

Seminars for Dentists in Promotion of Dental and Oral Health" as the project for budget allocations of the Ministry of Health, Labour and Welfare, have been conducted since 2008 in order to train dentists and dental hygienists specializing in home dental care or oral care. In this manner, numerous policies have been established for home dental care. In addition, since a large amount of evidence data⁴ has been disclosed in recent years indicating that dental and oral health contribute to general health, it is thought that the importance of home dental care will continue to grow in the future.

[Objective]

With this in mind, the purpose of this review was to organize reports from Japan and overseas regarding effects when implementing some form of dental care for convalescing patients at home or in nursing care facilities.

[Methods]

A search of the literature was made for topics relating to the therapeutic effects of home dental care for the period of April to June of 2014. Furthermore, papers were also gathered that related to specialized oral care provided at nursing care facilities and the like. The inclusion criteria for the literature consisted of studies conducted on human subjects that were written in English or Japanese and were submitted by the original author or in the form of reviews. A search was made of ICHUSHI using the search terms "Zaitaku shika iryou (home dental care)" and "Shika houmon shinryou (another words for 'home dental care' in Japanese)", and five papers in Japanese were obtained that coincided with the purpose of this review. A search was also made of PubMed using the phase "home dental care", and 6 papers in English were obtained that coincided with the purpose of this review.

[Results]

1. Effects of specialized oral care

1) Relationship between specialized oral care and incidences of pneumonia and fever

Yoneyama *et al.*^{5,6} conducted a survey targeted at residents of special nursing homes for elders located at 11 locations throughout the country, randomly divided the subjects of each facility into two groups consisting of a group that received routine oral cleaning by a care provider while also receiving specialized oral care by a dentist or dental hygienist once or twice a week, and a group that received routine oral cleaning only by a care provider, and compared the incidence of fevers and pneumonia, the number of deaths

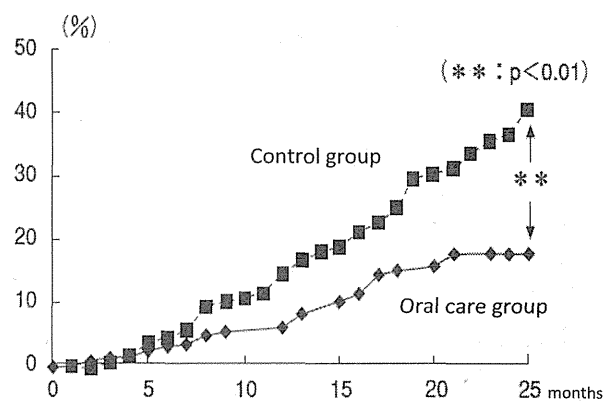


Figure 1: Incidence of fever during survey period

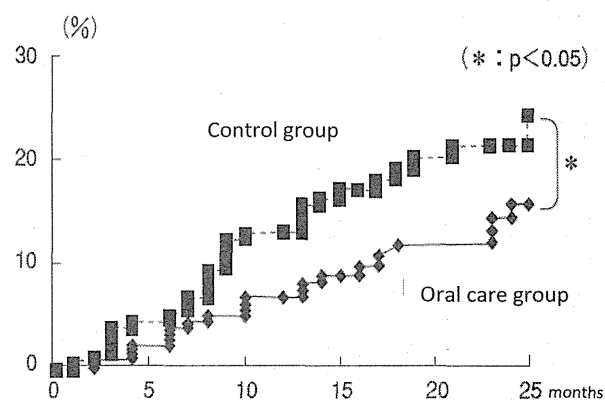


Figure 2: Incidence of pneumonia during survey period

for pneumonia and cognitive function. As a result, the findings shown in Figures 1 and 2 (reprinted) were obtained.

Following the start of the survey, the number of subjects in the oral care group that ran a fever two years later was 54 (29%) and the number in the control group was 27 (15%), indicating a significantly lower number in the oral care group ($p < 0.01$), while those subjects in the oral care group that exhibited pneumonia was 21 (11%) and the number in the control group was 34 (19%), again indicating a significantly lower number in the oral care group ($p < 0.05$). Moreover, although there were 14 deaths (7%) attributable to pneumonia in the oral care group, there were 30 (16%) in the control group, representing a significantly larger number ($p < 0.01$). Although there were no differences observed between the groups with respect to Activities of Daily Living (ADL) that was observed once every six months during the survey period, MMS was significantly lower two years later in the control group in comparison with the oral care group ($p < 0.05$).

2) Relationship between specialized oral care and oral bacterial count

Ishikawa *et al.*⁷ conducted a comparison of oral health status after five months between a group that received

specialized oral care and a group that only gargled with Isodine. As a result, it was reported that bacterial counts were observed to have decreased significantly in the group that received specialized oral care by a dental hygienist as compared with the group that gargled after meals. In addition, Kokubu *et al.*⁸ conducted a study in which the subjects were randomly divided into two groups, and oral bacterial counts were observed to decrease significantly in a group that received specialized oral care, including mucosal membrane care, from a dental hygienist twice a month in comparison with a group that did not receive such care. Moreover, Nishiyama *et al.*⁹ demonstrated the effect of adding musical membrane care to specialized oral cleaning. In a randomized control trial (RCT), bacterial counts were observed to decrease significantly in a group in which mucosal membrane care was not conducted in conjunction with specialized oral cleaning as compared with a group in which mucosal membrane care was performed.

2. Effects of home dental care

1) Correlation between home dental care and ADL

Suzuki *et al.*¹⁰ conducted a survey consisting of providing dental care for 70 disabled elders requiring dental care followed by investigating the effect on ADL before and after treatment. As a result, improvement was reported to be observed for numerous parameters, including total Functional Independence Measure (FIM) scores, six weeks following completion of treatment. In addition, Sugihara *et al.*¹¹ also performed home dental care on 100 residents of a nursing care facility for elders to conduct an intervention survey on whether or not there is improvement of ADL. As a result, FIM scores following treatment were reported to have decreased significantly in comparison with prior to treatment. Moreover, retaining at least one tooth prior to treatment and having a high degree of motivation with respect to daily life prior to treatment were indicated as factors having an influence on improvement of ADL.

2) Correlation between home dental care and condition of requiring nursing care

Nishiyama *et al.*¹² examined the effects of home dental care in 53 elders subjects requiring nursing care. As a result, ADL and the degree of the need for nursing care were reported to significantly worsen when the subjects were reevaluated following home dental care. On the other hand, as a result of performing home dental care by a dental professional, significant improvement was reported to be observed with respect to oral cleanliness, gingival inflammation and halitosis. Moreover, eleven of the subjects were confirmed to have died within six months after

reevaluation, and in the group of subjects that died, there was reported to be a significantly large number of subjects who exhibited swallowing disorders.

3. Other

1) Correlation between functional oral care and lingual function

Kikutani *et al.*¹³ conducted an evaluation of oral function by continuously providing functional oral care through group training for a period of six months targeted at 98 residents of a long-term elders nursing care facility. As a result, the average value of maximum tongue pressure in an oral care group was observed to increase significantly in comparison with the values at baseline.

2) Preventive dental hygiene program and oral health status

Budtz *et al.*¹⁴ examined the effects of a preventive dental hygiene program that included tooth brushing instruction provided by dental hygienists. In a group that participated in the dental hygiene program, *Candida* counts on oral mucosa and dentures were reported to decrease significantly in comparison with a group that did not participate in the program, and oral hygiene status was reported to have improved.

In addition, Nicol *et al.*¹⁵ reported that, as a result of implementing an oral hygiene educational program by dental hygienists targeted at facility staff members, significant improvements were reported to be observed in denture cleaning and denture sores in comparison with a group that did not participate in the program.

[Discussion]

1. Effects of specialized oral care

Results were able to be confirmed in previous reports in which significant improvement was observed not only with respect to decreased oral bacterial counts, but also in terms of the incidence of fevers and pneumonia, and MMS throughout the study period as a result of providing regular specialized oral care by dentists and dental hygienists. Since the frequency at which specialized oral care was provided as well as the protocol, instruments used and other factors are not standardized, it is thought to be necessary in the future to conduct research oriented towards the establishment of standardized procedures, instruments and frequency. Moreover, a certain degree of effectiveness was also observed with respect to gargling and mucosal membrane care.

