

分泌亢進など逆流性食道炎様の症状（胸やけ）がみられる場合は、プロトンポンプ阻害薬や胃粘膜保護薬の併用が勧められる。一方、高度ADでは高用量（10 mg/day）の使用が推奨される。高度ADとは中核症状が進行した状態で、たとえば、入浴や着衣、トイレなどで直接的な介護が必要となる時期である。長谷川式簡易知能スケールやミニメンタルテストで10点程度が目安となる。

NMDA 受容体拮抗薬：メマンチンはグルタミン酸受容体の一つであるNMDA（N-methyl-D-aspartate）受容体に拮抗して神経細胞を保護する薬剤である。興奮性伝達物質であるグルタミン酸が過剰に働くと神経細胞死につながり、メマンチンはその代謝経路を遮断する。米国ではドネペジルとの併用の有効性も報告されている。おもに肝臓で代謝され腎排泄型の薬剤であり、高度腎機能障害では維持量を10 mg/dayとする。

Ⅲ. 脳血管障害を合併したアルツハイマー型認知症・血管性認知症の治療

ここでの重要なポイント

- 高齢者では、純粋なADやVaDは少数で、実際にはアルツハイマー型認知症と血管性認知症がさまざまな割合で混在している。

高齢者では脳の動脈硬化が進むため、小梗塞巣や虚血性変化がADで

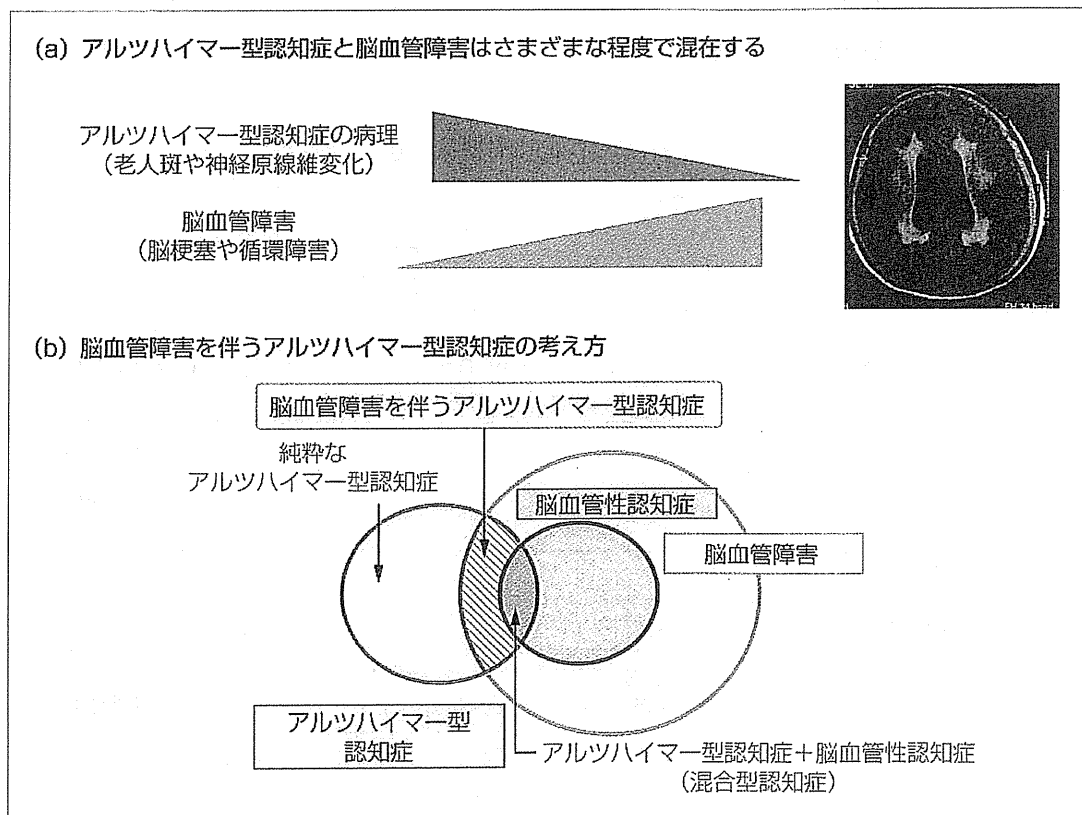


図1 アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症

両病変が混在

も出現する。逆に、VaDでも加齢とともに高頻度にβアミロイド沈着がみられ老人斑が出現してくる。つまり高齢者では、純粋なADやVaDは少数で、実際には両病変がさまざまな割合で混在している(図1a)。CKDでは虚血性病変の頻度は高く、脳血管障害を合併したADがより一般的である⁵⁾。AD、VaD、脳血管障害との関係を図1bに示した。

脳血管障害を伴うADの治療

脳血管病変が多発性に認められると、誤ってVaDと診断されているケースがしばしばみられる。脳血管障害を伴うADの患者が、ADとして治療されないケースが問題となる。

出血性病変への配慮

脳血管障害を伴うADの治療に関しては、基本的にはアセチルコリンエステラーゼ阻害薬を投与し、ニセルゴリン(サアミオン[®])、イブジラスト(ケタス[®])などの脳循環改善薬やシロスタゾール(プレタール[®])などの抗血小板薬を併用投与する。血液透析中の患者ではさらに出血性病変への慎重な配慮が求められる。CKDを合併した脳血管障害の治療については、『脳卒中ガイドライン2009』を参考にされたい⁶⁾。

IV. CKDにおける認知症の予防

ここでの重要なポイント

- ADは20~30年の経過を有する疾患であり、50歳頃から生活習慣、生活習慣病を改善することで、高齢になってADの発症を予防できる可能性がある。
- CKDは長期にわたり脳を障害する。認知症予防を見据えたCKDの治療戦略が求められている。

認知症のリスク因子

認知症のリスクとして年齢がもっとも大きい。ADのリスクとして、遺伝の関与は約60~70%、残りの30~40%は環境要因に依存するという。高血圧、耐糖能異常、脂質異常、メタボリックシンドロームは、VaDのみならずADの危険因子でもある。実際、降圧薬を内服することでADの新規発症が抑制されたとする大規模臨床試験の成績が報告さ

降圧薬の内服

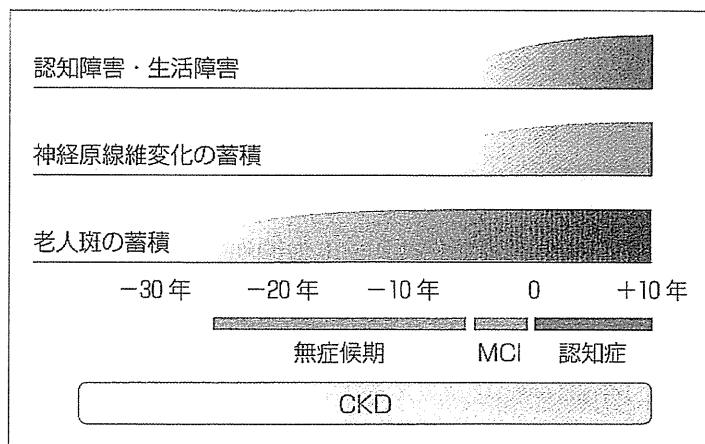


図2 アルツハイマー型認知症の進展過程(仮説)

運動療法

れている。運動療法は認知症の発症予防、またいったん発症した認知症でも進展抑制効果が認められる。

MCI

最近、AD の概念が大きく変化している。AD は70歳以降に多く発症するが、脳内の神経病理的变化はその以前から進行している²⁾(図2)。ADでは β アミロイドが大脳皮質に沈着し、続いて神経原線維変化が形成され、遂には神経細胞が変性脱落する。ADは記憶障害と大脳皮質機能の低下のために生活機能障害が生じることで診断される。しかしAD早期には軽度認知障害(mild cognitive impairment; MCI)といわれる記憶障害のみの病期があり、すでに老人斑、神経原線維変化の沈着、神経細胞死が生じている。最近の研究により、 β アミロイドの蓄積はさらにその数十年前から生じていることが明らかになってきた。つまりADは20~30年の経過を有する疾患であり、50歳頃から生活習慣、生活習慣病を改善することで、高齢になってADの発症を予防できる可能性がある。CKDは長期にわたり脳を障害する。認知症予防を見据えたCKDの治療戦略が求められている。

