

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—

¹東京歯科大学 オーラルメディシン・口腔外科学講座

²東京都健康長寿医療センター研究所

³日本大学歯学部摂食機能療法学講座

⁴(社)大森歯科医師会

⁵(社)豊島区歯科医師会

⁶(社)東京都歯科医師会

⁷北海道保健福祉部健康安全局

⁸北海道医療大学看護福祉学部

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

【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、皿舐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

¹横浜高齢者グループホーム連絡会

²医療法人活人会高齢者グループホーム横浜はつらつ

³医療法人活人会高齢者グループホーム横浜ゆうゆう

⁴鶴見大学歯学部高齢者歯科学講座

⁵東京都健康長寿医療センター研究所

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

【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～

¹特定医療法人原土井病院歯科

²東京歯科大学オーラルメディシン・口腔外科学講座

³社団法人日本歯科医師会

⁴日本大学歯学部摂食機能療法学講座

⁵日本歯科大学口腔介護・リハビリテーションセンター

⁶神奈川県厚木保健福祉事務所

⁷東京都健康長寿医療センター研究所

⁸東北福祉大学健康科学部医療経営管理学科

⁹岡山大学病院特殊歯科総合治療部

¹⁰鶴見大学歯学部高齢者歯科学講座

¹¹新潟大学医歯学総合病院口腔保健科加齢歯科診療室

¹²東京歯科大学摂食・嚥下リハビリテーション・地域支援科

¹³大阪大学歯学部附属病院顎口腔機能治療部

¹⁴東北大学大学院歯学研究科口腔保健発育学講座国際歯科保健学分野

¹⁵東京歯科大学衛生学講座

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

【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た。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 ± 0.5 であったのが平成 20 年では 1.7 ± 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¹⁾、宮下順子²⁾、柳澤智仁³⁾、大山 篤¹⁾、俣木志朗⁴⁾

¹⁾東京医科歯科大学歯学部附属病院歯科総合診療部、²⁾八王子保健所保健対策課保健対策担当歯科衛生士、³⁾東京医科歯科大学大学院健康推進学分野、⁴⁾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に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（味覚と唾液の働き、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を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持続できる可能性が増し、介護予防効果も大きくなるのが期待できる。

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、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るも、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、食器を下げたときに、「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いると、「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¹⁾。

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

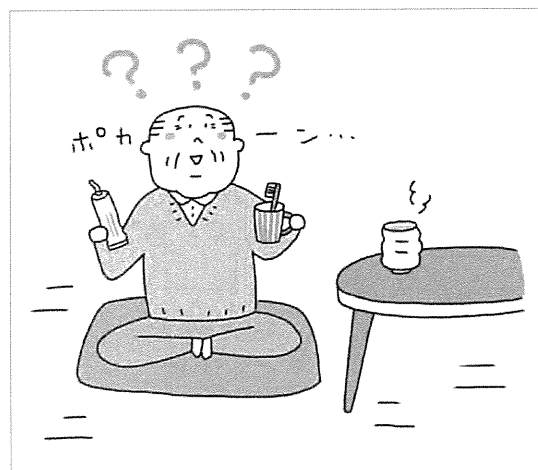


図3 実行機能の障害により、歯磨きの手順がわからなくなっている。一つひとつの行動を確認しながら進めることができるように援助する。「食事が終わったら入れ歯と自分の歯を洗ってください」というのではなく、「入れ歯を外しましょう」と誘導し、行動が確認できたら「蛇口の下で入れ歯を洗いましょう」といった具合に、順序立てて援助する。

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。記憶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³⁾。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³⁾。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