2. Effects of home dental care

Due to the small number of original papers, although there were reports indicating that ADL improved as a result of home dental care, there were also those that

reported it conversely decreased. This is thought to be the result of differences in the degree to which nursing care is required, underlying disease and oral health status among elders requiring nursing care that received invention. Since the status of patients varies considerably in comparison with patients examined as out-patients, there is the problem of difficulty in compiling a study design. However, accompanying the continuing growth of the older population in the future, the opportunities for home dental care is predicted to increase, and it was therefore thought to be important to gather cases at numerous health care institutions.

3. Other

Although few in number, the effects of group oral function training targeted at elders persons requiring nursing care are beginning to be reported with respect to improvement of oral function. In addition to accommodation of caries and periodontal disease that were the targets of the majority of dental care provided in the past, it is thought to be imperative to establish dental care systems that also focus on tongue exercises, masticatory function and swallowing function, including masticatory disorders caused by missing teeth. In addition, dental hygiene programs consisting mainly of those implemented overseas were reported to be effective in improving oral hygiene status. Although the range of insurance coverage of dental care available to the elders differs between Japan and other countries, it is presumed that such educational programs will also be implemented in Japan as part of the nursing care insurance system. It is hoped that large-scale demonstration research will be conducted in the future.

On the basis of the above, results were obtained from studies targeted at facilities and groups that indicated that dental care is beneficial to elders requiring nursing care. However, it was also clearly determined that there is the problem of difficulty in conducting large-scale surveys and standardization of methodology with respect to dental care provided at home. As the size of the older population increases, the providing of home dental care to persons requiring nursing care is thought to be a pressing issue. It is also thought that it will be necessary for clinicians and researchers to establish guidelines for instruments and methodology relating to home dental care. In addition, government policymakers will be required to establish a system that enables persons recovering from any disease to receive the necessary dental care regardless of their location.

[Conclusions]

This review has provided a summary of previous reports regarding the effects of specialized oral care, home dental care, and oral function training provided by dentists and dental hygienists.

According to those results, periodical specialized oral care provided by dental professionals was determined to not only reduce bacterial counts, but also contribute to improvement of the incidence of fevers and pneumonia, and cognitive function during the time such care is provided. In addition, reports indicating that home dental care both improve and decrease ADL were observed. Improvement of lingual function was observed with respect to group oral function training.

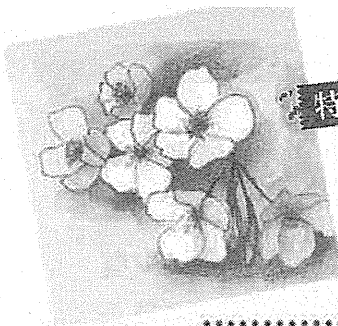
[Conflict of interest]

There are no items applicable to “conflict of interest” in this article.

[References]

1. Kohno S. Research on the development of an oral health care system for elders requiring nursing care through collaboration between the government sector, dental health institutions and hospitals utilizing information networks. 2002-2004, General research report, Scientific research of the Ministry of Health, Labour and Welfare, Comprehensive Research on Aging and Health Project 2005: 1-113.
2. Fukai K. Grand design for promoting home dental care. the Ministry of Health, Labour and Welfare, 2007 commissioned project on Comprehensive Research on Aging and Health, (Designation 18-3, Shared report, Grand design for home care) 2008: 81-130.
3. Tsuneishi M, Fukai K, Ando Y. Needs of dental care for dependent older people and patients with systemic diseases based on data in 2011. *Health Science and Health Care* 2013; 13: 9-15.
4. Tsuneishi M. Towards a greater 8020 health and longevity society. *Journal of the Japan Dental Association* 2013; 65: 46-51.
5. Yoneyama T. Oral care and potential for prevention of aspiration pneumonia. *Journal of the Japan Dental Association* 2002; 55: 15-24.
6. Yoneyama T, Yoshida M, Ohru T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiba K, Ihara S, Yanagisawa S, Ariumi S, Morita T, Mizuno Y, Ohsawa T, Akagawa Y, Hashimoto K, Sasaki H; Oral Care Working Group. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 430-433.

7. Ishikawa A, Yoneyama T, Hirota K, Miyake Y, Miyatake K. Professional oral health care reduces number of orofaryngeal bacteria. *J Dent Res* 2008; 87: 594-598.
8. Kokubu K, Senpuku H, Tada A, Saotome Y, Uematsu H. Impact of routine oral care on opportunistic pathogens in the institutionalized elderly. *J Med Dent Sci* 2008; 55: 7-13.
9. Nishiyama Y, Inaba E, Uematsu H, Senpuku H. Effects of mucosal care on oral pathogens in professional oral hygiene to the elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 51: 139-143.
10. Suzuki M, Sonoda S, Saitoh E, Kato T, Sakai T. Effect of dental treatment on activities of daily living in the disabled elderly. *Jpn J Rehabil Med* 2003; 40: 57-67.
11. Sugihara N, Shibata C, Matsukubo T. Factors associated with improvement in ADLs after treatment of elderly in nursing homes by visiting dentist. *Journal of the Japanese Association for Dental Science* 2010; 29: 87-91.
12. Nishiyama Y. Change of general and oral health status of elderly patients receiving home-visit dental services. *The Journal of the Stomatological Society* 2005; 72: 172-182.
13. Kikutani T, Tamura F, Suda M, Kayanaka H, Nishiwaki K, Ino Y, Yoshida M, Hayashi M, Tsuga K, Akagawa Y, Adachi M, Yoneyama T, Itoh H, Oishi N, Inaba S. Effects of functional oral health care for lingual functions in elderly people requiring long-term care. *Japanese Journal of Gerodontology* 2005; 19: 300-305.
14. Budtz-Jørgensen E, Mojon P, Banon-Clement JM, Baehni P. Oral candidosis in long-term hospital care: comparison of edentulous and dentate subjects. *Oral Dis* 1996; 2: 285-290.
15. Nicol R, Petrina Sweeney M, McHugh S, Bagg J. Effectiveness of health care worker training on the oral health of elderly residents of nursing homes. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33: 115-124.



特集2 多職種連携で行う 認知症の人の誤嚥性肺炎予防

肺炎は高齢者の死因の多数を占めています。特に認知症の人においては、嚥下機能の低下や、認知機能の低下による口腔内の不十分な清掃によって誤嚥性肺炎が発生しています。本特集では、認知症の人の誤嚥性肺炎を予防するための食事介助などについて紹介します。

誤嚥性肺炎を起こさない 安全な食事介助



枝広あや子

東京都健康長寿医療センター研究所
研究員

2003年北海道大学歯学部卒業。同年東京都老人医療センター歯科・口腔外科臨床研修医。2005年東京歯科大学オーラルメディスン・口腔外科学講座入局。2008年東京都健康長寿医療センター研究所協力研究員。2011年学位取得、博士(歯学)東京歯科大学。2012年東京都豊島区歯科医師会東京都豊島区口腔保健センターあぜりあ歯科診療所勤務。東京都健康長寿医療センター研究所非常勤研究員。東京歯科大学オーラルメディスン・口腔外科学講座非常勤講師。2015年東京都健康長寿医療センター研究所研究員、現在に至る。

食事は、施設に入所している高齢者や在宅療養中の高齢者にとって、栄養摂取という役割があると共に、生活を彩る楽しい時間でもあります。しかし、食事ケアが不適切な場合は、誤嚥性肺炎を誘発してしまうことも少なくありません。一方で、食事ケアの方法は、介護者の育った環境や考え方に大きく左右されますので、普段行っているケアが不適切であっても介護者が自覚していない場合があります。

本稿では、誤嚥性肺炎を起こさない安全な食事介助に向けての基礎知識を解説します。今一度、普段の食事ケアを振り返ってみましょう。

認知症の人が抱える食事のリスク

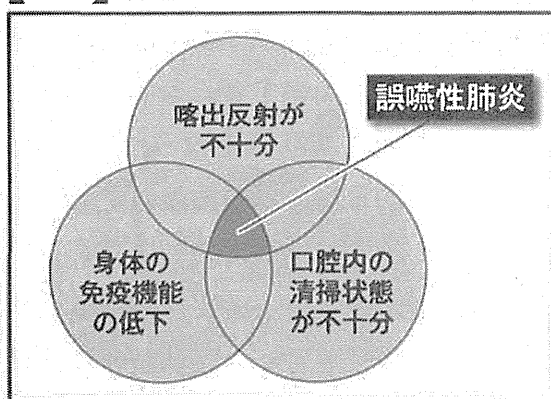
認知症の人は、中核症状の出現により理解力や判断力の低下から日常生活の自立に支障を来します¹⁾。料理のような複