文 献

- 1) Krishnan, A. V. and Kiernan, M. C.: Neurological complications of chronic kidney disease. *Nat. Rev. Neurol.* 2009; 5: 542-551
- 2) Kurella Tamura, M. and Yaffe, K.: Dementia and cognitive impairment in ESRD: diagnostic and therapeutic strategies. *Kidney Int.* 2011; 79: 14-22
- 3) 日本透析医学会統計調査委員会: わが国の慢性透析療法の現況(2009年12月31日現在)。透析会誌 2011; 44: 1-36
- 4) 日本神経学会 監: 認知症疾患治療ガイドライン。2010, 93-95, 医学書院, 東京
- 5) Martinez-Vea, A., Salvadó, E., Bardají, A., et al.: Silent cerebral white matter lesions and their relationship with vascular risk factors in middle-aged predialysis patients with CKD. *Am. J. Kidney Dis.* 2006; 47: 241-250
- 6) 脳卒中合同ガイドライン委員会: 脳卒中治療ガイドライン。2009, 42-43, 協和企画, 東京

Chronic kidney disease (CKD) is a rapidly growing global health problem. It has been postulated that CKD is an independent risk factor for cognitive decline. Dementia in patients with CKD is associated with a high risk of death, dialysis withdrawal, hospitalization, and disability. There are a variety of risk factors for dementia related to CKD. These include shared risk factors, nephrogenic risk factors, and treatment associated risk factors. Cognitive changes in CKD more typically indicate a combination of Alzheimer's disease and vascular dementia. Preventive strategies targeting vascular risk factor modification and physical and cognitive activity have shown promise in the general population and may be reasonably extrapolated to the CKD population. Further studies are required to establish successful treatments or to prevent cognitive impairment associated with CKD.

Key words: chronic kidney disease (CKD), dementia, treatment, prevention

* National Center for Geriatrics and Gerontology

Summary

Preventative strategy and treatment of demented disorders in chronic kidney disease

Takashi Sakurai* and Kenji Toba*

日本臨牀 69巻 増刊号10 (2011年12月20日発行) 別刷

認知症学 下

—その解明と治療の最新知見—

III. 臨床編

認知症の薬物治療 各論

服薬コンプライアンスとアドヒアランス

鳥羽研二

III. 臨床編

認知症の薬物治療 各論

服薬コンプライアンスとアドヒアランス

Drug compliance and adherence

鳥羽研二

Key words : コンプライアンス, アドヒアランス, 手段的日常生活活動 (IADL), 服薬支援, 服薬介護負担

はじめに

本年度は認知症診療にとって、新薬が3種類認可され、薬の使い分けが課題になっている。疾患の特性から「きちんと飲んでもらえているか？ 飲み忘れの人はどうするか？ 中断する理由と対策は？」など、薬の種類による薬効以前の問題が重要であることは、臨床の現場で実感されてきた。

しかしながら、慢性疾患でありながら、これまで長期の服薬継続に関する我が国のデータは、大きく取り上げられていない。今回この問題を海外の成績と著者らの成績の一部を紹介し、今後の研究の一助としたい。

1. 服薬遵守の意味

コンプライアンスとは服薬遵守であり、処方された薬を指示どおりに服用しているかどうかで判定される。医療関係者からの視点で、〇〇のためコンプライアンスが悪く、処方された薬の半数が余っているなどという表現で使われる。

アドヒアランスも服薬遵守と訳される。しかし処方された薬をきちんと服用する患者の視点が重視される。両者は通常ほぼ同一と見なされているが、薬剤によっては乖離がありうる。

アドヒアランス良好でコンプライアンスが悪

い例として、睡眠薬、鎮痛剤など過剰に依存してしまう例がある。厳密には決められた量に反するのでアドヒアランスも良好とはいえないが、薬剤の服薬態度と結果という、患者と医療関係者双方の視点の相違という観点からは、乖離と考える。

進行した認知症では、アドヒアランスの低下は明らかであり、コンプライアンスのみが問題になる。この場合、患者以外の服薬補助者が鍵を握る。

コンプライアンスに及ぼす社会的要因として、勤務、介護補助者、介護保険サービスなども影響する。

2. 認知症患者の服薬能力：生活機能評価の視点から

FAST分類によるアルツハイマー型認知症の重症度分類には、服薬遵守の項目はない。柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」には、中等度異常の具体的表示に「金銭管理や適正な服薬に他人の援助が必要」と記されているが¹⁾、軽度でもどの程度の割合で服薬遵守機能が失われるかについての記載はない。

服薬遵守機能は、手段的ADL(IADL)の項目に含まれる。手段的ADLは独居維持機能でもある。

Kenji Toba: The Center for Comprehensive Care and Research on Memory Disorders, National Center for Geriatrics and Gerontology 国立長寿医療研究センター

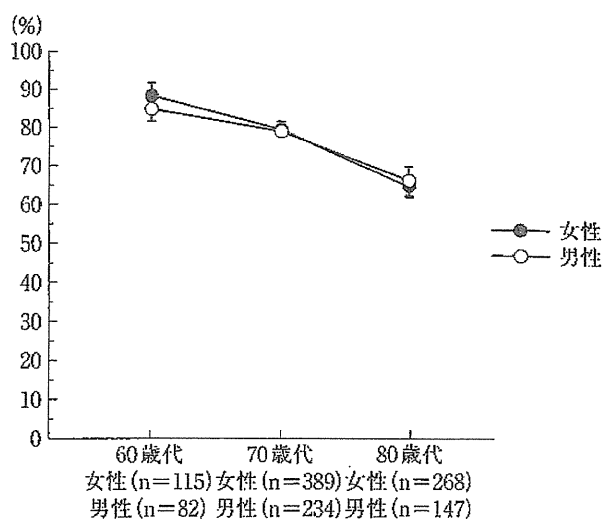


図1 服薬管理の自立率

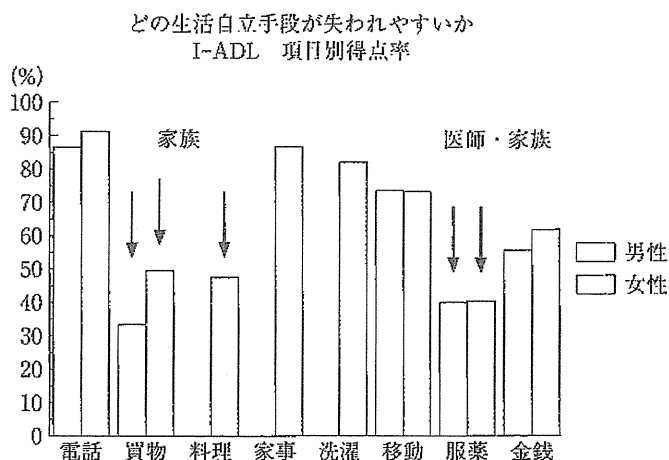


図2 認知症患者の服薬自己管理能力を含む手段的ADLの自立率

手段的ADLの8つの項目について、外来非認知症高齢者の自立、依存を調査した²⁾。70歳代では90%が自立していたのに対し、80歳代では80%に低下した。電話、金銭管理、家事、洗濯などは、80歳代まで加齢による機能低下はなく、1970年代に比べ、テクノロジーの進歩によって自立機能の変化が起きていると考えられる。一方、買い物、料理、服薬管理は60歳代に比べ、70歳代から低下が始まり、80歳代では70%しか自立していない(図1)。

初期認知症患者(平均MMSE 19.6)においては、60%の患者が服薬介助となっている³⁾(図2)。塩見らは、服薬理解能力管理スケールを開発したが、その中で、服薬要介助となるのは