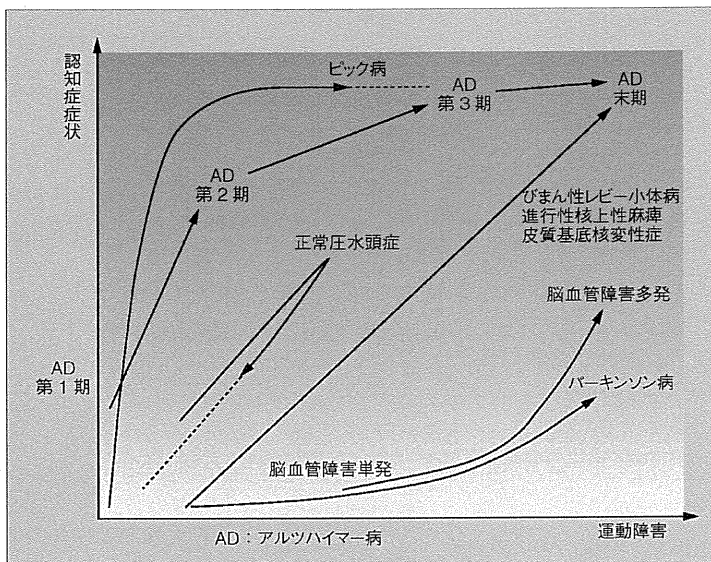


図4 各疾患の認知症症状と運動障害の経過イメージ（文献5より引用）。

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³⁾。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、歯周疾患や齶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.

*

*

*

第5回・完

認知症と食べることの障害

きく たに たけし
菊谷 武

日本歯科大学附属病院
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

摂食・嚥下障害は食べる機能全般から考えた時、食べ物を認知する「先行期」、食べ物を捕食し咀嚼する「準備期」、さらには、口腔から咽頭に食べ物を送り込む「口腔期」、食べ物を嚥下する「咽頭期」、そして、食道から胃まで至る「食道期」のいずれかが障害を受けることで生じる。特に「窒息」さらに「誤嚥」は、摂食・嚥下障害の重大な症状である。一方、これらは咽頭や喉頭内での出来事であるが、咽頭や喉頭機能の破綻が原因で起こるばかりでなく、上記の先行期、準備期、口腔期の問題が、咽頭期に負担をかけた結果、起こる事象とも言える。

認知症高齢者は咽頭期の障害とともに、これらに先行する先行期、準備期、口腔期の問題に問題を抱える。本稿では、認知症高齢者の摂食・嚥下障害とリハビリテーションについて述べる。

認知症患者にみられる 摂食・嚥下機能に影響を及ぼす因子

認知症が摂食・嚥下機能に影響を及ぼす因子は

表1 認知症患者にみられる摂食機能に及ぼす影響

1. 認知症の中核症状による影響
2. 緩徐に進行する運動機能の障害
3. 前頭葉傷害による原始反射の出現
4. その他（自律神経障害、筋緊張の異常、薬物の副作用など）

様々である。認知症中核症状が食べる機能に影響を及ぼすばかりでなく、緩徐に進行する運動機能の障害、前頭葉傷害による原始反射の出現、自律神経障害、筋緊張の異常、薬物の副作用などがそれにあたる。認知症疾患に対しては、これらを総合的に評価し、経時的な予後を含めた対応が求められる(表1)。

認知症の中核症状による影響

1. 記憶障害による摂食・嚥下障害と対応

認知症の中核症については、本連載の第1回（平原論文）において述べた。これらの多くは、食べる機能にも影響を及ぼす。例えば、近時（短期）記憶



図1 記憶障害による摂食・嚥下障害。①手続き記憶の保持によって、箸を上手に使うこともある、②食事をしたという体験そのものを忘れる、③食具の使用方法を忘れる。図は、一本の箸でスプーンのように物をすくおうとしている（意味記憶の障害）。



図2 見当識障害による摂食・嚥下障害。①食べ物が存在が認識できない、食べない、②食べ物以外の物を食べる（異食）、③食具の認識ができない。図は、ぬいぐるみにかじりついている（異食）。

の障害によって食事をしたこと自体を忘れてしまうことがある。こんな時、介護者の困惑は大きい。加えて満腹感の欠如が伴うと、食事を食べ続けるといった行為につながることもある。「さっき食べたでしょ！」というような対応は患者の感情を被害的にし、かえって訴えを助長することがある。次の食事やおやつを伝えること、食べ終わった皿をみせて納得してもらうなどの対応が必要である。

運動技能などの非陳述記憶のうち、手続き記憶がある。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い。認知症高齢者が高速道路を逆走するといった痛ましい事故が起こるのは、「車の運転」といった行為は手続き記憶として保たれているが、「標識を読む」といった能力が失われたために起こる悲劇である。食事場面においても、「箸を上手に使って食事をする」といった能力が保たれることがしばしばみられる。一方、重症度が増し、箸という道具の意味が失われると（意味記憶の障害）、箸を何に使う物なのかの判断ができなくなり、1本の箸でご飯をすくおうとしたり（図1）、ストローを箸代わりに使おうとするような動作が出てしまうことがある。そういった場合は、介護者が正しい動作をみせて動作のきっかけを与えることで、模倣が可能であることがある。