雑な動作は、わりと認知症の初期に障害されますが、更衣、入浴や排泄動作の自立が障害されるくらい進行した認知症の人は、食事のマナーや箸の持ち方でさえも混乱するようになってしまいます。その後、摂食嚥下障害が少しずつ進行し、さらに認知症が進行すると、全身的な筋力低下や脳の萎縮の進行、神経変性などから、口腔や咽頭を自由自在に動かすこと、嚥下反射や咯出反射(むせ、咳など)を引き出すことも困難になり、摂食嚥下障害が重度化します²⁾。

本来、健常成人における嚥下運動というものは、食べ物が咽頭に送り込まれた時にちょうどよいタイミングでいったん息を止めて、嚥下して食べ物を食道に送り込み、下咽頭に残留物がなくなったタイミングで呼吸を再開する、というプロセスで行われています。認知症の人の食事の際の誤嚥性肺炎は、嚥下時に“うっかりミス”として呼吸を止めるタイミングと食べ物の通過のスピードが合わなかったり、呼吸を止めたつもりでも気道の閉まり具合が弱かったり、飲み込むための筋力が弱く、飲んだつもりでも食べ物が気道の入り口に残っていることで呼吸再開後に吸い込んでしまったりするといった要因で起こります³⁾。

そして、認知症の人の誤嚥性肺炎予防

【図1】誤嚥性肺炎の原因



で最も難しいところは、認知症の人が誤嚥すること、飲み込みにくいことに自覚がなく、動きを自分で制御できないこと、訴えることが困難であることです。だからこそ、介護している我々が注意して観察を行い、マネジメントとサポートを行わなければなりません。注意するといっても、認知症の人は誰でも同じリスクを抱えているというわけではありません⁴⁾。認知症の原因疾患と認知症の進行度によりリスクが異なるということを理解した上で、介護されている認知症の人がどの程度のリスクで、どこを注意して観察すべきなのかを確認してケアをするとよいでしょう。

認知症の人の嚥下障害の特徴

● 誤嚥性肺炎を起こしやすい人の特徴

誤嚥性肺炎の成因を考えてみましょう。健全な成人であれば、多少むせることはあってもそう簡単には肺炎になりません。それは、むせることによって肺に異物が入らずに出すことができるからであり、またごく少量が肺に入ってしまったも身体の免疫が正常に働いているために異物を処理することができて、肺の中で感染が成立しないからです。

【表】四大認知症

脳血管障害によるもの		血管性認知症：VaD
変性性認知症	アルツハイマー病	アルツハイマー型認知症：DAT
	レビー小体病	レビー小体型認知症：DLB
	前頭側頭変性症	前頭側頭型認知症：FTD

では、要介護高齢者が誤嚥性肺炎になりやすい原因は何でしょうか。①嚥出反射、②身体の免疫機能、③口腔内の清掃状態（細菌数・細菌叢）、この3つの要素すべてが悪化している時に誤嚥性肺炎になりやすいと言えます（図1）。このように考えると、誤嚥性肺炎を起こしやすい人の特徴は、口腔ケアが不十分である上に、低栄養状態で活動性も低下している虚弱な要介護高齢者で、さらに嚥下障害があって呼吸機能が低下しており嚥出が不十分な方です。皆さんがケアされている方の中にもいらっしゃるのではないのでしょうか？

● 認知症の原疾患と進行による

嚥下障害の特徴

認知症を起こす原因疾患は多々ありますが、4大認知症と呼ばれる認知症の原因疾患は「脳血管障害（→血管性認知症：VaD）」「アルツハイマー病：AD（→アルツハイマー型認知症：DAT）」「レビー小体病（→レビー小体型認知症：DLB）」「前頭側頭変性症（→前頭側頭型認知症：FTD）」です（表）。これらは、脳の変性が起こる部位の違いから、症状にそれぞれ特徴があります。

● 血管性認知症：VaD

VaDによって嚥下に必要な口腔咽頭の

運動機能を支配している脳の領域に障害を受けていれば、理解力や意欲が十分にあっても嚥下障害が生じることがあります⁵⁾。VaDの特徴は表出障害と運動機能障害で、その症状は「自分の体がうまく操縦できない」というイメージです。例えば、食べ物を口に運ぶスピードのコントロールが困難であると食べ物にむせながらもどンドン口に運んでしまい、より一層呼吸と嚥下の協調運動ができずに激しくむせながら食事をするようになってしまいます。自身の運動のコントロールがうまくできないことで、咀嚼して口腔内で食物を処理すること(食塊形成)が不十分で丸呑みしてしまう事態も起こります。

● アルツハイマー型認知症: DAT

DAT(特にほかに大きな疾患のないDAT)の摂食嚥下機能の特徴は、食事動作のような習慣性動作は重度に至っても保存されやすく、認知機能低下によって食事の食べ方の変化がある時期でも、おおむね嚥下機能には問題が出ない傾向があるところ⁵⁾。さらに進行すれば、食べ物を溜め込んで飲み込まないなどの嚥下障害が出現するといったことが特徴です。口腔顔面失行^{注)}や筋力低下によって、徐々に口腔咽頭の運動が低下すると共に、感覚も弱くなり嚥下反射が起こりにくくなります。

● レビー小体型認知症: DLB

DLBはパーキンソン病に似た症状が出現する認知症ですが、理解力があり論理的な会話が可能な比較的早期の段階でも、「錐体外路症状」による嚥下障害が

起こりやすいのが特徴です⁶⁾。DLBは嚥下障害の出現時期に個人差がありますが、錐体外路症状が出現することで、嚥下反射が起こりにくい状態となっています。また、覚醒の変動や認知機能の変動があり、しっかりしている時間とぼんやりしている時間がスイッチの切り替えのように切り替わることで、口腔咽頭の動きや反射など嚥下機能も様相が変化します。覚醒レベルが低下している状態の時には、嚥下反射や喀出反射も低下し誤嚥しやすいため、食事を中断した方が安全です。薬剤の副作用も起こりやすく、特にドーパミン作動薬の血中濃度の影響を受けやすいことで嚥下機能を含む身体全体の運動性が時間によって変化するケースもあります。

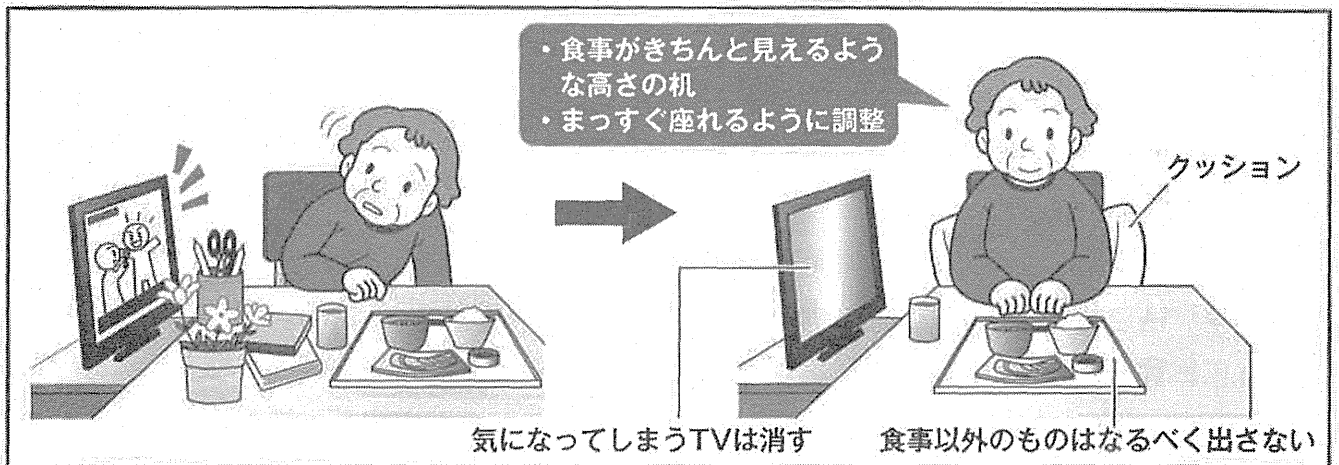
● 前頭側頭型認知症: FTD

FTDは比較的若年で発症しやすい認知症で、重度になるまでは比較的嚥下障害は顕著ではありませんが、中等度の段階で「非影響性の亢進」「脱抑制」「口唇傾向」といったFTDに特徴的な神経心理学的症状から、早食、かきこみ食や異食(食べ物以外のものを食べようとする)などが起こり得ます⁷⁾。食事の際に嚥下できないほどの量を口に詰め込んでしまったり、窒息騒ぎになってしまうケースもあります。また、食事以外の時間にも食べ物ではないもの(植物や紙、玩具など)を口にしてしまうケースもありますので、このような兆候が出現してきたら注意が必要です。

