

- (2) 歯数の異常（先天性欠如歯、過剰歯など）。
- (3) 歯列・咬合の異常（狭口蓋、反対咬合など）（図3）。
- (4) 口腔内が不潔になると多数歯齦蝕や歯周病が生じる。



図3 狭口蓋

2) 自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder : ASD)

中枢神経系の何らかの障害による発達障害と考えられており、次のうち合計6つ以上の異常が見られるものとされている。

(1) 対人的相互反応における質的な障害

- ① 目と目で見つめ合う、顔の表情、身体の姿勢、身振りなど、対人相互反応を調節する多彩な非言語的行動の著明な障害。
- ② 発達の水準に相応した仲間関係を作れない。
- ③ 楽しみ、興味、達成感を他人と分かち合うことを自発的に求められない。
- ④ 対人的または情緒的相互関係の欠如。

(2) コミュニケーションの質的障害

- ① 話し言葉の遅れ、または完全な欠如。
- ② 会話能力がある者では、他人と会話を開始し継続する能力の著明な障害。
- ③ 常同的で反復的な言語、または独特な言語。
- ④ 発達水準に相応した、変化に富んだ自発的なごっこ遊びや、社会性をもった物まね遊びの欠如。

(3) 行動、興味および活動が常同的で限定

- ① きわめて常同的で限定された型の一つ、またはいくつかの興味だけに熱中すること。
- ② 特定の習慣や様式にかたくなにこだわる。
- ③ 常同的で反復的な異様な運動。
- ④ 物体の一部に持続的に熱中する。

歯科的特徴

個人差があり、特徴的な歯科的所見は見られない。

- (1) 口腔清掃不良による齦蝕や歯周病。

- (2) 異食や自傷行為による歯肉退縮、歯根露出。
- (3) てんかんの合併による抗てんかん薬による歯肉増殖 (図4)。

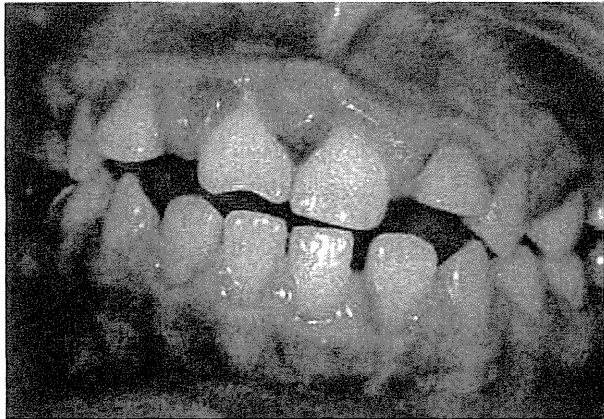


図4 抗てんかん薬による歯肉増殖

3) 強度行動障害

著しい自傷、他傷、こだわり、物損、睡眠の乱れ、食事障害、排泄障害、多動、騒がしさ、パニック、粗暴などの行為がかなりの頻度で出現し、著しく処遇の困難なもの。

歯科的特徴

歯磨きをさせない、通院できない、抑制できないなど歯科医学管理がきわめて困難で、予防処置もほとんど効果がない。

4) 注意欠如・多動症 (attention-deficit/hyperactivity disorder : ADHD)

注意欠如・多動症は、多動性、不注意、衝動性を症状の特徴とする発達障害。じっとしているなどの社会的ルールが増加する小学校入学前後に発見される場合が多い。遺伝的原因があるとされている。

注意力を維持しにくい、時間感覚がずれている、さまざまな情報をまとめることが苦手などの特徴がある。日常生活に大きな支障をもたらすが適切な治療と環境を整えることによって症状を緩和することが可能。

歯科的特徴

特徴的な歯科的所見は見られない。

- (1) 注意散漫で指導に対し傾聴ができない。
- (2) 口腔清掃効果が上がらず口腔内が不潔になる。
- (3) 歯科治療など困難が生じるとパニックになりやすく、苦手意識をもつと治療に取り組みにくくなる。

5) 限局性学習症 (specific learning disorder : SLD)

知的能力に遅れはないが、読み・書き・計算する、または推論する能力のうちいずれかが極端に苦手で、学習の成果がなかなか上がらない発達障害。以前は学習障害と言っていた。原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、視覚、聴覚、知的および、情緒障害などや、環境的な要因が直接の原因となるものではないと定義されている。

