley JE, Johnson LE, Barber A, Olson JS, Stevens MR, Yamashita BD, Reinhart SP, Trotter JP, Olave XE.The GAIN (Geriatric Anorexia Nutrition) registry: the impact of appetite and weight on mortality in a long-term care population. The Journal of Nutrition, Health & Aging. 2002;6(4):275-81

9） Amella EJ. Resistance at mealtimes for persons with dementia. The Journal of Nutrition, Health & Aging2002;6(2):117-122

１０） Yamada R. Effect on arranging the environment to improve feeding difficulties in the elderly with dementia. Journal of Japan Academy of Gerontological Nursing2003;7(2):57-69

F．健康危険情報：なし

G．研究発表

1．論文発表

1）Ayako Edahiro, Hirohiko Hirano,Ritsuko Yamada, Yumi Chiba, Yutaka Watanabe：Factors AffectingIndependence in Eating among Elderly with Alzheimer's Disease.Geriatr Gerontol Int. 2011, (in press)

2）Yuki Ohara, Hirohiko Hirano, Yutaka Watanabe, Ayako Edahiro, Emiko Sato, Shoji Shinkai, Hiroto Yohida, Shiro Mataki: The degree of masseter muscle tension and its relationship with chewing ability in Japanese elderly .Geriatr Gerontol Int.(submitted)

1．　学会発表

7） 山田律子，内ヶ島伸也，千葉由美，鈴木真理子，平野浩彦，枝広あや子：認知症高齢者の摂食・嚥下障害の特徴とケアの方向性　認知症の原因疾患と重症度を踏まえた分析．日本老年学会第 27 回大会、東京、2011.6.15-17

8） 枝広あや子，平野浩彦，山田律子，千葉由美，佐藤絵美子，渡邊裕，小原由紀，大堀嘉子，菅武雄，戸原玄，新谷浩和，高田靖，細野純，佐々木健，古賀ゆかり，那須郁夫，山根源之，鈴木隆雄アルツハイマー型認知症患者の自立摂食を支援するために　食行動実態調査の結果から．日本老年学会第 27 回大会、東京、2011.6.15-17

9） 佐藤絵美子，平野浩彦，渡邊裕，戸原玄他：認知症高齢者嗅覚機能は食行動に影響するか—アルツハイマー型認知症を中心に—，日本老年歯

科医学会第 22 回大会、東京、2011.6.15-17

１０） 蛯谷明希，山岸晴美，高田靖，平野浩彦，菊谷武：「口腔機能向上プログラム」の参加者と非参加者の比較―口腔機能と認知機能の変化―，日本老年歯科医学会第22回大会、東京、2011.6.15-17

１１） 平野浩彦，高田靖，古賀ゆかり，枝広あや子，渡邉裕，新谷浩和，鈴木隆雄：認知症高齢者口腔機能の実態報告―4 年間の追跡調査で見えてきたこと―，日本老年歯科医学会第22 回大会、東京、2011.6.15-17

１２） 高田靖，宮本敦子，古賀ゆかり，山岸晴美，平野浩彦：「口腔機能向上」サービス継続利用の効果について，日本老年歯科医学会第22回大会、東京、2011.6.15-17

１３） 新谷浩和，平野浩彦，鈴木央，山田律子，枝広あや子，富田かおり，細野純：在宅認知症高齢者の食事支援での多職種連携構築，日本老年歯科医学会第 22 回大会、東京、2011.6.15-17

１４） 勝田優一，中川量晴，富田かおり，向井美恵，平野浩彦：在宅認知症高齢者の食行動とその支援第一報：義歯の装着状況と摂取食物形態の関連，日本老年歯科医学会第22回大会、東京、2011.6.15-17

１５） 富田かおり，中川量晴，向井美恵，平野浩彦：在宅認知症高齢者の食行動とその支援第二報：認知症レベルと食行動の関連，日本老年歯科医学会第 22 回大会、東京、2011.6.15-17

１６） 中川量晴，富田かおり，向井美恵，平野浩彦：在宅認知症高齢者の食行動とその支援第三報：指導内容とその効果，日本老年歯科医学会第22 回大会、東京、2011.6.15-17

１７） 大堀嘉子，田中香南江，飯田良平，平野浩彦：認知症高齢者グループホーム入居者における食支援，日本老年歯科医学会第22回大会、東京、2011.6.15-17

１８） 小原由紀，平野浩彦，枝広あや子，渡邉裕，俣木志朗，山根源之：高齢者口腔機能評価としての咬筋触診の有効性の検討　第 1 報　―地域高齢者を対象とした調査から―　日本老年歯科医学会第22回大会、東京、2011.6.15-17

１９） 小原由紀，平野浩彦，枝広あや子，渡邉裕，俣木志朗，山根源之：高齢者口腔機能評価としての咬筋触診の有効性の検討　第 2 報　―地域高齢者の生活機能・全身機能との関係―　日本老年歯科医学会第22回大会、東京、2011.6.15-17

２０） 枝広あや子、平野浩彦、山田律子、千葉由美、佐藤絵美子、渡邉裕、小原由紀、山根源之、片倉朗、鈴木隆雄：アルツハイマー型認知症と血管性認知症への食事関連 BPSD アセスメント～食行動観察からの分析～，日本認知症ケア学会第12回大会，横浜，2011.9.24-25

２１） 平野浩彦,枝広あや子,古賀ゆかり,高田靖,渡邉裕,鈴木隆雄:認知症高齢者における摂食・嚥下機能の経年

的変化-4 年間の追跡調査から-,日本認知症学会第 30 回大会，東京，2011.11.11-13

H．知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新：なし
3. その他：なし

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表