口の中に溜め込んだ食べ物を、次回の

注) 口腔顔面失行: 身体の失行という症状がありますが、これは口腔において同様の現象が起こり、動かそうと思ってうまく動かせないという症状です。

【図2】まずは食事を運ぶ前に環境の整備



食事時間までずっと飲まずに嘔み続ける行為が出ることもあります。進行すると全身的に無為無動状態になってくるため、それに伴って口腔咽頭の運動性の減少から固形物が飲み込めなくなりますが、そうした時期でも隣席の利用者の常食を取って食べようとするケースもあります。

安全な食事介助のポイント

● 食事の際の観察ポイント

まずは次のことを確認してみましょう。

- ①食事に集中できる環境であるか
 - ②身体の調子は整っているか
 - ③食事に適していて安定した姿勢を保持できているか
- これが確認できたら、さらに4つのことを確認します。
- ④食事の開始時の様子、途中で手が止まってしまうかどうか、その時の様子
 - ⑤食べ方、ペース、口に運ぶスピードと飲み込むペースのバランス
 - ⑥むせ、呼吸切迫など呼吸音の変化、嚥下と呼吸の協調の様子
 - ⑦口に溜め込んで飲み込まない、口に食べ物を運んでも口が動かないなどの様子

● 配膳前の食事介助のポイント

◎ 環境への配慮

環境は、「食事に集中する」という点で非常に重要です。特に認知症の人は、注意の維持・分配・転導が難しくなると言われています。つまり、認知症の症状があることで、気が散るようなほかの刺激から食事だけを選び取って、集中し、維持することが難しいのです。気が散りながら食べていると、前述の“うっかりミス”も起こりやすくなります。食卓周囲は気が散る刺激がないようにシンプルにしたり、テーブルに食べ物以外の物品がないようにしたりすることが大切です⁸⁾ (図2)。

◎ 全身状態の観察

例えば昼夜逆転していて朝食時に眠い、背中が痒い、トイレに行きたくなってしまった…こうしたちょっとしたことでも食事行為や嚥下に精神集中できなくなり、呼吸と嚥下のタイミングのミスが起こります。ましてや疾患の悪化や薬剤の変更、脱水、消化器症状などがあれば食欲にも影響しますので、嚥下がいつもより上手にできなくなることも大いにあり

得ます⁸⁾。全身状態が嚥下機能にも影響するということも意識して、生活全体のアセスメントをしましょう。調子が悪い時には無理をさせないようにします。

● ポジショニングの工夫

姿勢が崩れていると、食事に興味が湧かないばかりか、口腔咽頭での食物の流れに影響するので、タイミングが取りづらくなり誤嚥しやすくなります。骨盤が立つように座り直し、クッションなどで骨盤の側方をサポートして安定させましょう。

体とテーブルの位置関係もとても重要です。料理が見えない位置では、食欲も湧きませんし、何を食べるのかも分からないままに食べることになってしまいます。縁に傾斜のついた介助食器を使うなどして、きちんと食器の中の食べ物が見えるようにするなど、食事に対する意欲を引き出す工夫も必要です⁸⁾。また、適切な身体のポジショニングは、逆流など上部消化管のトラブルを軽減することにつながります。

● 配膳後の食事介助のポイント

● 観察や声かけによる食事環境の整備

何もお手伝いしなくても本人が食べはじめるか、何かに困ったり助けを求めたりする様子があるかを確認すると、「食事を食事として認識できているのか」「やるべき行動がうまく引き出せないのか」など、認知症の人が困っている点が見えてきます。混乱しないように食事環境を整えることも食事ケアです。見るだけで認識できないようであれば、声をかけて食事を指して説明してあげたり、「この時間が食事の時間」であること（時

【図3】声かけで食事の認知を支援



間の情報の提示と、すべきことの明確化)を伝えたりしましょう¹⁾ (図3)。

● 嚥下状態の確認

自分で食べる時も介助で食べる時も、嚙んで（もしくは押し潰して）飲み込むタイミングと、食べ物を口に取り込むために開口するタイミングがずれると、呼吸と嚥下、口腔咽頭でつくる圧力のかけ方に影響し、誤嚥してしまうことがあります。飲み込んでいないのにどんどん口に詰め込んでしまうと、たくさん入りすぎたことで嚥下反射が出なくなってしまって、溜め込んだまま困っているケースも時折経験します（窒息する前に、口から取り除くことも必要です）。

介助者の都合でどんどんスプーンを口元に運んでしまうと、認知症の人が口の中のものを嚥下していなくても開口してしまう場面も多く見かけます。誤嚥させない食事ケアとは、飲み込む様子を確認しながら口に運ぶことができる食事ケアです (図4)。

● 呼吸状態の確認

呼吸の様子は、安全な嚥下にとって非

【図4】誤嚥させない食事ケア



常に重要なポイントです。聴診器があれば、ぜひ嚥下時に喉元を聴診してみることをお勧めします（頸部聴診）。まずは自分の喉で試して、それから認知症の人の喉の音と聞き比べてみてください（聴診器がなくても、喉仏の脇に指を添えているだけでも嚥下時の喉の動きが分かるようになります）。

健康な成人であれば、気道の入り口に何かが付着しただけでもむせますが、加齢変化や認知症で咽頭感覚が弱っている人では、少しの刺激ではむせないケースもあります。むせ（喀出反射）というのは、呼吸器を異物から守る反射ですが、それがうまく起こらない状態では異物が気道まで垂れこんでしまい、“むせないのに呼吸が乱れる”状態になります。これは、嚥下反射が起こりにくい状態になっている重度の認知症の人に起こりやすく、嚥下してから低い声で唸る、浅い呼吸で苦しそうにするなどの様子で分かります。食事中にこのような状態になったら、無理をしないで食事を中止する判断も必要です。

【図5】口の中に食べ物が入っているのに動きが止まってしまったら…

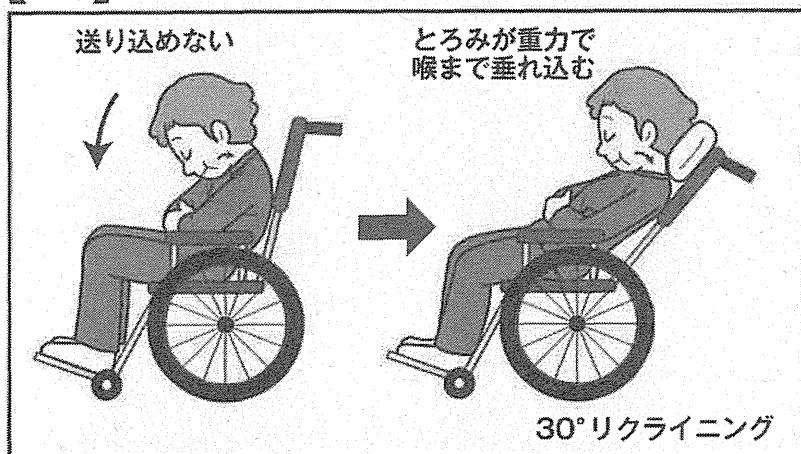


●溜め込んでしまって飲みこめない時の工夫

口の中に食べ物を入れても数回押し潰す程度で動きが止まってしまう、あるいは飲み込まない時は、覚醒レベルの低下がある、口腔内の感覚が弱く食べ物が口腔に入っていることを認識できていない、口腔をうまく動かせなくなってしまったなどのことが考えられます。覚醒レベルの低下がある時は、嚥下反射や喀出反射も低下しているため、食事は無理をしない方がよいでしょう。その人の口腔にとって刺激が弱すぎると動きが出ないので、舌をシリコンスプーンで刺激したり、温度の差や味の差をつけた食べ物を交互に介助したりして感覚を呼び起こす工夫も効果があります（図5）。

頭部が前屈している場合は、リクライニングの車いすに座ってもらい傾斜を30度くらいに調整して、とろみ付きのミキサー食などを食べていただくと、重力で

【図6】頭部が前屈している場合の嚥下の工夫



口腔から咽頭に流れ込んで、喉の反射を利用することができます(図6)。そのような工夫をしても嚥下が困難であれば、嚥下反射も認知症によって障害されてしまった状態であるとも言えます。この状態で無理をして食事をさせようとする、誤嚥したとしてもむせもしないので、誤嚥に気づきにくく非常に肺炎リスクが高い状態になります。