HDSR 20点であることを示し⁴⁾、著者らの成績と一致している。これらの成績は、薬物アドヒアランスは80歳以降低下し、認知症患者は初期から半数以上が低下していると考えられる。一方、薬物コンプライアンスの加齢に伴う成績は、非認知症外来では加齢によって低下せず⁵⁾、服薬管理の工夫や服薬支援の家族の存在が示唆される。

3. 認知症患者における服薬コンプライアンス・アドヒアランス最近の成績

a. 使用記録からの分析

オランダの薬物療法記録保存システムで、アセチルコリンエステラーゼ阻害薬について6カ

月の短期服薬継続率と、3年間の長期服薬継続率の結果が報告されている。3,369人の患者において、6カ月で30.8%の患者が中止、3年目では59%が中止に至っている⁹⁾。薬剤別では、リバスチグミンがガランタミンに比べ、早期に治療中止に陥る率が高かったとしている。

アメリカの保険請求の記録からの分析では⁷⁾、80±8.25歳のアルツハイマー患者3,091人のうち、6カ月の間、指示した薬の8割以上を服薬できた患者の割合は、58%にすぎなかった。服薬アドヒアランスを低下させる要因として、意外にも85歳以上が1.4倍アドヒアランスが高かった。しかし、介護職の服薬補助や遵守補助手段(電話、お薬カレンダーなど)は要因分析の項目になく、これらの要因の影響が考えられる。

b. 医療機関における研究

アセチルコリンエステラーゼ阻害薬は、長期服薬率が低いことが臨床問題となっており、これまでの調査で海外でも^{8,9)}、我が国でも¹⁰⁾、1年間で約1/3以上が服薬中止となっている。これらに関しては、十分な要因分析はできていないが、身体合併症では、副作用である消化器症状が上位にランクされている。

全米16のアルツハイマー病専門医療センターに通院中の611人を2年間追跡して、アセチルコリンエステラーゼ阻害薬のアドヒアランスを前向きに調査した研究が発表された。年間の脱落率は12.7%と低率であり、このうち中止が9.2%、薬物変更が3.6%であった。変更の原因では、薬効不十分(交絡因子を含めた危険率(adjusted hazard ratio: HR(a))=6.9(95% CI 3.08-15.49))、認知機能低下(HR(a)=4.1)、身体合併症入院(HR(a)=2.33)、不安(HR(a)=2.08)であった。中止の原因では、周辺症状入院(HR(a)=9.14)、身体合併症入院(HR(a)=4.23)と、入院によるものが上位で、相互作用を避けるべく行われたと考えられる抗コリン剤の投与(HR(a)=4.26)が続き、体重減少(HR(a)=3.77)となっている¹¹⁾。専門センターでは極めてコンプライアンスが高い結果が得られた。

我が国では、著者らは、杏林大学もの忘れセンターに通院中の認知症患者608人を調査し、

1年以上の服薬状況を観察できた408人を分析したところ、88.7%の継続率を得ている。中止理由では半数以上が消化器症状、1/4が精神症状であった¹²⁾。内外の認知症専門医療センターの成績は奇しくも一致し、十分な説明やきめ細かい症状のフォローによって、従来の2倍以上の薬物コンプライアンスを実現している。また身体合併症としての消化器症状や、周辺症状への工夫の余地が残されている。

c. 薬剤間の比較

アセチルコリンエステラーゼ阻害薬が複数利用できるようになり、これらのコンプライアンスの比較研究も複数みられる。

5,622人の使用記録からみた1年継続率では、ガランタミン54%、ドネペジル46%、リバスチグミン40%と、あまり意味のある差は認められていない¹³⁾。

複数の医療機関で行われた後ろ向き研究では、299人の患者における投与可能継続週数の比較でドネペジル70.3週、ガランタミン56.7週、リバスチグミン56.1週、メマンチン52.1週で、これらにはログランクテストで有意(p=0.017)であった¹⁴⁾。

これらのデータから、コンプライアンスの差異には、副作用出現率の重要性を指摘することもできるが、いずれにせよ、作用副作用をフォローして、効果のある例に継続処方できる医療機関の機能も問われている。

d. 一包化、お薬カレンダーは無効

教科書的には、一包化、お薬カレンダー、確認電話などが良いとされている。

著者らは、認知症患者の服薬コンプライアンスに、一包化、お薬カレンダーの利用の有無の影響を調べた。家族の支援は75.6%にみられた。お薬カレンダーや薬箱の使用が自己工夫では多く、家族も37%がお薬カレンダーか類する工夫をし、16%は飲み終えるまで確認していた。一包化、お薬カレンダーは残念ながらコンプライアンスには利用、未利用で全く差がなく、無効であった。

唯一コンプライアンスを上げる方法は、‘飲み終えるまで確認すること’であった¹⁵⁾。家族

においては、服薬介護負担が今後の重要な視点になる。

介護保険や健康保険においても大きな問題をはらんでおり、支援体制の構築などが求められる。

e. 服薬完全介助の症例に関するコンプライアンス

今回中等症以上の認知症に認可された薬剤もある。これらは、アドヒアランスは期待できない。介護保険施設6施設(療養型2施設、老人保健施設2施設、特別養護老人ホーム2施設)における患者合計413人の服薬困難例に関する高橋らの調査がある¹⁶⁾。これによれば、平均2.9薬剤が投与されていたが、服薬方法の工夫で服薬可能な割合は11.4%、剤形の工夫で服薬可能

なものは6.8%、介助困難は14.5%にのぼった。新しい剤形の工夫が求められる分野であり、非薬物療法との効果比較において、薬剤の中止してよい時期を明らかにすることも課題である。

おわりに

薬のコンプライアンスを上げるため、家族は涙ぐましい努力をしている。粉末は味噌汁やスープに溶く、勤務に合わせて夜1回の投与にする、デイサービスの日に確実に服薬完了をお願いするなどである。

坐薬、貼付剤などの工夫とともに、医療機関、研究者も体系だったコンプライアンス改善の研究を進める必要がある。

■ 文 献

- 1) 柄澤昭秀：行動評価による老人知能の臨床的判定基準。老年期痴呆 3: 81-85, 1989.
- 2) 鳥羽研二ほか：孤独死をどう防ぐか？ 高齢者の低下しやすい機能—独居高齢者の特徴—高齢者総合的機能評価を用いた解析。第28回日本医学会総会シンポジウム、高齢者の孤独死の予防になにが必要か。2011.
- 3) 鳥羽研二：認知症高齢者の早期発見 臨床的観点から。日老医誌 44: 305-307, 2007.
- 4) 塩見利明ほか：服薬管理スケール(RCS)の作成。日老医誌 34: 209-214, 1997.
- 5) 秋下雅弘ほか：高齢者の服薬状況及び副作用に関する検討。日老医誌 32: 178-182, 1994.
- 6) Kroger E, et: Discontinuation of cholinesterase inhibitor treatment and determinants thereof in the Netherlands: A retrospective cohort study. Drugs Aging 27: 663-675, 2010.
- 7) Borah B, et al: Predictors of adherence among Alzheimer's disease patients receiving oral therapy. Curr Med Res Opin 26: 1957-1965, 2010.
- 8) Abughosh SM, Kogut SJ: Comparison of persistence rates of acetylcholine-esterase inhibitors in a state Medicaid program. Patient Prefer Adherence 2: 79-85, 2008.
- 9) Carøe TK, Moe C: Adverse events causing discontinuation of donepezil for Alzheimer's dementia. Ugeskr Laeger 171(50): 3690-3693, 2009.
- 10) 本間 昭：アルツハイマー型認知症患者のADLに対するドネペジル塩酸塩の効果および中止例の予後(アリセプト®特別調査)。Geriatr Med 47(8): 1047-1059, 2009.
- 11) Gardette V, et al: Predictive factors of discontinuation and switch of cholinesterase inhibitors in community-dwelling patients with Alzheimer's disease: a 2-year prospective, multicentre, cohort study. CNS Drugs 24: 431-442, 2010.
- 12) 内田博子ほか：認知症患者における塩酸ドネペジル長期服薬率に対する制酸剤併用効果の検討。日本老年医学会総会2010.
- 13) Herrmann N, et al: Persistence with cholinesterase inhibitor therapy for dementia: an observational administrative health database study. Drugs Aging 26: 403-407, 2009.
- 14) Sicras-Mainar A, et al: Retrospective comparative analysis of antidementia medication persistence patterns in Spanish Alzheimer's disease patients treated with donepezil, rivastigmine, galantamine and memantine. Rev Neurol 43: 449-453, 2006.
- 15) 江口 泰ほか：認知症患者に対する、家族の服薬支援の定量化と服薬コンプライアンスに対する影響の解析。日本老年医学会総会2007.
- 16) 高橋 泰ほか：高齢者施設における服薬状況調査。病院薬学 21: 531-540, 1996.