2. 見当識障害による摂食・嚥下障害と対応

判断力の低下や記憶障害、物事を判断する能力である見当識に障害があると、食べ物とそうでない物の区別を付けることができずに、食べ物以外の物を口にしてしまうことが起こる。これを「異食」と言う。異食による窒息や誤嚥、咽頭異物や食道異物といった事故も頻繁に起こる。認知症高齢者にとって身の回りにあるほとんどの物が異食の対象となるため、異食の可能性のある物を患者の周囲に置かないといった配慮が必要である（図2）。

また、空間見当識があると、食器の柄を食べ物だと思ってしまうとする動作を繰り返すような行為がみられる。食物に対する認知の低下に対しては、柄の多く付いた食器を避ける、食べ物の色が際立つ食器を利用する、自らスプーンを把持させて手を添えて誘導するといった、患者の視覚や聴覚、嗅覚、触覚を利用しつつ、食事であることを認識しやすい環境にすることが必要である。

3. 実行機能の障害による摂食・嚥下障害

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。私たちが日本そばを食べているシーンを考えてみよう。ざるに載ったそばとつゆの入った椀、そして、別の小皿に刻んだ海苔とワサビが



図3 実行機能障害による摂食・嚥下障害。①順序立てて食べることができない、②早食い、詰め込みといった行動の異常がみられる。

入っている。私たちは、ワサビを好みに合わせてつゆの中に入れる。海苔はやはり好みの量をそばに振りかけるだろう。そして、そばを箸で一口量だけ捉え、つゆに付けて食べるのである。このように、順序立てて物事を進めていくことを「実行機能」と言い、認知症の早期からこの障害が起こることが多い。その場合、そばをそばだけで食べてしまい、つゆを別に飲んでしまったり、海苔だけを食べてといった行為がみられる。そういった場合には、多くの手順を同時に行わせようとしないで、1つの手順ごとに確認しながら進めるといった配慮が必要となる。

茶碗から掻き込むように食べる、口いっぱい頬張りながら食べる、といった行動も実行機能の障害によるものである(図3)。本人の咀嚼機能や嚥下機能を越えた口腔内への食べ物の取り込みは、誤嚥や窒息のきわめて重要な危険因子になる。そのため、食事の際の見守りや声をかけるといったことなどをしながら、食事のペースを守るように誘導する必要がある。時として、食事を介助することでペースを守ることも必要となる。食事に関する行動障害や行動異常には、上記の早食いや詰め込み、異食と

表2 認知症にみられる食行動

	FTD vs AD	FTD vs CVD	CVD vs AD
甘い物が好きになる	4.6	2.2	1.3
好き嫌い	0.8	0.6	1.1
食べ物が識別できない	4.0	4.5	-
食べ過ぎ	7.8	3.6	1.9
あるだけ食べ続ける	13.0	6.2	1.8
他人の食事を盗む	29.8	2.8	11.6
食べ物を探す	7.4	3.1	1.4
がつがつ食い(詰め込み)	80.6	4.9	12.3
異食	6.6	0.8	6.1

認知症のタイプによって出現率が異なる。前頭側頭型認知症において、その頻度は高い。FTD:前頭側頭葉認知症, AD:アルツハイマー病, CVD:脳血管性認知症 文献3より

いったもののほかに、他人の物を盗んで食べることや食嗜好の変化などが挙げられる。いずれも前頭側頭葉の傷害に関連しているものが多く、その発現頻度は、脳血管障害性認知症やアルツハイマー病に比べて、前頭側頭型認知症に多いことが知られている(表2)。

4. 失行・失認などの高次脳機能障害による摂食・嚥下障害

失認とは、感覚障害(視覚や聴覚)はなくても、見たり、聞いたり、触ったりしても、それが何か認識できない状態を言う。障害により、目の前の食べ物の位置が認識できないことがある。例えば、宙に浮いている食べ物を箸でつかむような動作を繰り返したり、半側空間無視の場合は麻痺側の食べ物の存在に気が付かなかったりといった症状がみられる。この障害は左片麻痺の人に現れることが多い(図4)。その場合、認識しやすい位置に食事を移動するような配慮が必要となる。