歯科的特徴

特徴的な歯科的所見は見られないが、歯科治療に際して、視覚素材を用いた説明や治療の目的、内容など、見通しが立つような配慮が必要である。

2. 神経・運動障害

1) 脳性麻痺 (cerebral palsy : CP)

受胎から新生児期 (生後 4 週間以内) までの間に生じた、脳の非進行性病変に基づく永続的な、変化する運動および姿勢の異常で、その症状は満 2 歳までに発現する。進行性疾患や一過性運動障害、または将来正常化するであろうと思われる運動発達遅延は除外すると定義されている。

脳性麻痺の原因は出生前、周産期、出生後に分けられ、周産期によるものが最も多い。なかでも仮死分娩、早期未熟児出産が多い。

分類は運動障害の型と運動障害の分布の組み合わせにより分類され、運動障害の分布は両麻痺、片麻痺、両 (側) 片麻痺、四肢麻痺などである。運動障害の型には次の 6 つがある。

- (1) 痙直型：脳性麻痺の 70～80% を占め、四肢を屈曲・進展する場合、ジャックナイフあるいは鉛管を屈曲するような抵抗感のあるタイプで、伸張反射が亢進した状態にある。
- (2) アトーゼ型：脳性麻痺の 10% 程度を占め、不随意的な非共同性の筋緊張を主徴とする。精神的緊張で不随意運動が強くなる。
- (3) 固縮型：四肢の屈筋、伸筋の両方に鉛管を曲げるような一定の抵抗を認める。
- (4) 失調型：協同運動および平衡の障害、立位バランスの不安定、歩行の不安定が著しい。
- (5) 低緊張型：深部腱反射の亢進を伴う筋緊張低下を主徴とする。
- (6) 混合型：各病型の症状が混然としているもの。

健常児では生後 5～6 カ月ごろに原始反射は消失するが、脳性麻痺では残存する。代表的なものとして緊張性迷路反射 (背臥位で頭部を軽度後屈させると四肢体幹が伸展し、腹臥位で頭部を軽度前屈させると四肢体幹が屈曲する反射) (図 5)、非対称性緊張性頸反射 (顔を一方に向けると、顔の向いている側の上下肢が伸展し、反対側の上下肢が屈曲する反射) (図 6) がある。

そのほかに驚愕反射 (音や光などの刺激が加わると非対称性緊張性頸反射や緊張性迷路反射などが起こる：びっくり反射) や咬反射 (口腔周囲に刺激が加わると反射的に強くかみしめる) などがある。

歯科的特徴

- ① エナメル質形成不全 (図 7)。
- ② 口腔内不潔による齲蝕や歯周病の発生、また抗てんかん薬による歯肉増殖。
- ③ 口腔周囲筋緊張、舌の突出により、V 字、U 字歯列弓、下顎前歯部の唇側傾斜、上顎前突、開咬など歯列不正 (図 8)。
- ④ 咬反射による歯の咬耗や破折、脱臼。
- ⑤ 摂食・嚥下に必要な筋の協調運動が悪いための摂食・嚥下障害。