ウィズエイジングとは

With aging



鳥羽 研二

Kenji TOBA

国立長寿医療研究センター

著者は“ウィズエイジング”(With aging)という概念を提唱している。

老化や加齢(Aging)に対する考え方はここ半世紀で大きな変遷を遂げた。1970年アメリカでは、老人差別(Ageism)が「老後はなぜ悲劇なのか」をあらわしたロバート・バトラー博士によって社会的論争を起し、能力があれば、年齢によって労働を差別されない、高齢者はみな弱者や能力低下者でないとして Productive aging という考えが提唱された。その後、労働にとどまらず、社会的な交流などを含め“主観的な満足”を重視する Successful aging といった概念も生まれ今日に至っている。

“いつまでも若々しくいたい、生涯現役”これはだれしもが望むことで、個人の夢や希望であり、これを支える健康を増進させる生活習慣の取組みを個々人が自分の生き方の許容範囲で取捨選択することは、きわめて健全なものといえよう。

しかし、“社会に役立つ・適応する”という考えが強調されすぎると、“老化現象は悪・不都合”という見方につながり、これはアンチエイジング(抗加齢)というよび名でアメリカで急速に広まることになった。ライフスタイルだけでなく、薬品、栄養食品など多様な産業が有望なマーケットととらえ殺到している。

一方、老後の年金が保証され、ロッキングチェアで思索にふけるスタイルの老後も可能なヨーロッパでは、宇宙、過去への同一化などを概念とした、加齢による精神の円熟の考えも生まれた(ジェロトランセンデンス)。

たしかに大多数(9割)の高齢者は元気で生活上の不自由はあまりない。しかし、人類の誕生以来最長寿命120年は変わらず、人はかならずある時期に、年数の長短は異なるが、虚弱・要介護になり死に至る。

その前段階からも若年者とは心身の特徴も緩やかに変化する。この変化はけっして悪いことばかりでなく、たとえば単純な記憶は低下するが、判断力や推察能力、寛容は向上することが多い。20歳代の大学生と比較し70歳の語彙は2倍以上で、自然科学の学問のピークは40~50歳であるが、人文科学は70歳でもピークを保っているという成績もある。

ひるがえって、わが国は世界の最長寿国であり、介護保険、国民皆保険制度など誇るべき制度も多い。しかし、歴史・文化に裏打ちされた老化への哲学に関して、高度成長以来の物質万能・競争社会の精神から一歩も抜け出せず、世界に長寿の思想を発信することができていない。

生活のなかに四季の自然が活かされている日本、謙譲の美德・協調の精神はいまなお日本人の誇るべき形質であると考え、アンチエイジングもいつか限界を迎え敗北する時期がくる。老化現象を嫌わず、そうかといって目を背けず、基本的に素直に向き合う姿勢が重要ではなからうか。医師としては、どのような高齢になっても、またどのような老化現象にも寄り添って、生活上の不自由につながらないように工夫すること、たとえ認知症や寝たきりになっても、すこしでも排泄や食事が自然に近い状態で行えるよう工夫すること、死の際には、額のしわに言葉にならない高齢者の人生・歴史を実感できること。

これらは単に精神論ではなく、日常医療のなかで数を重ね、価値あるものとして再現性を証明する学問に従事していきたい。With agingはその人なりの老化を個性とみなし、加齢を包括的にみる考え方で、老年学の根本精神にほかならない。アンチエイジングの対極をなす概念として、成熟した高齢社会へ提言したい¹⁾。

この考え方に基づき、“幸福な老い”の意味を深く考える必要がある。

老いと向かい合う

若い人に“老い”について尋ねてみると2つの反応が返ってくる。ひとつは「年老いることなどまっぴらだ、自分は長生きしなくていい」というもの、そしてもうひとつは「歳をとるにつれて病気になることもあるし、老いに備えなければ」というものである。そして、2つのうち“まっぴら”という人が圧倒的に多い傾向にある。こうしたことは現代の日本という社会が“老い”や“死”と正面から向き合っていないことと関係しているのかもしれない。核家族化が進んで、以前に比べて祖父母の死は身近なものでなくなり、また自然も少なくなつて子どものころから昆虫や小動物の死を目の当たりにする機会も減ってしまった。そうしていつの間にか、“老い”や“病気”“死”についての意識が希薄になり、“老い、病気=きたならしい、醜いもの”のようなイメージを抱くようにさえなつてきているような気がする。アンチエイジングと称して外面だけを若々しくみせようという風潮がみられる背景には、こうした事情もあるといえる。

けれども“老い”や“死”を避けることは絶対にできない。たまたまこの世に生を受け、成長して、やがては死んでいく。人生という時間はいわばほんのわずかに光を放つ瞬間を与えられているようなものである。若いとき、きれいなときだけが大切に、老いて病気がちになり、死にゆく過程は意味のないものだと思うのはとても不幸なことではなかろうか。

さきの東日本大震災はたいへんに悲しむべき出来事であったが、被災された70歳、80歳という高齢者の方が復興に向けて一生懸命頑張っている。壊滅的な被害を受けながら農業や漁業を再興しようと先頭に立ち、またこれまでの経験をもとにリーダーとして地域をまとめようとしている方もいる。このように、子どもからお年寄りまで、あらゆる世代がいる地域社会のなかで、お年寄りがきちんと役割を担い、伝えるべきことを若い世代に伝え、皆に見守られながら人生を終えるということは本来の社会のあるべき姿だと思う。

アンチエイジング“商法”の落とし穴

老いは恐ろしい、死は敗北だといわんばかりに、若いことだけが価値があるようにアンチエイジングに駆り立てるのは大きな誤りである。大切なのは生まれて成長していく過程も、老いていく過程も、大事な人生の一部であると意識することだからである。

もともと医学は病気や死に抗することを目的に発達してきたが、一定の確率で効果がある反面、一定の確率で副作用もあるということを科学的にきちんと実証し、治療にも慎重を期している。ところが、医療行為まがいのアンチエイジングには、副作用が十分に検証されないまま個人の感想のような形で効能をうたうところに危うさがある。安全性が確認されていないものを使うというのは、いわば自分の体でギャンブルをするようなものといってもよい。

たとえば、ある特別な病気の治療に使われるボトックスという物質がある。これをしわ取りに効果があるとしてアンチエイジングを目的に使う例がみられる。しかし、ボトックスには相当高い頻度で顔面神経麻痺が起こることがあり、30人に1人程度の割合でまぶたが完全に閉じずに目をつぶることができなくなる兔眼(とがん)という症状になるなどの副作用があることが証明されている。こうした事実を一般の人はほとんど知らない。ある種のサプリメントにしても科学的に効果のほどがはっきりしないま

ま、アンチエイジングに効くと称して使われているという現状がある。

近代の工業化社会と社会の変遷が高齢社会にもたらす影

2010年10月アジアエイジングフォーラムが愛知県で開かれ、中国、韓国、台湾の高齢者医療、福祉、行政の専門家が集まり、東アジアにおける急速な高齢化における共通の問題と課題について白熱した議論が交わされ、2012年のアジアエイジングサミットに向け共同宣言と解決すべき課題が整理された。