おわりに

さまざまな工夫によって、認知症の人が最後まで経口摂取できるように支援することができます。一方で、認知症や加齢現象は静かに進行するものですから、肺炎を起こさないような安全な食事ケアに徹していると、意識レベル低下などから食事量は減少し、体重の減少を免れません。

嚥下機能や消化機能などの身体機能が維持できていれば、食事をするのが元気の源になります。しかし、認知症や加齢現象の進行により本当に食べられなくなる時期においては、「食事を全量食べていただかなければいけない」という考えは、肺炎を引き起こしてしまう諸刃の

剣となります。機能の範囲を超えた食事をさせてしまい、処理できずに気道に侵入し肺炎を起こし、認知症の人を苦しめてしまうケースも残念ながら経験します。

認知症の人に心地よい生活や楽しい食事を続けていただけるようなケアを行いながらも、ゆっくり進行する機能低下

を見つめながら、あなたの目の前にいる認知症の人にとって心地よいと思われるケアを提供していきたいものです。

本稿が、皆さんの素晴らしい認知症ケアの一助となれば幸いです。

引用・参考文献

- 1) 平野浩彦, 枝広あや子: 拒食・異食・嚥下障害をどうする? 認知症に伴う“食べる障害”を支えるケア, エキスパートナース, Vol.29, No.2, P.22~27, 2013.
- 2) Edahiro A, Hirano H, Yamada R, Chiba Y, et al.: Factors affecting independence in eating among elderly with Alzheimer's disease. Geriatr Gerontol Int. 12(3):481-90, 2012.
- 3) Suh MK, Kim HH, Na DL: Dysphagia in patients with dementia; Alzheimer versus Vascular. Alzheimer Dis Assoc Disord, 23: 178-184, 2009.
- 4) 枝広あや子: 第2章 変性性認知症高齢者への食支援, 平野浩彦編著, 枝広あや子, 野原幹司, 坂本まゆみ著: 認知症高齢者への食支援と口腔ケア, P.27~50, ワールドプランニング, 2014.
- 5) 枝広あや子, 平野浩彦, 山田律子, 千葉由美, 渡邊裕: アルツハイマー病と血管性認知症高齢者の食行動の比較に関する調査報告: 第一報食行動変化について, 日本老年医学会雑誌, Vol.50, No.5, P.651~660, 2013.
- 6) 枝広あや子: Part3 認知症の原因疾患に基づく対策 レビー小体型認知症, 吉田貞夫編: 認知症の人の摂食障害 最短トラブルシューティング 食べられる環境, 食べられる食事がある, P.132~136, 医歯薬出版, 2014.
- 7) 前掲6), P.140~145.
- 8) 山田律子: 認知症の人の食事支援BOOK 食べる力を発揮できる環境づくり, 付録121~124, 中央法規出版, 2013.

認知症に伴う食べる機能の障害を支えるケア

～拒食・異食・嚥下障害をどうする～

The meal care for elderly patients with dementia who has eating and swallowing dysfunctions

～ "How does we support anorexia, allotriophagy, eating disorder and dysphagia?" ～

東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 枝広 あや子

プロフィール (えだひろ あやこ)

略歴：1978年生まれ

平成15年 北海道大学歯学部卒業
平成15年 東京都老人医療センター 歯科・口腔外科 臨床研修医
平成17年 東京歯科大学オーラルメディスン・口腔外科学講座 入局
平成20年 東京都健康長寿医療センター研究所 協力研究員
平成23年 学位取得、博士(歯学)東京歯科大学
平成24年 東京都豊島区歯科医師会 東京都豊島区口腔保健センター あぜりあ歯科診療所勤務
東京都健康長寿医療センター研究所 非常勤研究員
東京歯科大学オーラルメディスン・口腔外科学講座 非常勤講師
平成27年 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員

現在に至る

所属学会

日本老年歯科医学会、日本口腔外科学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会、日本咀嚼学会、日本静脈経腸栄養学会、認知症の人の食支援研究会、日本老年医学会、日本認知症学会、日本認知症ケア学会など
専門は 老年歯科医学、口腔外科学など



はじめに

介護現場で実際に見聞きするなかに、このような事例がある。

“認知症の方が自ら食事を食べない” “認知症の方がティッシュを食べてのどを詰まらせた” “認知症の方が食べ物を口の中に溜め込んで飲み込まない” …

認知症の方の食事に関連する障害は、近年、大きく注目されているところである。

要介護高齢者や有病高齢者の口腔衛生管理や摂食嚥下機能障害への対応については、広く議論されているところではあるが、病歴に「認知症」が加わることにより、その解決策が見つからず難渋することがしばしばみられる。その原因は、認知症への理解、認知症高齢者の摂食嚥下障害への理解が十分でないからではないだろうか。

これまで高齢者に対する摂食嚥下障害診療は、その多くが脳血管障害後遺症や神経難病など認知機能障害が軽度である者の摂食嚥下障害を対象として発展してきた。それらの検査方法は、頸部聴診法や水飲みテストなどのベッドサイドにおける簡易的なスクリーニング方法、さらに専門的検査として嚥下造影検査(以下VF)や嚥下内視鏡検査がゴールデンスタンダードとなっている。また対応法もある程度確立されており、

食事を使用しない間接訓練や、ゼリーなど食事を使用した直接訓練、または姿勢や食具の調整、飲み込みやすく残渣の少ない食形態に変更するなどの代償的方法が代表的である。しかし、これらの“脳血管障害後遺症に対する”方法だけでは認知症に起因する摂食嚥下障害に対応することは難しく、実際のリハビリテーション現場でも認知症を理由に対応が遅れていた現状がある。この原因は認知症特有の摂食嚥下障害についての実態把握や対応方法の開発が困難であることに起因していると考えられる。

1 認知症による日常生活の不具合から見えてくるもの

(1) 認知症の症状

認知症の種類は大きく分けて、治療の困難な認知症と治療が奏功する可能性のある認知症に分けられる。治療の困難な認知症の原因疾患は、大きく分けて変性性認知症と血管性認知症である。血管性認知症（以下 VaD）は脳血管障害に起因する認知症、変性性認知症は脳の進行性変性による認知症であり、変性性認知症の中でも患者数が一番多いのがアルツハイマー型認知症（以下 AD）である。その他、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症が変性性認知症に含まれる。変性性認知症は進行性疾患であるため、時間の経過とともに日常生活の不具合は顕在化し、さらに進行すると身体機能も低下し終末期を迎えることとなる。その過程で日常生活の不具合の原因になっているのが、認知症の方の神経心理学的症状である。

認知症の方の神経心理学的症状を理解するために、“中核症状”と“周辺症状”という概念がある（図1）¹⁾。中核症状とは認知症の原因疾患（AD、脳卒中など）により脳機能に障害が生じ、その障害とし