また、失行とは手や足の運動機能が正常にもかかわらず、やり慣れた動作が困難になる状態を指す。



図4 失行などの高次脳機能障害による摂食・嚥下障害。①食べ物を認識できない、②食具がうまく使えない、③咀嚼に関わる随意運動がうまく行えない。図は、左側に置いてある食事の存在を無視している（半側空間無視）。

口腔運動失行の際には、咀嚼を要する食品に対して「咀嚼運動がスムーズに行えない」などの症状が出現する。また、箸は日本人にとってなじみの深い食具であるが、その使い方には巧みな動作が要求される。2本の箸で食物をつかむといった複雑な動作が必要なために、箸を握っても上手に使えないなどという症状（観念失行）が出現する（図5）。

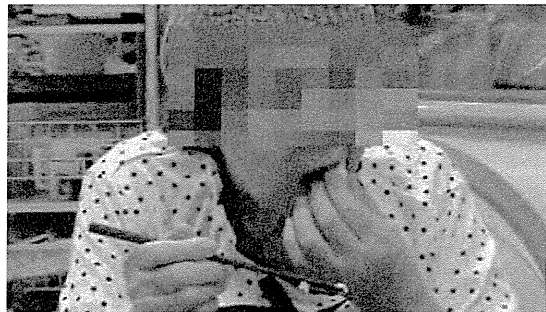


図5 箸を持ってみたものの、その使い方がわからず、結局、手づかみで食べたってしまった。

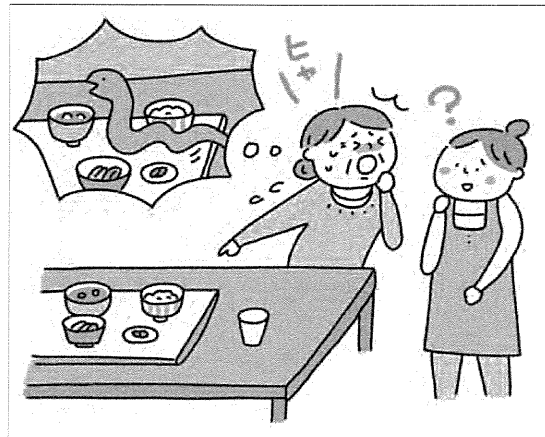


図6 被害妄想や幻覚によって、食べることを拒否することがある。

5. BPSDの摂食行動への影響

BPSD（認知症の行動、心理症状）によっても、摂食行動は影響を受ける。食事を安全に効率的に食べるためには、ある程度集中力の持続が必要である。認知症患者の多くは集中力の持続が困難になり、食事中に他に気を取られて摂食行動が止まったり、立ち歩いたり、食事中に眠ってしまったりすることがある。また、食思不振や食べ物に対するこだわりから、「固形物は一切食べない」「水分は飲まない」といった具合に、食べる機能が備わっていても食べないといったこともしばしば起こる。また、被害妄想や幻覚などにより、「食物に毒が入っている」「蛇が食べ物の上を歩いた」などと訴え、食べることを拒否することもある（図6）。

運動機能の障害による影響

認知症が呈する多くの疾患や状態は、精神症状だけでなく運動障害も同時に呈する場合が多い。また、それらは徐々に進行し、四肢体幹機能だけでなく摂食・嚥下機能にも影響を及ぼす。前頭側頭型認知症やアルツハイマー病の場合は精神症状が先んじて重症化するが、運動機能は保たれることも多い。レビー小体認知症や進行性核上麻痺などの場合は、認知機能の低下と運動機能の低下がほぼ同様に進行する。一方、パーキンソン病などの場合には、運動障害が先行して現れる（本連載第2回参照）。

よって、アルツハイマー型認知症の患者は認知機能の低下が重度であっても運動障害としての摂食・嚥下機能は保たれ、末期まで自食が可能である場合



図7 吸啜（引）反射。指を口腔内に入れると、上下の口唇や硬口蓋、舌、下顎でしっかり捉え、舌は前後に動く。上口唇の皮膚を軽く触れることによっても誘発される。この運動を「咀嚼できている」と見誤ることがある。