各国とも急速な工業化、都市化の波に、核家族化、少子化が共通項であった。10年以内に人口の15%以上が65歳の高齢社会になる状況で、各国は福祉、医療を支える仕組みについて日本の介護保険や医療制度を参考にして取り入れる、スリップストリームを行っているが、制度の問題点まで各国に十分伝承できていないところもある。家族介護から介護の社会化が核家族化の必然としても、日本の在宅医療や介護はいぜん家族に依存しているところがきわめて大きい。

老親と同居する率はしだいに低下してはいるものの、いぜん40%以上であるが、韓国は20%まで減少してきているという。アジアエイジングフォーラムの会議で、「親孝行(Filial piety)は高齢社会を支えるアジア共通の財産ではないでしょうか」との著者の質問には、各国代表からの反応がほとんどなかった。個別に交わした議論では、韓国ではFilial pietyは死語に近く、“福祉は社会制度が支えるもの”との意識が標準化しつつあり、台湾では将来の介護福祉の担い手を東南アジアから大量に受け入れはじめている。中国は社会制度より自己責任による高齢者福祉・医療を進めており、内陸部では家族依存、都市部では収入により医療福祉のサービス享受に格差が大きいという実情であった。高齢社会の先頭に立ち、超高齢社会の荒波を進むわが国は、保険制度の改善や税金の投入だけで乗り切れるであろうか。著者の答えは“否”である。栖山節考の国日本は、工業社会を経て、“苦渋に満ち故郷と老親と離れ”やがて老親の年金が命綱の悲しい社会になりつつある。Filial pietyを現代にどう再構築するかはわが国の課題ではなかろうか²⁾。

老いを生きるこれからの社会のために

長寿社会の日本が抱えている課題は、老いてからいかに楽しく長生きをするかということである。実はこの点に関しての議論はあまり進んでいない。仕事一筋で生きてきた人に、60歳(65歳)になったら定年で退いてもらうという考え方でよいのであろうか。アメリカなどでは定年制度を廃して、年齢を問わず能力に応じていつまでも働けるような仕組みが整っている。日本でも働き続けたいという高齢者はたくさんいる。そして、そういう高齢者には若い人にはない熟練した技能や経験があり、少子化傾向のなかで大きな力になるはずである。生涯現役でいきなければ、無理にセカンドライフを考える必要はない。

また今後、高齢者の暮らしにとって高齢者自身も地域の人びとも老いを受け止め、ともに生きていくことはますます大切になっていくであろう。そのためにも若い人から高齢者までご近所どうして交流を深めていくことが求められる。現実には難しいと思われるかもしれないが、昔の地域社会ではこうした交流は普通に行われていたことである。

若い人もいずれは歳をとる。最初にも触れたように、老いてからの人生が若いころに比べて価値が劣るなどということはない。老いに抗するのではなく、老いに寄り添い、老いとともに生きていく“ウィズエイジング”という考え方が大事なのではないかと思う。そのためにもわれわれ一人ひとりが社会を変えていく努力をしていくことが求められる。

文献

- 1) 鳥羽研二：私の視点。朝日新聞、2009.5.31.
- 2) 鳥羽研二：炉辺閑話。医事新報、No. 4523：43、2011.

はじめに

Introduction



鳥羽 研二

Kenji TOBA

国立長寿医療研究センター

老年医学研究・高齢者医療の最近の変化はめざましく、また速い。

これは、今後激増する75歳以上の高齢者に対して根本的な危機感を基盤にしていることはいままでのない。40年前150人であった100歳高齢者が、300倍にも増加した原因は何か、長寿の秘訣も明らかにされつつある。老化は遺伝子レベル、細胞レベル、臓器レベル、個体レベルで知識体系がなされてきたが、個体の監視機関はミトコンドリアであったり、腸内細菌叢であったり、大脳であったりという新しい知見が発見されてきている。

現在、300万人以上の認知症は、予備軍を含めると1,000万人の時代を今後20年以内には確実に迎えることになろう。さらに20年後には中国の認知症が1億人の時代を迎え、認知症は疾患から社会問題へ、社会問題から地球規模の課題へと変化するであろう。疾患に対する取組みは医薬品から医療工学、生活補助機器へと需要が拡大し、ついには都市や社会制度の変革を通じて、価値観などの意識改革を社会に求めてゆくであろう。

本特集では、これらの認識の入り口に歴史的な変化を踏まえた、あるべき将来像を国立長寿医療研究センター大島伸一総長に書いていただき、最先端の老化研究を皮切りに、老年症候群と類似概念の整理とメカニズム、揺れる認知症の仮説と直近の治療方策、虚弱と転倒、歯科と栄養、ロボット工学、災害医療、在宅医療、終末期の課題、高齢化社会の街づくりまで、盛りだくさんではあるが、喫緊の課題を網羅した。最後に、高齢者医療と研究の有機的な融合の名作として、現代養生訓を佐々木英忠先生に特別寄稿していただいた。

本特集が、このようなダイナミックな変革期にふさわしい1冊になれば、望外な幸せである。



麻雀放浪記

阿佐田哲也著。初版は双葉社から1969年発行。著者は複数のペンネームを持ち、色川武大の名義による「離婚」で第79回直木賞受賞。

どのような環境でも強靱に生き抜く 「焼け跡派の人々」の偉人伝

私は乱読で、特に好きなジャンルはなく、1年に数冊しか読まない時もあるなど情緒不安定型読書家である。ただ、同じ本を2回読むことはこれまで極めて稀であった。最近、本を購入して読み出してから、すでに読んだことがある本だと途中で思い出して二度買いを後悔したことがあり、もの忘れの初期症状かと心配している。

数少ない回数読み直した本の一冊が麻雀放浪記で、5回以上は繰り返し読んだだろう。お陰で、大体の話を説明できるほどである。

場面は戦後の焼け跡の御徒町近辺かと思われるところの、露天のチンチロリン博打場から青春編は始まる。著者阿佐田哲也の青少年期を彷彿させる「坊や哲」が登場し、沸騰する博打場で、勝負の「あや」を学んでいく。銀座のママと麻雀との出会い、交情、そして天才雀士との対戦など息をもつかせぬストーリー展開は、

役満を和了って突然死した「出目徳」を皆で下水に蹴飛ばして去っていくところで終わる。

♪

麻雀は勝者と敗者しかいないが、4人の持ち金は総額で増えない。すべての博打は胴元が最終的に儲かり、参加者は次第に持ち金を減らしていくゲームである。この学生時代に熱中した、あまりに人生と似すぎた麻雀というゲームは、経済発展の頂点を過ぎた日本の行く末とも重なる。

本小説は博打小説ではない。見かけは悪人に見えるが、極めて古い善人たちのラブソディーであり、どのような環境でも強靱に生き抜いている「焼け跡派の人々」の偉人伝である。

鳥羽 研二

国立長寿医療研究センター病院 病院長

軽度認知症患者の口腔状況と口腔管理方法の構築への試み

角 保徳 小澤 総喜 道脇 幸博 鷺見 幸彦 鳥羽 研二

軽度認知症患者の口腔状況と口腔管理方法の構築への試み

角 保徳^{1,2)} 小澤 総喜²⁾ 道脇 幸博³⁾ 鷺見 幸彦⁴⁾ 鳥羽 研二⁵⁾

要 約 目的：誤嚥性肺炎の予防やQOLの維持の観点から、認知症患者の口腔管理を行うことは極めて重要な課題である。しかし、軽度認知症患者の口腔内状態や口腔ケアの状況などについては十分に明確にされていない。軽度認知症患者の口腔内の状態、口腔ケア実施状況の調査および口腔ケア指導による効果について検討し、口腔管理方法を構築することを目的に検討を行った。方法：対象者は、当院神経内科に入院している軽度のアルツハイマー型認知症患者10名(66~85歳)である。方法は、口腔清掃、義歯についてアンケート調査および口腔内診査を行った後に、本人と介助者に口腔衛生指導を行い、通院日に合わせ①初診時、②約3カ月後、③約6カ月後の合計3回、口腔清掃状態の変化、清掃方法の理解度の変化を調査した。結果：軽度認知症患者に口腔衛生指導を行ったものの、歯垢指数、歯肉炎指数ともに経時的に有意な改善は認めなかった。アンケート調査結果では患者の認識には大きな経時的な変化はなかった。結論：軽度認知症患者においても本人による口腔管理は困難なため、認知症発症前の中年期からの口腔管理の習慣化に加えて、認知症発症初期からの家族による口腔管理の導入と早期からの歯科医療担当者による介入により口腔環境を維持・改善していくことが必要と考える。