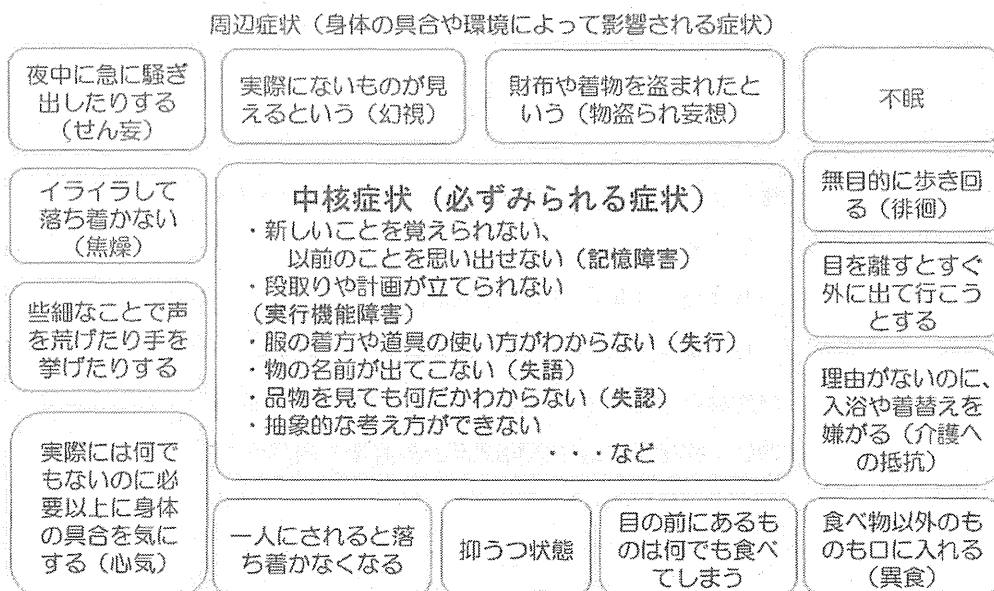


図1 中核症状と周辺症状

出典：平野浩彦、枝広あや子：拒食・異食・嚥下障害をどうする？認知症に伴う“食べる障害”を支えるケア。エキスパートナース、29(2):22-27（2013）を改変

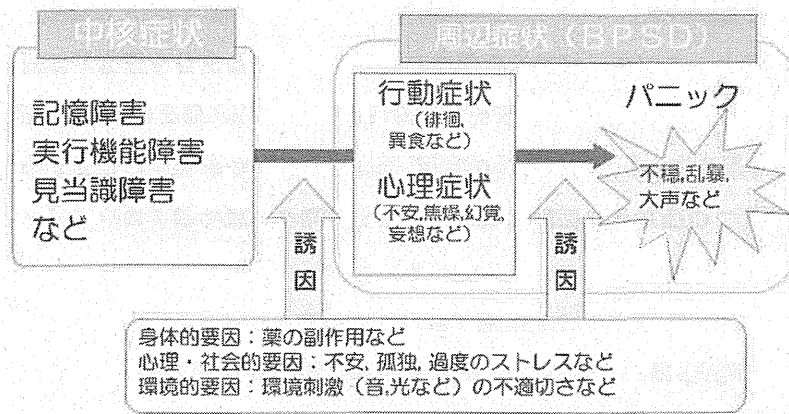


図2 認知症の中核症状と周辺症状 (BPSD)

出典：「永田久美子, 3. 痴呆高齢者の看護, 柿川房子他編, 新時代に求められる老年看護, 日総研出版, 2000, p.269-281.」を一部改変

て直接表れる記憶障害, 遂行機能障害, 失行・失認・失語などの症状であり, 認知症であれば病態による差はあっても必ず認められる症状といわれている。一方, 周辺症状は近年「BPSD: behavioral and psychological symptoms of dementia (認知症の行動と心理症状)」と称することが多く, 中核症状が原因で現れる日常生活上の不具合を指し, 徘徊, もの盗られ妄想, 食事の場面であれば, 異食, 手掴み食べ, 他の方の食事を食べる等がそれにあたる。すなわち認知症の方に記憶障害や理解力低下があることにより, その方の身体状況や周囲の状況, 場所, 時間の経過などが理解できず, それらに対応できないことによる混乱が周辺症状の原因となる (図2)。したがって, 周辺症状は認知症に必ず現れる症状ではなく, 身体疾患や心理環境要因などの様々な影響を受ける。別の言い方をすると, 周辺症状はこれらの影響を除くことができれば, 軽減することができる症状である。認知症の方の食事に関する行動変化において, 何らかの食事や環境等の情報に混乱した結果生じてしまった周辺症状に起因する症状と, 認知症の進行そのものによる身体機能低下に起因した症状を区別するように観察アセスメントすることが, 支援のカギになる。

(2) 認知症の症状と食べる機能の障害

詳細は多項に譲るが, ヒトの摂食嚥下行動は「摂食嚥下の5期モデル」をつかって説明されることが多い。Leopoldらが提唱するこの5期モデルでは, 摂食嚥下は, 先行期・準備期・口腔期・咽頭期・食道期のステージに分けられ, このうち随意的な制御が可能なのは先行期・準備期・口腔期までといわれている。ヒトが目にした食物を認識して口腔に取り込むまでの過程を先行期 (認知期) というが, この先行期では, 脳が“覚醒”し“食欲”があって, かつ食物に“注意”が向き, “視覚情報の処理”から“食物の認識, 判断”“状況の判断”を適切に行い, そしてどのようにして食べるのかの“プランニング”を適切に行うプロセスを経て“実行”に移ることができるのである。

認知症の方では認知症の原因疾患によって, 中核症状の出現の様子や身体機能低下の様相が異なる。中核症状の出現の様相は摂食嚥下の先行期の障害に大きく影響する。すなわち認知症の原因疾患次第で, 摂

食嚥下障害の出現と認知症の進行ステージとの関係も異なると言える²⁾。例えば脳血管障害後遺症で口腔・咽頭の機能障害があるケースでは、認知症の程度が軽度であっても水分や味噌汁に対してむせる頻度が高いが、純粋なADであれば認知症軽度のケースならば認知症のない同年代の高齢者とむせる頻度は大差がない³⁾。このことを踏まえ、本稿では認知症の中でも多数を占めるADに焦点を当て、摂食嚥下障害と拒食、異食など認知症に起因する食行動変化に対する具体的な支援の例を紹介する。

2 アルツハイマー病を中心に考える『食べる機能の障害』

変性性認知症は進行する疾患であることから、ステージごとに症状が変化していく。記憶ならば、成長の過程で成人してから覚えた物事よりは、子供のころから慣れ親しんだ物事（たとえば子供の時の住所）のほうが重度認知症になっても保持される。同じように、生活習慣などの行為や動作の記憶も、幼少のころから行っている行為がより長く保持される。したがって認知症の方の“食べる機能の障害”は、更衣や歩行、排泄よりも遅れて出現すると言われている⁴⁾。

AD患者の施設入所前後4年半の日常生活機能低下を調査して作成した図を用いて、認知症の進行と食べる（摂食）行為及び嚥下機能の出現の様相を追って解説する（図3）。図3は横軸が時間経過で、日常生活機能の自立機能低下で横棒が細くなるように作図し、ここでの「摂食嚥下機能」は現場での観察アセスメン

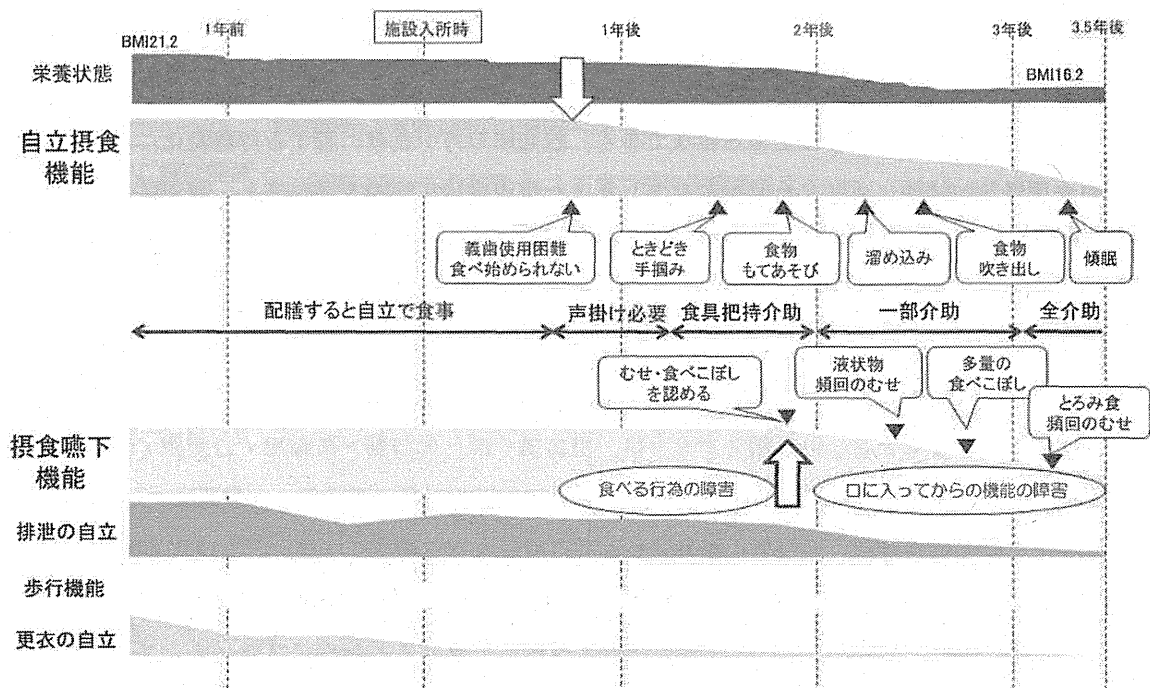


図3 ADの施設入所前後4年半の日常生活機能低下の例

出典：平野浩彦，枝広あや子：拒食・異食・嚥下障害をどうする？認知症に伴う“食べる障害”を支えるケア，エキスパートナース，29(2):22-27 (2013) を改変