2) 重症心身障害児・者

重度の知的障害および重度の肢体不自由が重複しているもの。

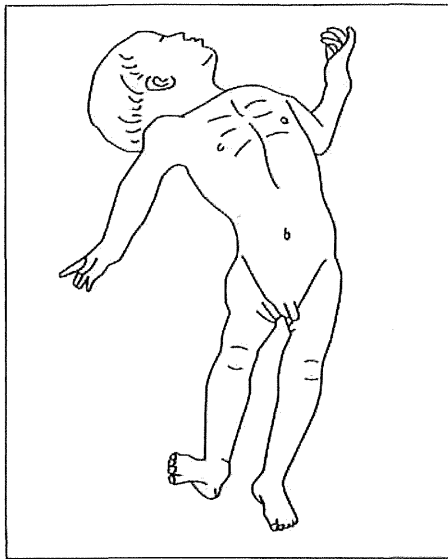


図5 緊張性迷路反射

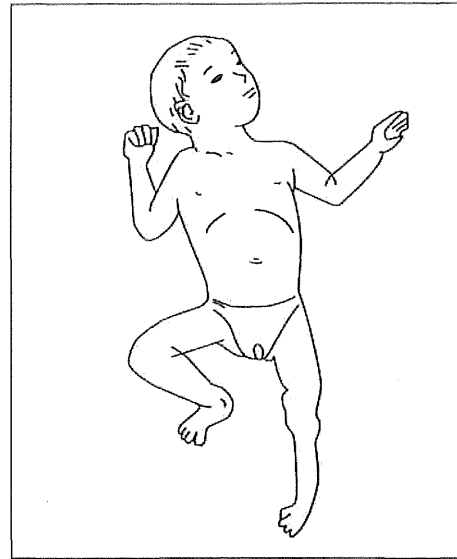


図6 非対称性緊張性頸反射

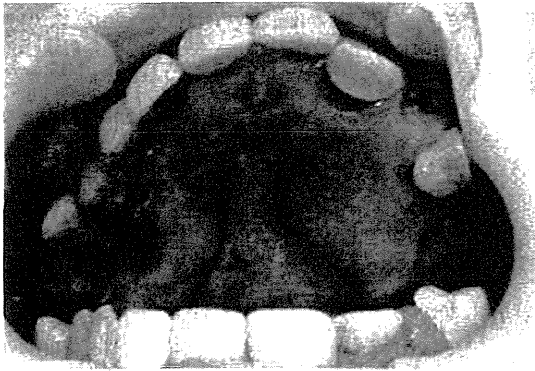


図7 エナメル質形成不全

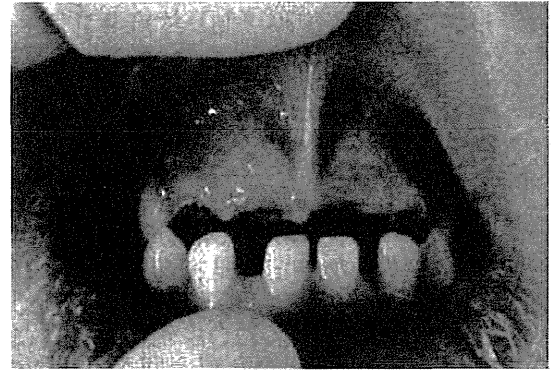


図8 下顎前歯部の唇側傾斜

歯科的特徴

口腔清掃困難から齲蝕や歯周病の罹患率が高いとされてきたが、適切な口腔衛生管理により、齲蝕の発生や歯周病はかなり抑制されてきている。

経管栄養者では歯石が咬合面にも沈着するなどの特徴が見られる。開咬、上顎前突、狭窄歯列弓などの歯列、咬合の異常も多い。

てんかん、摂食・嚥下障害、呼吸障害などの障害を合併することが多い。

3) 二分脊椎

脊椎の癒合が完全に行われず一部に閉鎖不全が生じ、脊椎骨の欠損部の脊髄神経組織が損傷を受け、種々の神経障害が起こった状態。

下肢の運動障害、感覚障害、膀胱直腸障害、脊柱・下肢の変形がある。損傷部位が高位にあるほど障害の範囲は広い。髄液通過が障害され水頭症が生じやすく、精神遅滞を伴うことがある。口腔内に特有の所見はない。

4) 脊髄損傷

脊椎の骨折や脱臼、圧迫により、脊髄中の知覚、運動、自律神経が損傷した状態。

発症後の口腔のケアが不十分になれば歯周病や齲蝕の重症化を招く。障害の程度によって

は、口腔衛生に関する自立に向けた指導を行う。また、起立性低血圧や自律神経過反射による突然の血圧上昇や徐脈などの循環変動があるため、歯科治療時には生体情報モニターが必要である。

5) 関節リウマチ (rheumatoid arthritis : RA)

関節滑膜の炎症を主体とする原因不明の多発性関節炎で、慢性に進行し、軟骨、骨の破壊、変形に至る。関節のみならず、眼、皮下結節、肺、心臓、血管炎などの関節外症状を呈することもある。

歯科的特徴

下顎頭の平坦化や萎縮など顎関節の異常が多く認められ、顎関節痛や開口障害も生じる。下顎頭の吸収で下顎骨が後退して上気道が狭窄したり、上位頸椎の破壊などにより、睡眠時無呼吸症候群を発現することがある。20～30%に続発性 Sjögren 症候群が発現すると言われている。手指の関節、肘、肩関節の障害による口腔清掃の困難や唾液量の減少により、歯周病や齲蝕が重症化しやすい。