Key words : 口腔ケア, 軽度認知症, 口腔管理

(日老医誌 2012; 49: 90-98)

緒 言

わが国は超高齢社会を迎え、要介護高齢者数は増加の一途をたどっている。高齢者は身体的、環境的にも精神疾患に罹患しやすく、なかでも認知症は社会的にも大きな関心が寄せられている。在宅高齢者(65歳以上)の認知症の有病率は厚生労働省の推計によると2005年の時点でおよそ7.6%とされ、全国でおよそ189万人になると考えられている¹⁾。高齢社会が進行するにつれて有病者率はさらに増加し2020年には292万人に達すると推測され、加えて、高齢になるにつれて認知症有病率は上昇し85歳以上では27.3%になると報告されている²⁾。

継続的な口腔ケアは、誤嚥性肺炎の予防³⁾⁻⁶⁾だけでなく、要介護高齢者の栄養維持⁷⁾に有用であることが報告

され、多くの病院や施設などで口腔ケアの普及への取り組みがなされている。特別養護老人ホーム入所者あるいは地域高齢者の基礎疾患についての調査では、認知症は脳血管障害に次いで2番目に多い疾患であったことから^{8,9)}、認知症患者への口腔ケアの取り組みは重要である。さらに、認知機能の低下した高齢者は、口腔内の問題を自ら訴えることは少なく、日常的に介護を行っている家族や介護者でさえもその変化に気がつくことは困難である。それゆえ、歯科医療職の介入を本人や家族、介護者からの要請に基づいて行う場合、適切な時期に効果的な介入が行えない可能性がある。

認知症患者の口腔管理や口腔ケアに関連する報告として、新井ら¹⁰⁾は認知症患者では、歯磨き自立度、義歯管理能力が認知症の重症化により有意に低下すると報告し、植松ら¹¹⁾は要支援・要介護1の在宅介護サービス利用者を対象に、口腔ケアの自立度の変化を調査した結果、認知症高齢者の口腔ケアの自立度が低下したことから、専門家による早期介入の必要性について報告している。また、山田¹²⁾は認知症の生活への多大な影響を考慮すると、認知症の初期から口腔ケアの自立度は低下するため、早期介入により認知症高齢者の口腔セルフケアを引き出しながら、不十分な点を補完する口腔ケアを実施し、歯の保存・義歯調整・管理による咀嚼機能の保持に向けた

1) Y. Sumi: 独立行政法人国立長寿医療研究センター 歯科口腔先進医療開発センター 歯科口腔先端診療開発部

2) Y. Sumi, N. Ozawa: 同 先端診療部 歯科口腔外科

3) Y. Michiwaki: 武蔵野赤十字病院 特殊歯科・口腔外科

4) Y. Washimi: 独立行政法人国立長寿医療研究センター 脳機能診療部

5) K. Toba: 独立行政法人国立長寿医療研究センター 病院

受付日: 2011. 4. 26, 採用日: 2011. 9. 22

表1 対象患者の内訳

NO	年齢	性別	病名	MMSE	教育年数
1	85	女性	アルツハイマー型認知症	18	9
2	75	女性	アルツハイマー型認知症	19	9
3	75	男性	アルツハイマー型認知症	20	16
4	74	女性	アルツハイマー型認知症	24	11
5	84	女性	アルツハイマー型認知症	23	12
6	81	女性	アルツハイマー型認知症	21	11
7	66	女性	アルツハイマー型認知症	21	9
8	77	女性	アルツハイマー型認知症	21	8
9	84	男性	アルツハイマー型認知症	19	16
10	76	女性	アルツハイマー型認知症	22	8

取り組みが重要であると述べている。このように認知症の初期の段階からの口腔ケア介入の重要性が述べられているが、これまで軽度認知症患者の口腔内状態や口腔管理習慣の状況、口腔ケア介入の効果や問題点などについては十分に明確にされていない。

重症化した認知症患者では患者本人による口腔管理が実施不可能であるのみならず、協力が得られないために適切な口腔ケアを行うことができないことが多い。そのため、重症化した認知症患者の多くは、う蝕や歯周病が進行しているにもかかわらず、適切に治療できないために口腔内環境は悪い。一方、軽度認知症患者に適切な口腔管理方法を習慣化させることにより、認知症が進行してもその習慣を継続することが期待できる可能性がある。認知症の症状が進行していない早期の段階から継続的に口腔管理の指導を行うことで、認知症が進行しても良好な口腔内環境を維持できるのではないかと仮説の下、本研究を行った。

本研究の目的は、軽度認知症患者における口腔内の状態、口腔ケア実施状況の調査および口腔管理の指導による経時的効果について検討し、口腔管理方法を模索することである。

研究方法

1. 対象者

認知症患者を対象に診療を行っている国立長寿医療研究センター病院もの忘れ外来を受診し軽度認知症と診断された患者のうち、神経内科の医師により本研究の対象となりうると判断された患者に研究の主旨を説明し、本人および家族から研究に同意の得られた10名（平均年齢は77.7±5.9歳、男性2名、女性8名）である。対象者は全例NINCDS-ADRDAの診断基準¹³⁾を満たした軽度のProbableアルツハイマー型認知症で、認知機能検査(Mini-Mental State Examination, 以下MMSE¹⁴⁾)で

は平均20.8±1.9であった(表1)。対象者のADLは良好で日常生活上、介助を必要とすることはなかったが、受診時は家族が必ず付き添っていた。

2. 研究方法

口腔清掃、義歯についてアンケート調査を行い、その後口腔内診査を行った。これらの調査の後に、本人および付き添いの家族に口腔内の現状の説明を行い、標準化された口腔ケア手法である口腔ケアシステム¹⁵⁾による口腔清掃および義歯の取り扱いの指導を行った。これらの指導は、その場で本人に清掃を行ってもらいながら家族にも指導し、清掃回数は毎食後あるいは可能ならば毎食後と寝る前に清掃するようにと、もの忘れ外来診察日に合わせて、①初診時、②約3カ月後、③約6カ月後の合計3回、1回約30分指導し、実際の口腔清掃方法の巧緻性を観察した。加えて、口腔管理を目的に定期的な歯科受診を勧めた。

3. 調査項目

口腔衛生状態は、歯垢指数(the Turesky modification of Quigley and Hein Methodの評価基準¹⁶⁾)、歯肉炎指数(Löe-Silness gingival indexの評価基準¹⁷⁾)および義歯の清掃度を視診にて評価した。歯牙の状態、嚥下機能(改訂水飲みテスト Modified Water Swallowing Test, 以下MWST¹⁸⁾)、うがい機能¹⁹⁾および義歯の適合性を評価した。経時的な変化を評価するために、①初診時、②約3カ月後(2回目)、③約6カ月後(3回目)の合計3回、歯科医師により上記評価項目を調査した。また、指導後の自宅での口腔管理の現状や問題点などについては、再診時に家族から聞き取り調査した。

アンケート調査は、口腔の清掃と義歯について二つに分けて行った(表2, 3)。アンケートは付き添いの家族の確認のもと、患者本人あるいは付き添いの家族が記入した。また、アンケートも経時的な変化を調査した。

表4 歯牙の状態と MWST, うがい機能テスト

対象者	現在歯数 (本)	未処置歯数 (本)	処置歯数 (本)	喪失歯数 (本)	MWST (点)	うがい機能テスト (点)
1	1	0	1	27	5	1
2	14	0	7	14	5	1
3	0	0	0	28	5	1
4	13	1	12	15	5	1
5	9	0	0	19	5	1
6	13	8	5	15	5	1
7	28	0	4	0	5	1
8	20	3	4	8	5	1
9	11	7	4	17	5	2
10	18	2	6	10	5	1
平均	12.7	2.1	4.3	15.3	5.0	1.1