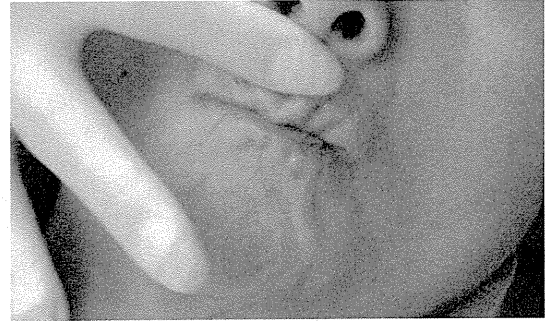


図8 口すぼめ反射。上唇の中央を指先で軽く叩くと、口唇が突出し、しわができる。スプーンや歯ブラシが口唇に触れてこの現象が起きる。この際、摂食拒否や口腔ケアの拒否と判断されることが多い。

もある。しかし、この稿に述べているように、見当識障害や実行機能障害、高次脳機能障害などによる食べる行動に対する問題が摂食・嚥下機能全般に影響を与えることが多く、かえって窒息の危険度などが高いと言ってよい。このように、原疾患を理解し、今後予想される変化を知ることが重要である。

● 高齢者にみられる原始反射 ●

原始反射と言えば、乳児にみられる吸啜反射や探索反射、把持反射などを思い起こす。これは、新生児からの発達過程において一定の順序で出現、消失する反射である。正常な時期に原始反射が出現することは神経機能の正常発達の兆候として重要であり、同時に乳幼児期の適切な時期に原始反射が消失することは正常な発達の指標とされる。原始反射は発達とともに、大脳皮質や錐体路といった上位から抑制がかかるため、臨床的には年齢とともに観察されなくなる。一方、大脳半球、特に前頭葉傷害のある患者では、三叉神経支配領域の皮膚や粘膜を刺激することで反射が出現する⁴⁾。また、原始反射は視覚によっても誘発されるものであり、口元に近接して行く物があると開口するのは、この原始反射によって行われている。これらは認知症高齢者にしばしば現れる現症で、摂食機能を考える上で重要である。以下に、口腔に関連する代表的な原始反射を示す。

吸啜（引）反射（Sucking reflex）：指を口腔内に入れると、上下の口唇や硬口蓋、舌、下顎でしっかり捉え、舌は前後に動く。上口唇の皮膚を軽く触れることによっても誘発される（図7）。

咬反射（Phasic bite reflex）：下顎臼歯部または、臼歯部を指で下方に押すことにより、噛むような下顎の上下運動がみられる。

口すぼめ反射（Snout reflex）：上唇の中央を指先で軽く叩くと、口唇が突出し、しわができる（図8）。

高齢者の介護現場では、食介助の際に「なかなか口を開かない」「スプーンを噛んでしまう」「いつまでも噛み続けている」などといった訴えを多く聞く。

これは、いずれも上記の原始反射の発現と強く関連している。歯ブラシやスプーンなどが口唇に触れると、口をすぼめて、あたかも拒否をしているようにみえるのは口すぼめ反射の発現であり、口腔ケアの際に歯ブラシを噛んでしまったり、食事をいつまでも噛んでいるのは咬反射の発現との関連が示唆される。

私たちの調査では、介護老人福祉施設に入居する高齢者のうち、口腔に関連する原始反射が発現している者は2割から3割に認められている。この反射による動きは、咀嚼機能をみる上で重要なポイントとなる。原始反射が発現した場合、食べ物が口腔内に持ち込まれた際に、下顎は単純な上下運動を繰り返す。さらには、舌は前後または上下の動きが中心となる。これは一見咀嚼を行っているようにみえても、咀嚼運動であるとは言えないことを意味してい

る。この原始反射が中心の下顎の動きを咀嚼と見誤り、咀嚼処理が必要な食形態を提供してしまっている場面に多く遭遇する。この場合には、食物の口腔内での粉碎処理と順次咽頭内に送り込むといった対応はできていないため、窒息の危険を伴う。下顎や舌の動きが、原始反射を中心とする単純な動きである場合には、たとえ天然歯による咬合支持があっても咀嚼は不可能であるし、義歯の作製も無意味となる。

筋の緊張の異常、薬物の副作用

進行性核上麻痺やパーキンソン病の場合には、頸部の筋緊張によって過伸展を示すことがあり、頸部の過伸展は誤嚥のリスクを高める体位となる。また、筋の過緊張・低緊張ともに摂食・嚥下の一連の運動に影響を与える。また、薬物は摂食・嚥下機能に様々な影響を与えることが知られており、特に抗精神病薬や抗うつ薬などは、認知症高齢者に処方される場合が多いため大きな影響を受ける。抗精神病薬は嚥下反射に関与するドーパミン-サブスタンスP系を抑制することが知られている²⁾。