6) Parkinson 病

中脳黒質の変性によってドパミン産生量が減少し、線条体での欠乏が生じて錐体外路系の運動障害を示す疾患。

歯科的特徴

活動性の低下と意欲低下により、口腔衛生状態は不良となりやすい。摂食・嚥下障害が多いため、誤嚥性肺炎予防の点からも口腔のケアは重要となる。下顎や舌の不随意運動であるオーラルジスキネジアを呈する症例では、義歯の不調を訴えることが多い。振戦、筋固縮、無動・寡動および姿勢反射障害（四大徴候）が見られ、振戦や、無動により歯科治療が困難になる。ドパミンや抗コリン薬の効果がある時間帯での治療を考慮する。

7) 筋ジストロフィー (muscular dystrophy)

筋線維の破壊・変性と再生を繰り返しながら、筋萎縮と筋力低下が進行していく遺伝性筋疾患。日本人ではデュシェンヌ型と福山型の筋ジストロフィーが多い。

臨床症状

進行性の疾患で、発病後 10 年以内に歩行不能となる。心筋障害や骨格筋の変形、筋拘縮を生じ、多くは 20 歳前に心不全、呼吸器感染などで死亡する。

歯科的特徴

筋萎縮と筋力低下が進行し口腔のセルフケアが困難になると、齲蝕や歯周疾患が発生しやすい。口腔周囲筋の異常な運動があり、開咬などが見られる。異常嚥下が見られ、摂食・嚥下障害を生じる。

8) 脊髄小脳変性症 (spinocerebellar degeneration : SD)

運動失調を主症状とする、原因不明の進行性神経変性疾患の総称。根治的治療法はなく、余命は発症後 2～10 年ほどである。リハビリテーションにて日常生活活動を維持し、生活の質を高める。振戦や筋固縮などの錐体外路症状が出現し、細かな動作が難しくなり、口腔清掃の自立も困難となる。特に、摂食・嚥下障害を伴う場合には、窒息への配慮と、誤嚥性肺炎予防のために口腔のケアが重要になる。

9) 筋萎縮性側索硬化症 (amyotrophic lateral sclerosis : ALS)

神経系の運動ニューロンを比較的選択的かつ系統的に障害する神経変性疾患の一種で、進行性の筋力低下・筋萎縮を主症状とする重篤な疾患である。

歯科的特徴

舌の萎縮や線維束性攣縮が見られ、球症状として摂食・嚥下障害や構音障害、またオトガイ筋では線維束性収縮が出現する。顔面筋の固有反射は亢進し、口を尖らせる反射などが見られる。全身的な症状の進行に伴い唾液は粘稠度を増し、食物の停滞が生じやすくなる。咀嚼・嚥下に関与する運動機能低下と、これに伴う食内容の変化、口腔のセルフケア困難により口腔内が不潔になると齶蝕や歯周病が重症化する。

3. 感覚障害

感覚障害とは、① 感覚受容体の障害、② 感覚を脳に伝達する経路の異常、③ 感覚が伝達された中枢の近くの異常などを指す。

1) 視覚障害

視力や視野など目の機能が著しく弱い状態で、日常生活や学習、あるいは運動や精神活動に大きな影響がある状態。わが国では障害の程度により1～6級に31万人が認定されている。歯科的特徴はないが、プラークの付着などの視認が困難なため、齶蝕、歯周病に罹患しやすい。また、転倒や衝突などで口腔・顔面部の外傷を起こしやすい。聴覚障害もある場合は、歯科治療時に点字などを利用する。

2) 聴覚障害

聴覚に障害をもち、日常生活に影響がある状態。伝音性難聴と感音性難聴、その混合の混合性難聴に大別される。伝音性難聴は外耳と中耳の異常、感音性難聴は内耳から大脳聴覚野までの異常で生じる。老人性難聴は加齢変化で生じ、高い音から聞こえにくくなる両側性の感音性難聴である。突発性難聴は左右どちらかの耳が突然聞こえなくなる原因不明の疾患である。

歯科治療時などは手話や筆談などを利用する。

3) 平衡障害

体平衡が何らかの原因で破綻した状態である。自覚症状としてめまいが多い。平衡機能の著しい障害が永続するものは身体障害の範囲となる。

歯科的特徴はない。診療時に転倒、めまいの防止に努める。

4) 先天性無痛無汗症

全身性の無痛覚、無発汗および精神運動発達遅滞を主徴とする疾患。口腔と手指の自傷なども見られる。

歯科的特徴としては、下顎乳中切歯の萌出に伴い、舌の下面に重篤な潰瘍を生じることが多い。他の乳歯、永久歯の萌出のときにも舌の外傷を生じることがある。重度の齶蝕になっても痛みがなく、蜂窩織炎などを継発する。