トによるムセや溜め込みなどの嚥下障害の徴候を基に作図した。更衣や歩行、排泄などの自立度が低下しても食事をとることに関係する機能はある一定期間保存されることがわかる。さらにこの図において「摂食嚥下機能」「自立摂食機能」についての比較をすると、「自立摂食機能」が“義歯使用困難”や“手づかみ食べ”など徐々に自立機能低下していく段階でも、「摂食嚥下機能」は概ね維持されている。この「摂食嚥下機能」が機能低下し始めるのは、「自立摂食機能」が低下し始めてからしばらく経過した後である。そして「摂食嚥下機能」の低下が起こるころには覚醒レベルも低下するようになり、摂食量が低下するためそれに伴って「栄養状態」も低下していく。この自立摂食機能低下と嚥下機能低下のタイムラグ（図3における2つの矢印の間の部分）がADの摂食嚥下障害の特徴と考えられる。すなわち、周辺症状として行為に混乱する『食べる行為の障害』の時期が、認知症の進行により身体機能低下して生じる食べ物が『口に入ってから機能の障害』の時期に先行するというタイムラグである。

したがって、ADの食べる機能の問題は認知症の進行経過に従い大きく2つの時期があると考えられる⁵⁾。前者は軽度、中等度～重度にかけての『食べる行為の障害（いわば“環境との関わりの障害”）』が中心になる時期でADに特徴的な状態であり、後者は重度になってからの『口に入ってから機能の障害（いわば“身体機能障害”）』が顕在化してくる段階である。認知症の進行とともに、徐々にこの前者が後者に移り変わって経過する（図4）。

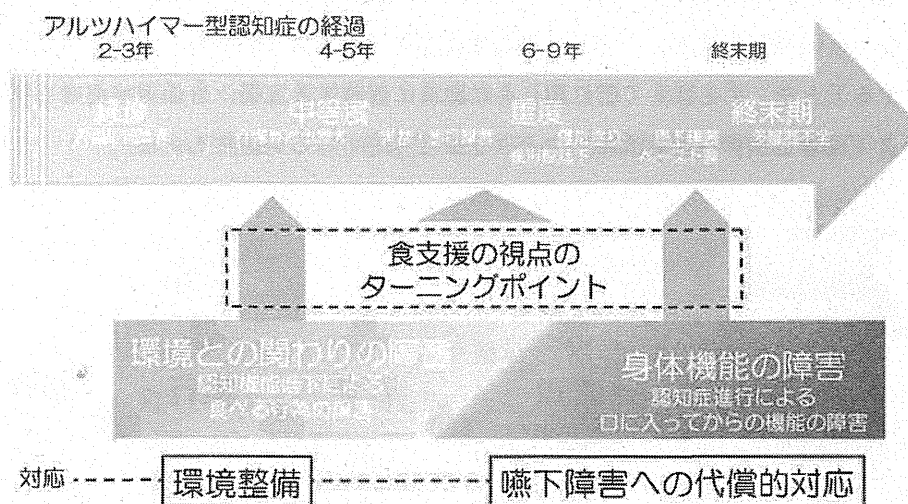


図4 ADの経過のなかでの摂食嚥下障害の移り変わり

出典：平野浩彦，枝広あや子：拒食・異食・嚥下障害をどうする？認知症に伴う“食べる障害”を支えるケア。エクスパートナーズ，29(2):22-27（2013）を改変

(1) ADの『食べる行為の障害』

具体的には更衣や歩行機能，排泄の自立が困難になる時期から，食事の際の義歯使用の自立が困難になり，適切な自立摂食の開始が困難になってくる様子が見られるようになる。さらに認知症が進行し箸やスプーンなどの使用が困難になり，配膳された食べ物を適切に判断できなくなるなどの時期を経て，食べ物をもて遊ぶようになることが多くなってくる。これらの症状は認知症の進行により“見当識障害”や“実

行機能障害”“注意力障害”などの中核症状が進行することで、目の前の食事や食卓を囲む環境に対応しきれず混乱し、目の前の食事や食器、箸やスプーンの扱い方がわからなくなり、適切な食べ方ができなくなるものと考えられる（図5）⁶⁾。このように認知機能低下により食事内容が認知できず、食事行為に対して混乱し、食べ方やひとくちの量などに乱れが出ると、口腔咽頭機能に障害がない時期でも容易にムセや誤嚥が生じうる。

一般的な成人であれば、食べ物が口腔に入ってから、咀嚼してそれを噛み砕き、唾液と混ぜ合わせて「食塊」と呼ばれる飲み込みやすい塊にしてから嚥下するものである。しかし認知症の方において、この食べる行為の障害が生じている段階では、食べ方がわからない、さらに食べている物がどのような質感のものであるか、こういった動きをしなければいけないかを予測した動きが困難となっている。そして口腔内の食べ物の処理（咀嚼）が不十分なまま、嚥下に適した状態でない食べ物が思いがけず咽頭に入ってきてしまう可能性が高い。咽頭が嚥下の準備にはいる前に食べ物が入り込んでしまうと、呼吸との協調がとれず、うっかり吸い込んでしまえばムセたり誤嚥が起こってしまう。この段階では、実際に咽頭反射や嚥下反射など咽頭の機能そのものに大きな問題がなくても、呼吸や会話との協調運動の障害による誤嚥が起こりやすく、“うっかりミス”のようなムセ、つまり広い意味での嚥下障害が起こりやすい状態であると考えられる。

このような時期のADに対しては、脳卒中による嚥下機能障害の場合（障害の程度に合わせた食形態への変更で対応）とは発想を変えて、声掛けや両手に食具・器を持ってもらうなど摂食開始につながる手掛かりを提示する工夫や、手を添えて慣れ親しんだ動きに誘導する支援、介助者や食事形態も含めた食事の環境を変える（理解しやすい食事提供）などの支援で対応できる可能性もある⁷⁾。

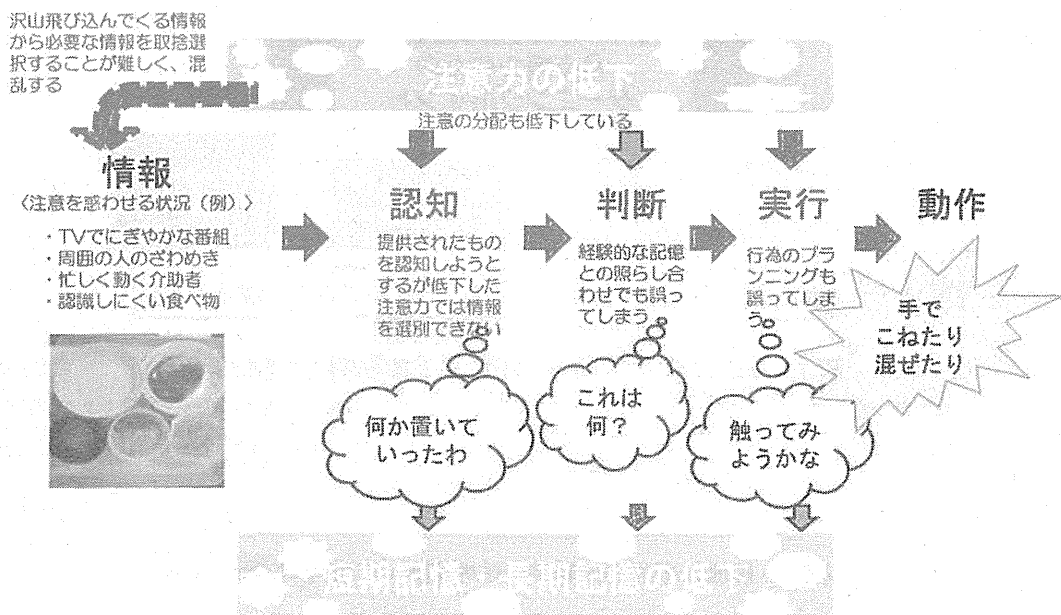


図5 注意力低下しているときの食事への混乱の例

出典：平野浩彦、枝広あや子：拒食・異食・嚥下障害をどうする？認知症に伴う“食べる障害”を支えるケア、
 エキスパートナース、29(2):22-27 (2013) を改変

(2) ADの『口に入ってから機能の障害』

さらに認知症が進行すると、身体全体の運動機能はじめ協調運動や反射などの機能が低下し、徐々に咽頭期嚥下障害が生じてくる。この頃には、全身の筋肉の廃用により食べ物を咀嚼して飲み込みやすい塊にするような口腔内の舌や頬、顎の力が弱くなっているといえる。そして認知症の進行は神経にも及び、“口腔顔面失行”と“運動の協調性の低下”や“感覚機能低下”が引き起こされており、口に入った食べ物の送り込みや嚥下反射などの機能的な運動が引き出せなくなる。結果的に、食事介助をして口に食べ物が入っても溜め込みが生じるようになり、いわゆる狭義の嚥下障害といわれる咽頭期障害が生じ、誤嚥のリスクが高まることになる。