さらに、認知症高齢者は原疾患によって摂食・嚥下機能が低下している場合が多く、そこに薬剤の影響が付加されると障害が顕在化、重症化する。アルツハイマー病患者の誤嚥性肺炎発症の危険因子を調べた報告では、認知症の重症度と嚥下機能を低下させる基底核梗塞の存在とともに、抗精神病薬の使用が挙げられている⁵⁾。

認知症高齢者に対する 摂食・嚥下リハビリテーション

認知症高齢者に対して摂食・嚥下リハビリテーションを行う際には、認知症の進行による重症度や症状、認知症の予後を考慮に入れた目標設定が重要と

なる。

摂食・嚥下に関わる口腔咽頭諸器官に対する運動機能訓練を考えた時、これらの機能が低下する時期には認知機能の低下もみられる場合が多く、この低下によって訓練手技の手順が理解・遂行できない場合が多い。そこで、理解しやすい訓練種目の設定が重要である。しかし、認知機能の低下によって、その効果は限定的である場合が多い。そのため、認知症高齢者に対する摂食・嚥下リハビリテーションを考えた時、食形態や食内容の考慮、食事介助法の工夫など、代償的なアプローチが重要となる。

最後に

認知症ケアの原則は、「尊重し、ありのままを受け止める」「説明や行動の手順を繰り返し伝える」「感情に共感し、今を明るく過ごす」などと言われている。目の前にある状況がどのような意味を持つものかわからなくても、否定的な感情で接することなく、関心を持って感覚的に受け止める必要がある。

歯科治療は、多くのステップを踏みながら進まなければいけない場合が多い。そのため治療にあたっては、十分な説明と手順を確かめながらの対応が必要となる。歯科医療者は認知症を理解し、時間経過の中で段階を追って変化する患者の状況に対し、進行段階に応じた対応が求められる。

参考文献

- 1) 清水裕子：コミュニケーションからはじまる認知症ケアブック。学習研究社、東京、2008。
- 2) 日本認知症学会：認知症 テキストブック。中外医学社、東京、2008。
- 3) Bathgate D, Snowden JS, Varma A, Blackshaw A, Neary D: Behaviour in frontotemporal dementia, Alzheimer's disease and vascular dementia. *Acta Neurol Scand*, 103 (6): 367-378, 2001.
- 4) Vreeling FW, Houx PJ, Jolles J, Verhey FR: Primitive reflexes in Alzheimer's disease and vascular dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, Apr; 8 (2): 111-117, 1995.
- 5) Wada H, Nakajoh K, Satoh-Nakagawa T, et al: Risk factors of aspiration pneumonia in Alzheimer's disease patients. *Gerontology*, 47: 271-276, 2001.

第2回 摂食・嚥下機能の評価法

たむらふみよ
田村文誉

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
〒102-8158 東京都千代田区富士見2-3-16

摂食・嚥下リハビリテーションにおける歯科開業医の役割においては、何よりも患者のすぐ身近な存在であるという点で、非常に重要な位置を占めていることと言える。また患者の状態によっては、二次医療、三次医療への連携も考慮した正確な判断も必要とされる。単に機能評価や訓練のテクニックだけでは患者に対して良質かつ十分なリハビリテーションを提供することはできないため、ここに示す問診や実際の計画立案までを網羅した対応を行うことが、歯科開業医にも求められている。

I. 問診 (医療面接)

問診では、患者の現病歴、既往歴からはじまり、摂食に関する既往歴、現症を詳しく聴取する。神経・運動系に影響を及ぼす疾患、たとえば脳血管疾患や神経筋疾患などは摂食・嚥下障害の原因疾患として代表的なものである。

また高齢者の場合は、多くの薬を服用していることがある。降圧剤、糖尿病薬、抗パーキンソン薬、

向精神薬、抗けいれん薬など、他にも多くの薬が摂食・嚥下機能を減退させたり、唾液の分泌を抑制したりする副作用を持つ。それらの影響によって症状が引き起こされている場合があるため¹⁾、服用薬剤の調整によって摂食・嚥下障害が改善される例も少なくない。また、肺炎の既往は重要な聴取項目である。肺炎の原因はさまざまであるが、摂食・嚥下障害により誤嚥性肺炎となる場合があるからである。