4. 音声機能・言語機能・咀嚼機能障害

1) 音声機能障害

(1) 器質性構音障害

唇顎口蓋裂などに伴う構音障害では共鳴の異常と構音の障害がある。

(2) 機能性構音障害

発達途上の構音の誤り、特異な構音操作による誤りなどがある。

(3) 運動障害性構音障害

発声発語の神経・筋系が障害されると、運動麻痺、錐体外路性運動障害、運動失調などの症状が見られる。構音障害は、弛緩性、痙性、失調性、運動低下性、運動過多性、混合性に分けられる。

構音障害に対する歯科対応としては、構音機能を獲得する前の場合は4歳半頃から開始する。舌癖などが見られる場合は、口腔筋機能療法も行う。また、器質的構音障害の場合には、顎義歯、口蓋閉鎖床、バルブ型スピーチエイド、軟口蓋挙上装置、舌接触補助床など補綴的治療を行うこともある。

咀嚼障害は乳幼児期の発達の障害に起因することが多い。咀嚼運動には多くの器官、組織の協調が必要であり、その獲得のためには患者自身の自発的な運動を引き出す必要がある。

5. 精神および行動の障害

- 1) 統合失調症 (schizophrenia)
- 2) 気分障害 (mood disorder)
- 3) 神経症
- 4) 心身症 (psychosomatic disease)
- 5) 摂食障害 (eating disorder)

1)～5)の詳細は、p.518:第5章「5. 歯科(口腔)心身症」を参照。

(渡邊 裕)

10-3 認知症

1. 定義

認知症は「いったんは正常に発達した知的機能が、その後起こった慢性の脳の器質的障害のために広汎に継続的に低下し、社会生活を営めない状態」(WHO)と定義されている。

疫学

- 認知症高齢者数は462万人との推計値が厚生労働省研究班(2013年)から出され、2025年には700万人を超えるとの推計値が出されている。この状況は世界でも同様であり、2015年時点で約4680万人、2030年までに7470万人に、さらに2050年までに1億3150万人に達すると報告されている。
- 認知症は高齢者にのみに見られるものではなく、若い人でも認知症はさまざまな疾患に伴って出現する。認知症の原因疾患としてはおよそ70程度が知られているが、高齢者に限った場合、日本では約半数が「アルツハイマー型認知症」、3割が「血管性認知症」、1割がレビー小体型認知症との報告が多い。表1にこれら認知症タイプ別に特徴、治療法などをまとめた。

診断

- 認知症タイプで診断基準がある(表1)。それに基づき、脳を中心とした画像検査(CT(図4)、MRI、脳血流検査)を行い、さらに記憶・知的(認知)機能などに関する心理検査などの評価を行う。さらに、認知症に類似した症状を引き起こす疾患(うつ、譫妄など)との鑑別も行う。
- 認知症による認知機能低下および日常生活変化への評価法は、対象者への直接質問する様式のもと、観察式のものがある。前者は主に認知症診断を目的として診療室などで使用され、代表的なものに、長谷川式簡易知能評価

スケール改訂版(HDS-R)、mini mental state examination(MMSE)がある。後者は、本人を直接観察することや、家族・介護者からの情報を基に評価するもので、認知症の重症度を把握する目的で使用されることが多く、代表的なツールとして、clinical dementia rating(CDR)、認知症高齢者の生活自立度、functional assessment staging(FAST)などがある。

認知症の精神症状

- 認知症で生じる精神症状は中核症状と周辺症状*に分けられる(図5)。中核症状は認知症による脳機能障害の症状で、記憶や判断力、失語・失行・失認などの知的(認知)機能、段取りがわからない、予定が立てられないなどの実行(遂行)機能障害が含まれる。周辺症状とは、