実際の介護現場においては、このような時期にまで進行したADにはむしろ冒頭で述べた脳血管障害後遺症と同様に、姿勢の調節や食形態を調整するなどの嚥下障害への代償的対応を中心とすることが必要である。また口腔内の“感覚機能低下”に加え、“覚醒レベルの低下”や“注意力障害”の進行によって、口腔内に入った食べ物の温度や味、質感が感じにくいことが、より嚥下反射を引き出しにくくなる要因となる。

例として、この段階の重度ADに好物のカステラを食べていただいた時の写真を提示する(写真1)。カステラを口に入れても数回もぐもぐしているように見えるがすぐに動きをやめてしまう、しかしカステラを差し出せば口に含み、数回もぐもぐを繰り返す、またやめてしまう、そんな状態の重度ADである。しかしVFによって、“食べていた”ように見えて実際には“飲み込めてはいなかった”ことが確認され、食形態の調整と栄養補助食品の導入を行うことになった。

本症例のような、重度ADにおける咀嚼不良、送りこみ困難は多く、咽頭期の嚥下反射に大きな問題がなくても食事が進まず誤嚥が起こりがちなケースは臨床上よく経験する。

食事介助をする際には、口に運ぶ食べ物の温度や味にメリハリをつけるような順序で(温、冷、温、と交互に、またごはん、おかず、ごはんを交互に)介助するような工夫が必要である。口の動きが止まってしまったら、頬を触り揉むなどで刺激することで動きを再開できる可能性がある。

このように変性性認知症の代表格であるADをベースに考えると、『食べる機能の障害』は、認知症の進行とともに推移するため、介助の際も目の前で起こっている“障害”の原因を正しく評価することが重要である。

茶色の点線が義歯にはりつき残ってしまったカステラ



写真1 重度ADのカステラ摂食後の上顎義歯

3 具体的な対応法

さて、表題の「拒食・異食」は、どの障害が主体だろうか？

(1) 食事を拒否する

認知症の方に食事介助をしても口を開かない、顔を背ける、口に入れた物を吐き出す、などの行為が見られた際、単純に「食事を食べたがっていない」と判断するのは適切だろうか。

この原因にいくつかの可能性が考えられる。

まず一つめは、処理できていない食物が口腔内にある場合に口を開けない、口から吐き出す、という行為である可能性はないだろうか。重度認知症では、介助者がスプーンで次々と口に運ぶペースに合わせて飲み込むことはできなくなる。介助するスプーンが口元に来ることで、口の中の食べ物が処理しきれていなくても、反射的に開口してしまう重度認知症の方にはよく遭遇するが、そこでどんどん詰め込んでしまうと、詰め込んだことで嚥下反射が引き出せなくなる（認知症ではないはずの我々であっても、頬張りすぎると飲み込めなくなり出たくなるものである。ぜひ試してみてください）。重度認知症の方の、一見“咀嚼しているかのように見える口の動き”でも、不随意運動が出ているだけで嚥下に結びつく舌の動きではないことも多く経験する。写真1の症例のように“もぐもぐしている”からといって、適切に処理しきれていないケースも多く、より注意深い観察によって、嚥下できているかを見定めなければならない。この場合は、頬や喉元のマッサージなどで嚥下を促し、口に入っているものを嚥下し終わったことを確認してから次の一口を運ぶなどの介助を行い、もし詰め込みすぎてどうしようもなくなっているようであれば、窒息のリスクを回避するため、一旦、口から食べ物を出してあげて、呼吸を落ち着かせる必要がある。

次に、味覚の問題である。加齢変化によって味覚は低下することが知られているが、とくに認知症の進行により味覚が鈍化する。特に甘みに対して鈍くなり（甘味閾値の上昇）、加齢や薬剤の副作用などによる唾液量の低下により苦味や酸味の希釈ができなくなる。よりはっきりした味がないと美味しいと感じないようになることもあるため、甘いもの、好物を提供すれば食べていただけるケースも少なくない。

さらに消化機能と食欲も関係する。認知症の進行、全身の廃用の進行によって消化機能が低下し、一回の食事に食べられる量（体積）が減少する。健常高齢者が一日3回に分けて食べている食事の一日量を、一日5食などに分食して対応すれば摂取できるケースもあるが、体積を減らして栄養補助食品などを応用したほうが逆流などのリスクを減じられるケースもある。また認知症の方は体調変化を訴えることが困難であるため、何か基礎疾患の悪化や体調変化が背景にある食欲低下も考えられる。食事を拒否するようになったら、何が背景に隠れているかを推察する必要がある。

また認知症の方は“場所”や“介助者”などの環境が変わると容易に認知機能に変化し、普段暮らしている場所ではできる行為も、馴染みのない場所（急に入院した病室など）では混乱の結果、困難になる。この“リロケーションダメージ”により食欲が減退することも少なくない。つまり、認知症による注意力障害は進行し、周囲の環境（空間、物、人、音声、光や色など）のそれぞれの情報を理解し、取捨選択し

て必要なものだけに集中して対応することが困難になる。しばしばみられるのが入院による環境変化と同じテーブルの臨席者、介助者の交代などであるが、食べる機能が残っていても、混乱することで“食べる心境”に至らないようであれば、食事時間をずらして気分転換を図る、混乱の原因となっている環境の調整をすることも必要である。

(2) 非栄養物を食べる（異食）

BPSDが頻繁に起こるような時期では、他の方の食べ物に手を付けてしまう行為や、ティッシュなどを食べてしまう“異食”などがみられることがある。ADでの異食は、中等度から重度ADの段階に異物を食物と誤認識（失認）した結果が主と言われている。前頭側頭型認知症では“口唇傾向”“被影響性の亢進”“脱抑制”などの特徴的な症状があり、それによって目についたものを口に入れてしまう行為がみられる。“異食”は、様々なものを常時落ち着かず触り続ける行動があらわれた際に多く現れると言われており、そういった行動が見られた場合は、洗剤、歯磨きチューブ、シャンプーなどを収納するなど、手に取って口に入れそうなものは置いておかないようにする生活環境への配慮が必要である。また排泄物などの汚物を食べる行為は、汚物による違和感、不快感から始まっているとも言われており、消化器系に関わる薬剤の調整、一日の中の食事と排泄ケアの時間への配慮、ケアのタイミングを改善することで汚物を触ったついでに口に入れる行為が減少するといわれる。それらの行為があった時点で、生活全体の様子や、何処に置いてあった何を、どんな時に食べたのかをよく観察アセスメントし、考えられる可能性から環境調整を行う必要がある。

おわりに

介助者が個々の困難を生じさせている認知機能障害の特徴とその重症度を把握し、個別の介入を行うことで、認知症の方の食べる機能を可及的に維持できる可能性がある。本稿が、認知症による摂食嚥下障害の進行経過をイメージし、かつ個々の状態に応じた予知的な食事ケアの一助となれば幸いである。

【文 献】

- 1) 平野浩彦, 枝広あや子: 拒食・異食・嚥下障害をどうする? 認知症に伴う“食べる障害”を支えるケア. エキスパートナース, 29(2):22-27, 2013.
- 2) 枝広あや子, 平野浩彦, 山田律子, 千葉由美, 渡邊 裕. アルツハイマー病と血管性認知症高齢者の食行動の比較に関する調査報告: 第一報-食行動変化について-. 日本老年医学会雑誌. 50(5):651-660, 2013.
- 3) Suh MK, Kim HH, Na DL: Dysphagia in patients with dementia; Alzheimer versus Vascular. Alzheimer Dis Assoc Disord, 23: 178-184, 2009.
- 4) 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, 29(1):46-54, 2010.
- 5) 枝広あや子. 第2章 変性性認知症高齢者への食支援. 認知症高齢者への食支援と口腔ケア (平野浩彦編著, 枝広あや子, 野原幹司, 坂本まゆみ著), 株式会社ワールドプランニング, 東京, p27-50, 2014.
- 6) Eda Hiro A, Hirano H, Yamada R, Chiba Y, et.al.: Factors affecting independence in eating among elderly with Alzheimer's disease. Geriatr Gerontol Int, 12(3):481-90, 2012.
- 7) 山田律子: 認知症の人の食事支援 BOOK 食べる力を発揮できる環境づくり, 付録121-124, 中央法規出版株式会社, 東京, 2013.