加えて、摂食・嚥下障害は低栄養の原因となる。体重の変化は栄養状態の変化を反映する最も有用な指標であるが、さらに必要に応じて血液検査などの結果も参考にする。

なお、患者が摂取している食物形態は摂食・嚥下機能に即している場合もあるが、機能に合わない形態のものを食べている場合もある。食物形態には、患者や家族の希望、思いが反映していることが往々にしてあり、患者や家族とよく話し合いながら適切な形態への調整が必要なことが多い。また、患者の嗜好や食欲も重要なポイントである。

摂食等の現状や日常生活状態についての主な問診

表1 主な問診項目

全身状態および日常生活状態	摂食等の現状
併存疾患、姿勢保持能力、生活リズム、睡眠リズム、ADL、認知機能、服用薬剤、体調、肺炎の既往、排尿・排便、栄養状態（身長、体重、BMI等）	食欲、食物の嗜好や間食、栄養摂取法、水分摂取法、食物形態、経管栄養の有無と種類、食事姿勢、食事時間（間隔）、食事にかかる時間、介助状態

表2 舌、口唇、頬の運動評価

舌	安静時	異常	0：異常なし
		偏位	0：なし 1：あり（左 右）
	萎縮	0：なし 1：あり（左 右）	
	不随意運動	0：なし 1：あり	
	繊維束性攣縮*	0：なし 1：あり（左 右）	
舌	運動時	異常	0：異常なし
		突出	1：動かない 2：歯列内 3：口唇を越える 0：左右差なし 1：あり（左 右）
		左右反復	0：できる 1：できない（左 右）
		舌尖の挙上	0：できる 1：できない
		左右の反復	() 回 / 5秒
口唇 頬	安静時	異常	0：異常なし
		偏位	0：なし 1：あり（左 右）
		口角下垂	0：なし 1：あり（左 右）
		口唇接触不良	0：なし 1：あり（左 右）
	運動時	異常	0：異常なし
		口角横引き	0：できる 1：できない
		口角横引き反復	() 回 / 5秒

*「繊維束性攣縮」とは筋肉の痙攣のこと

項目を表1に示す。

II. 各種検査法とその評価

摂食・嚥下障害の検査というと、嚥下造影検査（VF：Videofluoroscopic evaluation）、嚥下内視鏡検査（VE：Video endoscopic evaluation）が必須であると思われがちであるが、歯科開業医ではそのような機器を有している医療機関はほとんどない。

では、これらの検査ができないと摂食・嚥下リハビリテーションを行えないのだろうか？ もちろんそうではない。実際の臨床においては、ここに紹介する各種検査によって患者の評価を行うことがほとんどである。本稿では、臨床において必須のスクリーニング検査に的を絞って解説する。

1. 一般所見の観察

身体所見、神経学的所見、意識障害程度、頸部・

図1 反復唾液嚥下テスト (Repetitive saliva swallowing test: RSST)⁷⁾

嚥下機能のなかで、特に随意的な反射惹起性を定量的に測定する方法である。嚥下障害を一次的にスクリーニングする方法として妥当性が高い。

【手技】

- ・頸部をやや前屈させた座位姿勢を基本姿勢とする（リクライニング位でも可）。
- ・喉頭隆起および舌骨部に指腹を当て、唾液を連続して嚥下するように指示する。
- ・喉頭隆起および舌骨は、嚥下運動に伴って指腹を乗り越え上前方に移動し、元の位置に戻る。
- ・この運動を30秒間観察し、触診で確認できた嚥下回数を観察値とする。

【判定基準】

- ・30秒間の嚥下回数3回が誤嚥のスクリーニング値の目安である。
- ・Silent aspiration（不顕性誤嚥）については判断できない。



術者の指を当て、喉頭隆起が術者の指を乗り越えて上下するのを触知する。

顎関節のROM（Range of motion；可動域）、姿勢（上肢・下肢・体幹）などの外部評価を行う。

2. 口腔内診査

残存歯（咬合支持状態）、義歯の有無や適合、触覚異常（接触拒否など）、麻痺部位と程度、口唇・舌のROM、異常運動（オーラルディスクネジア、原始反射の出現）、口腔乾燥、口腔衛生状態（食物残渣、舌苔）などの診査を行う。