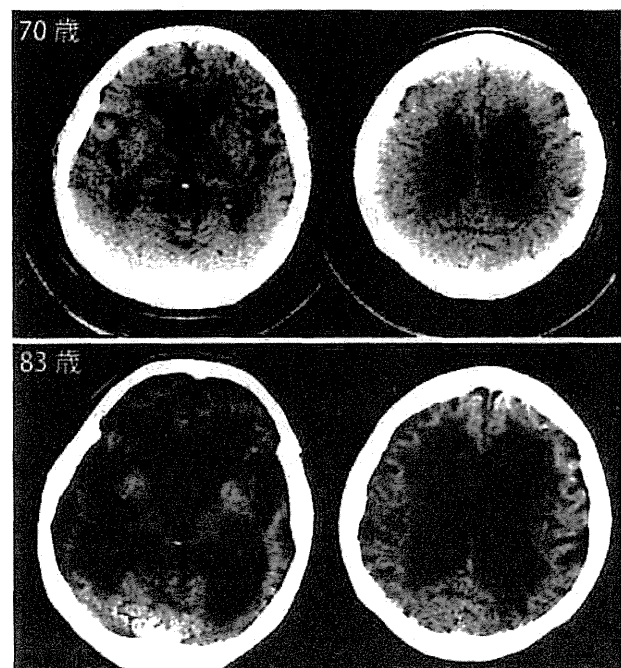


図4 アルツハイマー型認知症患者の脳のCT像
13年間で脳の萎縮が進行している。(脳の萎縮により脳室(黒く見える)が広がっている。)
(東京都健康長寿医療センターブレインバンク資料より)

表1 認知症タイプ別概要

	アルツハイマー型認知症	血管性認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭型認知症
特徴	65歳以上では最も多い認知症の原因疾患。病的には、大脳萎縮を伴う神経細胞脱落・老人斑、神経原線維変化が出現する。近時記憶障害(特にエピソード記憶障害が多い)を求め、視空間認知機能の障害も認める。重度化するに従い、失語・失行・失認などが生じる。	65歳以上では2番目に多い認知症の原因疾患。脳出血や脳梗塞など脳血管障害が原因で生じる。日本では小梗塞が多発することによる多発性脳梗塞(ラクナ梗塞)が多い。症状は、脳の損傷部位により異なる。以前は、脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症を混合性認知症と呼んだが近年は使用しない。	大脳皮質ニューロンに出現するレビー小体が病理学的特徴の一つである。認知症症状、精神症状、意識症状の著しい変動(日内、週内など)を認める。注意、覚醒レベルの変動があり、それに関連する認知機能の動揺を認める。具体的に詳細な内容の幻視を認める。多くの場合、パーキンソン症状を認める。	前頭葉と側頭葉の萎縮が緩徐に発症、進行する。早期から性格変化、社交性が消失。毎日、同じ時間に、同じ行動をとる(時刻表的行動)ケースが多い。手続き記憶、エピソード記憶、視空間認知機能は比較的保持される。運動性失語症候症状(進行性非流暢性失語)、語彙失語(意味性認知症)が認められる。
診断	複数の診断基準があるが、NINCDS-ADRDA診断基準が妥当性が高く広く用いられている。その中の臨床的診断基準として、認知症の臨床検査(知能検査など)で確認される、2つ以上の認知機能領域欠陥を認める。記憶および認知機能領域で進行性低下を認める、意識障害がない、などがあげられている。以上、臨床症状、心理検査結果、画像所見などを総合して診断する。	複数の診断基準が提唱されているが診断精度は低い。血管性認知症は病巣部位によりその臨床像は多岐にわたることから、均一的な臨床像(症候群)として集約できない点が明確な診断基準の精度が低くなる一因となっている。	レビー小体型認知症の改訂臨床診断基準(2005年)が最も広く受け入れられており、以下の2つの特徴により診断する。 中核的特徴: ①注意や覚醒レベルの著明な変化をともなう認知機能の変動、②繰り返される、典型的な形が明確で細部まで明らかな幻視、③特異性のParkinson症候 示唆的特徴: ①REM睡眠行動障害、②抗精神病薬への過敏性、③SPECTまたはPETで検出される基底核のdopamine transporter 取り込み低下。	前頭側頭型認知症は、前頭側頭葉変性症の3つの臨床症候群の一つとして分類されるが、神経病理的背景が多彩で有るためしばしば同義語として使用される。The Lund and Manheshter group (1994年)、Neary(199年)、McKhann (2001年)の診断基準がある。 本表にあげた日常生活上の状況が基準に包含されており、さらに画像所見として前頭側頭葉前部で異常も含め診断される。