表5 口腔清掃についてのアンケート結果

		初診時	2回目	3回目
1 口腔清掃の回数	1日1回程度	3	4	2
	1日2回	5	3	6
	殆ど磨かない	0	1	0
2 口腔清掃を自分で行うか	自分でする	8	8	8
3 口腔清掃後の確認・仕上げ清掃	してもらわない	8	7	7
	してもらう	0	1	1
4 清掃の自発性	自ら進んで行う	8	7	7
	自発性はない	0	1	1
5 舌の清掃	清掃しない	6	3	3
	清掃する	2	5	4
	頻回行う (1回以上/日)	0	0	1
6 口腔清掃は重要だと思うか	とても思う	1	0	1
	思う	7	7	6
	あまり思わない	0	1	2
7 口腔清掃はどれくらいできているか	良くできる	1	1	0
	できる	3	4	6
	あまりできない	4	3	2
8 口腔清掃の指導を受けたことがあるか	ある	1		
	ない	7		
(2回目以降) 前回の指導を覚えているか	覚えている		3	4
	覚えていない		5	4
9 歯科への受診状況 (2回目以降)	症状があるときだけ受診する	8		
	治療のため受診した		1	1
	定期的を受診するようにした 受診していない		4 3	4 3

できる」あるいは「できる」と回答したのは4名で、「あまりできない」と回答したのは4名であった。しかし、3回目には6名が「できる」と回答し、2名は「あまりできない」と回答した。質問8の口腔清掃の指導を受けたことがあるかの質問には、7名が「ない」と回答した。

2回目以降は前回の指導内容を覚えているかという質問であったが、3回目に「覚えている」と回答したのは4名であった。質問9の歯科への受診状況では、初診時は全員「症状があるときだけ受診する」と回答した。2回目以降の回答では、「定期的を受診するようにした」と回

表6 義歯についてのアンケート結果

		初診時	2回目	3回目
1 義歯の適応状態	あっている	4 (5)	5	5
	あっていない	1 (0)	0	0
2 義歯の清掃回数	1日に1回程度	4	2	1
	1日2回	1	3	3
	1日3回以上	0		1
3 義歯の清掃の重要性	重要	5	5	5
	重要でない	0	0	0
4 義歯の清掃はどの程度できるか	よくできる	0	2	0
	できる	5 (0)	3	4
	あまりできない	0 (5)	0	1
5 義歯の清掃を誰が行っているか	自分	5	5	5
	自分以外	0	0	0
6 義歯をいつ外すか	就寝時	3	4	4
	はずさない	2	1	1
7 義歯の着脱は自分で行うか	ほぼ自分でする	5	5	5
8 義歯の取り扱いの説明を受けたことがあるか	ある	1		
	ない	4		
(2回目以降)説明を覚えているか	よく覚えている		3	1
	覚えている		1	2
	覚えていない		1	2

()内は歯科医師からみた状況

答したのは4名であった。しかし、定期的な清掃を希望して歯科診療所に受診しても、歯科治療を行う疾患がないと認知症のために意思疎通が不十分であるために歯科診療所から定期的な受診は必要ないと言われ、定期的な受診ができないケースもあった。

家族に口腔管理が改善できない理由を聞いたところ、患者は客観的に一見健康高齢者であり、認知症であるという自己認識も乏しいために、患者の主観では自身で十分清掃しているという認識であり、患者自身の尊厳の維持のため家族が口腔清掃を指示しにくく、患者の口腔内を家族が見ることに患者自身に抵抗があるとの意見が多かった。

4. アンケート結果 (義歯について) (表6)

質問1では義歯の適合状態を患者の主観で回答を得た。初診時には4名は「あっている」と回答し、1名は「あっていない」と回答したが、歯科医師による評価では、適合は全員良好であった。質問2の義歯の清掃回数は、経時的に増加傾向を示した。質問3の義歯の清掃の重要性については、全員が重要だと認識していた。質問4の義歯の清掃はどの程度できているかの質問では、患者の主観では全員が「できる」と回答したが、歯科医師による客観的評価ではできていなかった。質問5の義歯の清掃を誰が行っているかの質問では、全員が自分で

行っていた。質問6の義歯をいつ外すかの質問では、外さないものも認められた。質問7の義歯の着脱は自分で行うかという質問では、全員が「ほぼ自分でする」と回答した。質問8の義歯の取り扱いの説明を受けたことがあるかとの質問では、「ある」と回答したのは、1名だけだった。2回目以降の義歯の取り扱いの指導内容を覚えているかの質問では、3回目に「良く覚えている」あるいは「覚えている」と回答したのは3名で、「覚えていない」と回答したのは2名であった。

考 察

我が国の人口に占める高齢者の割合は増加し、2015年には4人に1人が65歳以上の高齢者になると予測され、世界に類を見ない超高齢社会を迎えようとしている。高齢社会を迎え保健・医療・福祉をめぐる環境は、急速に変革しようとしている。高齢者の口腔管理に対する取り組みはQOLの維持とも関わりが深く、高齢者歯科医療に対する取り組みが今後より一層必要となり、歯科界の抱える課題の一つとなっている。高齢者医療の中でも認知症の占める重要性は高まりつつあり、認知症患者の口腔管理は重要な課題である。

軽度認知症高齢者の場合、自分での口腔管理が困難となっているにもかかわらず、ADLがそれなりに保たれ

ていることが多いので見逃されることも多い。う蝕、歯周炎等が進行し、本人からの歯痛などの訴えにより、初めて口腔管理の自立が困難になっていることが認識される症例も少なくない。このような症例では、口腔管理の支援や介助が、本人の拒否などによりスムーズに行えず難渋することが多い。認知症が重症化すると、多数歯う蝕や義歯の不適合、含嗽困難などを生じるのみならず、歯科治療に協力を得ることができず、口腔環境は悪化の一途をたどる。口腔環境の悪化防止には口腔ケアが重要だが、認知症患者の理解を得ることは難しく、歯科治療のみならず、口腔ケアでさえ拒否されて苦慮することが多い。このような背景の下、本研究では軽度認知症患者における口腔内の状態、口腔ケア実施状況の調査および口腔ケア指導による経時的効果について検討した。

1. 口腔衛生状態の経時変化について

口腔衛生指導を行ったにもかかわらず、歯垢指数と歯肉炎指数は経時的に有意な改善を認めず、逆に悪化した患者も見られた。清掃方法の評価では、改善された1名を除きその他の患者では清掃方法を覚えておらず、巧緻度の向上もみられなかった。指導した直後でも患者の理解力が低下しているために適切な清掃はできないことから、軽度とはいえ認知症患者自身による口腔管理には限界があり、清掃後の確認と仕上げ清掃が必要であることが推測された。認知症を発症していない高齢者でも現状では十分な口腔衛生状態を保っていないことを考慮すると、認知症発症前からの中年期からの口腔管理の習慣化に加えて、認知症発症初期からの家族や介護者による介入が必要であると考えられた。

2. 歯牙の状態と MWST、うがい機能テストについて

歯牙の状態は、平成17年度歯科疾患実態調査²⁰⁾と比較して、本報告の対象者は現在歯数、未処置歯数がやや多い傾向にあり、処置歯数、欠損歯数がやや少ない傾向にあった。欠損歯があり義歯が必要と考えられた患者9名のうち、使用していない患者が1名いたが、全例義歯を所持しており、適切に歯科治療を受けていることが分かる。機能検査では、MWSTは全例5点、うがい機能テストも1名が2点だったが、その他の患者は1点であり、嚥下障害や口腔機能障害は認めなかった。本調査における軽度認知症患者では、嚥下や含嗽は可能で口腔機能も比較的良好と考えられた。

3. アンケート結果（口腔の清掃）について

口腔衛生指導を行ったにもかかわらず、口腔清掃回数や清掃方法の経時的変化はほとんど認められなかった。初診時の指導の際に、毎食後と寝る前に口腔清掃するように指導したが、指導のとおり実施する患者はおらず、