十分な咀嚼力を発揮するためには、臼歯部の天然歯同士の咬合支持が重要である²⁾。歯が喪失している場合には義歯の装着が望ましいが、長期間義歯を使用しないまま経過していたり、認知機能に問題があると、それを受け入れられないことも多い。無理に義歯を装着することで、かえって摂食・嚥下機能を障害する場合もあり、その判断が重要である。また、オーラルディスクネジア（口腔の不随意運動）といった異常運動の他に、認知症など前頭葉の障害による原始反射（吸啜反射、咬反射）の出現³⁾がみられることもある。これらの動きは摂食・嚥下運動遂行の妨げとなる。

唾液分泌量の減少は加齢と共に生じるとされるが、食事や会話時など、刺激唾液についてはその影響は少ないともいわれている⁴⁾。高齢者の唾液分泌減少の原因としては、内服薬剤による副作用としてあらわれることも多い。そのため服用薬の確認が重要であり、高血圧薬、抗精神薬、抗パーキンソン薬などを服用している場合は、唾液量の減少を推測する。

口腔衛生状態の診査では、食物残渣や舌苔に注意する。食後の食物残渣の有無やその残留程度、また舌苔の付着状態は、口腔の運動機能障害を判断する重要な所見である⁵⁾。

口唇・舌のROM検査⁶⁾

ある運動を正しく遂行するには、**運動の要素**（①運動の範囲、②運動の力、耐久性、③運動の速度、④運動の協調性・巧緻性）を理解しなければならない。摂食・嚥下器官の運動も、これらの要素に従って評価する。運動評価について表2に示す。

3. スクリーニング検査

外来や在宅、ベッドサイドにおいて実施可能なス

図2 改訂水のみテスト⁸⁾

【手技】

- ・冷水3cc（ティースプーン1杯程度）を口唇より取り込ませ、嚥下を命じる。
- ・嚥下後、反復嚥下を2回行わせる。
- ・評価基準が4点以上なら、最大施行2回繰り返す（嚥下できたら「もう一度飲んでください」と指示する）。
- ・最も悪い場合を評価点とする。

【評価点】

- 1点：嚥下できない。むせる and/or 呼吸切迫あり。
- 2点：嚥下できる。呼吸切迫あり（Silent aspirationの疑い）。
- 3点：嚥下できる。呼吸良好、むせる and/or 湿性嚔声あり。
- 4点：嚥下できる。呼吸良好、むせない。
- 5点：4点の項目に加え、反復嚥下が30秒以内に2回可能。

【注意点】

- ・嚥下の確認は、喉頭付近を触診しながら嚥下に際する喉頭挙上を確認する。＊不随意的な反復嚥下は1回の嚥下とみなす。
- ・むせがある場合は、誤嚥の疑いの判断とする。
- ・湿性嚔声は発声をさせて判断する。発声不能の場合は、呼吸状態で判断する。
- ・呼吸変化は、誤嚥を疑わせるような呼吸状態の変化とする。たとえば、呼吸数の変化、喘鳴、呼吸音の変化・減弱、湿性ラ音（肺を聴診した時に聴こえる捻髪音（パチパチ、ブツブツする音）、SpO₂の有意な低下、などである。
- ・追加嚥下は、発声などの確認後に空嚥下を命じ、30秒以内に2回行えるかを評価する。
- ・評価基準が4点以上の場合には最大2施行繰り返し、最も低い評価基準を評価点として記載する。
- ・口腔内を確認し、口腔内残留を認める場合には除去し、被験者がむせたり、呼吸切迫を起こしておらず、安定した状態であることを確認して終了する。

【判定不能】

- ・口腔内に投与した冷水のほとんどを吐き出してしまう場合は、判定不能である。

クリーニング検査について解説する（図1～図4）。

4. 食事場面の観察評価

摂食・嚥下機能の評価で最も重要なのは、食事場面における外部観察評価を行うことである。これを行うには訪問診療などの場面において患者の日常生活に入り込むため、患者を取り巻く家族との信頼関係や多職種との連携を図ることが重要である。

1) 食形態

患者が摂取している食物の形態は問診でも聴取するが、摂食・嚥下機能に対して適切であるかどうかは実際の食事場面で評価しなくてはならない。なぜなら、同じ食形態のことで、本人や家族が認識している性状と、実際の性状とが異なる場合があるからである。常食や刻み食はもとより、さらに細かい刻み食を食べるためにも、咀嚼機能が必要である。