精神症状	取り繕い、場合合わせの反応(一連の当該反応があるため、診療場面では認知症の進行が過小評価されることがあるので配慮が必要)、妄想(もの盗られ妄想)、意欲低下(アパシー)、易怒性も認める。	障害部位により異なるが、意欲の低下、自発性の低下、抑うつ症状、感情失調、夜間譫妄などを認める。	幻覚(特に幻視)、体系化された妄想、幻覚・妄想に基づく不安、焦燥、興奮、異常行動、注意や明晰さの顕著な変動を認める。意欲の低下などを認めるケースもある。	被影響性の亢進(周囲の影響を受けやすくなる)、脱抑制(抑制が効かないので、社会性が保てなくなる)、常同行動、自発性が低下する。特定の物事に執着するケースもある。
身体症状・神経症状	重度に進行すると、歩行障害、尿失禁が出現する。転倒を契機に身体機能低下が亢進するケースが多い。最終的には失外套症候群(全ての精神活動失われた状態)が出現する。高度に進行すると、筋剛直などの筋緊張異常、ミオクローヌス、痙攣発作などを認める。	脳血管障害の背景にある動脈硬化のリスク(高血圧、心疾患、糖尿病など)を認めることが多い。また、脳血管障害の結果として、排尿障害、歩行障害、麻痺、病的反射、仮性球麻痺に伴う嚥下障害、構音障害などを認めるが、脳損傷部位によって症状は異なる。	抗精神病薬に対する重篤な過敏症状、レム睡眠行動障害(レム睡眠中に夢に一致した行動)の出現を多くの場合認める。自律神経障害による繰り返される転倒・失神、一過性の意識消失が見られるケースがある。	特徴的な身体症状はない。一般的に、麻痺や拘縮など局所神経症状兆候は初期には見られない。運動ニューロン疾患型では、上肢に顕著な筋力低下と筋萎縮を認める。
治療	①中核症状である認知機能障害を改善する治療、②変性疾患進行過程に作用する治療、③BPSDの治療。 「アセチルコリン仮説」に基づきコリンエステラーゼ阻害薬(ドネベジル、ガランタミン、リバステグミン)、グルタミン酸神経系の過剰活性に着目して開発された、N-methyl-D-aspartate (NMDA) 受容体拮抗薬であるメマンチンが抗認知症薬として本邦では用いられている。	①認知機能障害を改善する治療、②BPSDの治療、③血管障害のリスク因子(高血圧、糖尿病など)への治療による、進行阻止および再発予防。	①認知機能障害を改善する治療、②BPSDの治療、③パーキンソニズムや自律神経症状に対する治療。 上記を目的とした薬物治療は他の症状を増強することがあり配慮が必要である。抗精神病薬に対する感受性が高く、パーキンソニズムを呈することがあるが、抗Parkinson病薬は幻覚、妄想などを増悪させる。 認知機能障害に対しては、ドネベジル、リバステグミンが有効とされるが、本邦では保険適応はない。	BPSDの治療。 十分に確立された治療法は無いが、選択的セロトニン再取り込阻害薬(SSRI)などの薬物治療が試みられる。