口腔管理の重要性は十分伝わらなかった。対象患者数が少ないため一概には言えないが、このようにアンケート全体の傾向として、経時的な変化は少なく、患者本人を指導、教育して口腔ケアを行っても、口腔環境を維持、改善するのは困難と考えられた。

歯科への受診状況では、初診時は全員「症状があるときだけ受診する」と回答したが、2回目以降の回答では、「定期的に受診するようにした」と4名が回答し、この点では指導の効果が現れたと考える。しかし、定期的な清掃を希望して歯科診療所を受診しても歯科治療を行う疾患がないと、認知症のために意思疎通が不十分となるために歯科診療所から定期的な受診の必要はないと言われ、定期的な受診ができないケースもあった。このように、患者本人だけでなく、歯科医師側にも問題があることが示唆された。

4. アンケート結果（義歯について）について

口腔の清掃のアンケートと同様に経時的には大きな変化はなかった。義歯の清掃および着脱は全員患者自身が行い、主観的には清掃が出来ると認識しているが、歯科医師の客観的評価では十分な清掃は出来ていないことが判明した。デンチャープラークと咽頭細菌叢には関連があることが報告されており²¹⁾、誤嚥性肺炎予防の観点からも義歯の清掃は重要である。そのため、適切な義歯の清掃は重要であることを説明したところ、指導内容について覚えていたのは半数程度であった。

高齢者における咀嚼能力は身体のみならず精神活動、さらに生活機能にまで広く関わるということが報告され²²⁾²³⁾、顎位の安定は嚥下機能に影響を与えることも報告されており²⁴⁾、適切な義歯の使用による咀嚼能力の維持、顎位の安定は重要と考える。従って、可能な限り義歯の使用を続けるべきであることを本人、家族に説明したが、患者本人が義歯を装着しない場合は、家族が患者に義歯を装着することに抵抗があるという意見が聞かれた。誤嚥性肺炎予防の観点やQOL向上の観点から、義歯の清掃を含めた適正な使用は重要であるため、義歯の使用と義歯清掃の重要性について本人だけでなく家族にもしっかりと理解されるように啓発する必要があると考えられた。

5. 認知症への理解の必要性

認知症高齢者の看護・介護には二つの原則がある。一つは尊厳の保障であり、一人の人間として尊厳を持った生活を保障することである。もう一つは自己実現であり、認知症高齢者一人一人のもてる可能性をできる限り開発し、その人らしく実現することである。そして、過度の援助は認知症高齢者の機能を低下させる要因になると述

べられている²⁵⁾。従って、口腔ケアも本人が行うことが勧められるが、本人の主観では可能と考えている口腔管理も、本報告で示したように客観的には不十分である。そのため、患者本人と付き添いの家族に口腔ケアの指導を行ったが、患者の理解度が低下しているために口腔清掃の巧緻性は変化せず、指導直後でも適切に口腔管理を行うことができていなかった。そこで、介護者による清掃の確認、仕上げ清掃を指示したが、ほとんどの患者で実施することができなかった。軽度認知症患者の口腔管理においては、患者自身の適切な口腔ケアは困難であることから家族の役割の重要性を啓発する必要があると考える。さらに、口腔の専門家である歯科医師も認知症患者における口腔ケア、口腔管理の重要性を認識し、口腔ケアの方法についても習得していく必要があると考える。

認知症を含む、高齢者に対する医療は、医療行為から看護・介護、在宅支援までを含めた多職種チームアプローチによって行われる。歯科医師が口腔管理を通して他職種といかに適切に連携できるか、高齢者に対する歯科医療・口腔ケアの提供体制と支援体制の早急な整備が必要となっている²⁶⁾。その中で、認知症患者の口腔への効率的な医療サービスの提供には、専門医療を提供する医師との連携だけでなく、患者家族とかかりつけ歯科医師の認知症に対する正しい理解が必要である。患者本人だけでなく、家族、歯科医師側にも問題があることを理解した上で、認知症発症前の中年期からの口腔管理の習慣化に加えて、認知症発症初期からの家族による口腔管理の導入と歯科医療担当者の介入により口腔環境を維持・改善していくことが必要と考える。今後増加する認知症患者における口腔環境の維持・改善の必要性と重要性についての理解と啓発が、今後の歯科医療における課題の1つではないかと考えられた。

謝辞

本研究は、国立長寿医療研究センター長寿医療研究開発費(20指-1)の助成により遂行されたものであることを付記して、ここに謝意を表する。

文 献

- 1) 中橋 毅, 森本茂人: 老年病の疫学. 新老年学 (大内尉義, 秋山弘子編), 第三版. 東京大学出版, 東京, 2010, p347-382.
- 2) 平井俊策: 痴呆のすべて, 永井書店, 大阪, 2000, p51-52.
- 3) Yoneyama T, Yoshida M, Ohru T, Mukaiyama H, Okamoto K, Ihara S, et al.: Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 430-433.
- 4) Sasaki H, Sekizawa K, Yanai M, Arai H, Yamaya M, Ohru T: New strategies for aspiration pneumonia. *Intern Med* 1997; 36: 851-855.
- 5) Adachi M, Ishihara K, Abe S, Okuda K: Professional oral health care by dental hygienists reduced respiratory infections in elderly persons requiring nursing care. *Int J Dent Hyg* 2007; 5: 69-74.
- 6) Adachi M, Ishihara K, Abe S, Okuda K, Ishikawa T: Effect of professional oral health care on the elderly living in nursing homes. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94: 191-195.
- 7) Sumi Y, Ozawa N, Miura H, Michiwaki Y, Umemura O: Oral care help to maintain nutritional status in frail older people. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 51: 125-128.
- 8) 曾山善之, 平田米里, 浦崎裕之, 中川秀昭: 特別養護老人ホームにおける高齢者の全身状況, 口腔内状況と口腔清掃自立度について. *老年歯学* 2003; 17: 281-288.
- 9) 兵頭誠治, 三島克章, 吉本智人, 菅原英次, 菅原利夫: 地域高齢者における口腔保健状況と歯科治療の必要性に関する研究. *老年歯学* 2005; 20: 50-56.
- 10) 新井康司, 角 保徳, 植松 宏, 三浦宏子, 谷向 知: 痴呆性高齢者の歯科保健行動と摂食行動 国立療養所中部病院歯科における実態調査. *老年歯学* 2002; 17: 9-14.
- 11) 植松 宏, 渡辺由利子, 島内 節: 痴呆性老人の特性に配慮した歯科医療のあり方に関する研究. 平成13-15年度総合研究報告書, 2004, p17-31.
- 12) 山田律子: 認知症高齢者における口腔ケア, 高齢者の口腔機能とケア, 財団法人長寿科学振興財団, 愛知, 2010, p125-132.
- 13) McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM: Clinical diagnosis of Alzheimer's disease—report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease—. *Neurology* 1984; 34: 939-944.
- 14) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-198.
- 15) Sumi Y, Nakamura Y, Michiwaki Y: Development of a systematic oral care program for frail elderly persons. *Spec Care Dentist* 2002; 22: 151-155.
- 16) Turesky S, Gilmore ND, Glickman I: Reduced plaque formation by the chloromethyl analogue of vitamin C. *J Periodontol* 1970; 41: 41-43.
- 17) L e H, Silness J: Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. *Acta Odontol Scand* 1963; 21: 533-551.
- 18) Tohara H, Saitoh E, Mays KA, Kuhlemeier K, Palmer JB: Three tests for predicting aspiration without videofluorography. *Dysphagia* 2003; 18: 126-134.
- 19) Sumi Y, Miura H, Nagaya M, Nagaosa S, Umemura O: Relationship between oral function and general condition among Japanese nursing home residents. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 48: 100-105.
- 20) 歯科疾患実態調査報告書解析検討委員会編: 解説平成17年歯科疾患実態調査, 口腔保険協会, 東京, 2007.
- 21) Sumi Y, Kagami H, Ohtsuka Y, Kakinoki Y, Haruguchi Y,