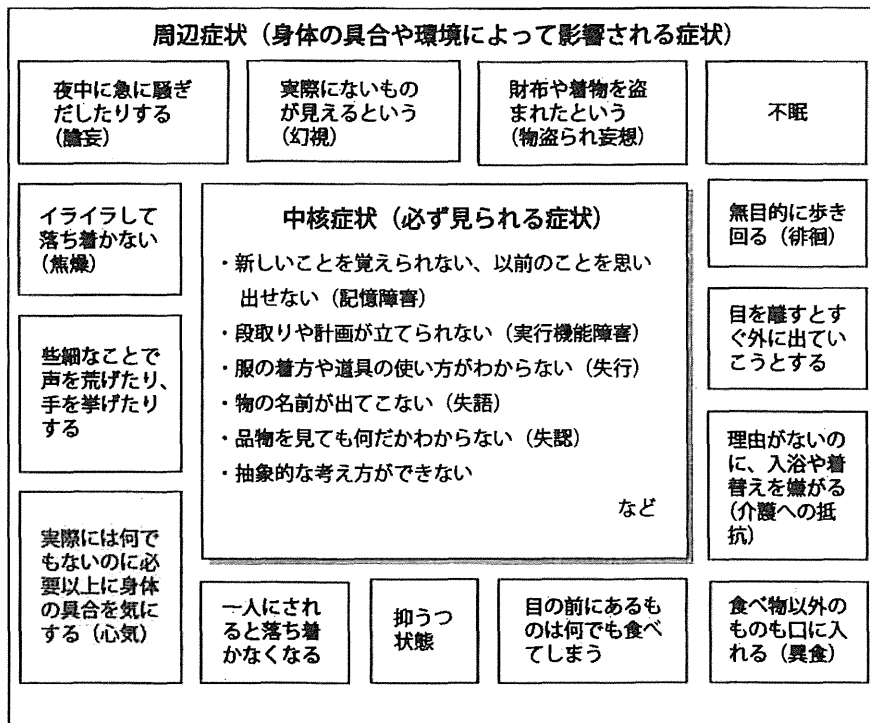


図5 認知症の中核症状と周辺症状

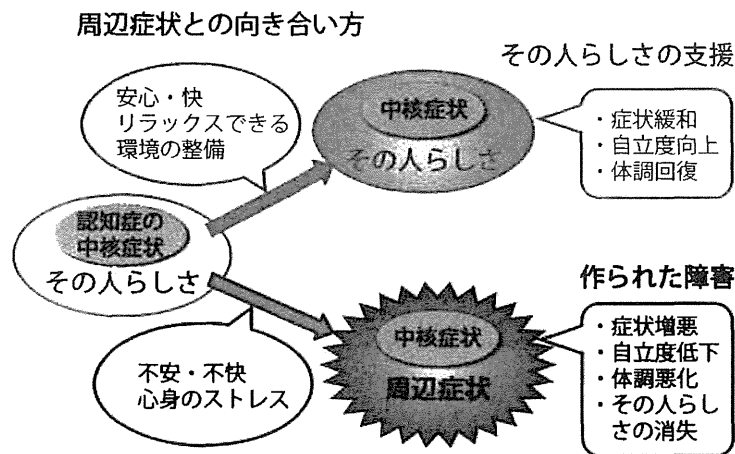


図6 パーソンセンタードケアのイメージ
 （「図解 認知症バリアフリー百科」TBS ブリタニカより引用）

中核症状によって二次的に出現するさまざまな精神症状や行動の障害をさす。周辺症状は身体疾患や心理環境要因などのさまざまな要因の影響を受け出現する。

認知症への対応

- ・前述のように認知症の症状には“中核症状”と“周辺症状”がある。現時点では中核症状

を改善する治療は困難であり、認知症の進行とともに徐々に障害の程度は悪化する。一方、周辺症状とは、身体疾患や心理環境要因などのさまざまな要因の影響を受け日常生活の中で顕在化する症状である。つまり認知症高齢者にとって不快な要因に囲まれていれば、できるはずのこともできなくなるが、心地よい

*：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) と呼ばれることが多くなった。

状況であれば穏やかな心で持てる力を十分に発揮できるということとなる。こうした特徴をケアに効果的に反映させたのが、世界的に最も広く知られている認知症ケア理論の一つであるパーソンセンタードケア (person-centered care : PCC) である。PCC は、疾患あるいは症状を対象にしたアプローチではなく、生活する個人を対象としたケアとされ、イギリスの心理学者 Tom Kitwood によって提唱された (図 6)。認知症高齢者にとって

周辺症状が現れている状況は、本人にとって“不安、不快、心身のストレス”がある状況と捉え、そうならないようにストレスの原因を把握し、“安心してリラックスできる環境”を整えていくことを主眼とする。現在薬物治療による認知症の根治は望めないことから、周辺症状を出現させない PCC などのケア視点が重要視されている。

(平野 浩彦)

参考文献

1. Wimo A, et al : The magnitude of dementia occurrence in the world. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 17 : 63-67, 2003.
2. 浦上克哉, 大内尉義 : 老年医学の基礎と臨床II 認知症学とマネジメント. ワールドプランニング, 2009.
3. 平野浩彦, 本間 昭 (編著) : 実践! 認知症を支える口腔のケア. 東京都高齢者研究福祉振興財団, 2007.
4. 平野浩彦 (共著) : 認知症ライフパートナー検定試験 - 応用検定テキスト. 中央法規, 2010.
5. 池田 学 : 認知症. 医歯薬出版, 2012.
6. 平野浩彦編著, 枝広あや子, 野原幹司, ほか : 認知症高齢者への食支援と口腔ケア. ワールドプランニング, 2014 年
7. 枝広あや子, 平野浩彦, 山田律子, ほか : 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 -. *日老年医雑誌* 50(5) : 651-660, 2013.
8. Sato E, Hirano H, et al : Detecting signs of dysphagia in patients with Alzheimer's disease with oral feeding in daily life. *Geriatr Gerontol Int.* 4(3) : 549-555, 2014.
9. Sakai K, Hirano H, Watanabe Y, et al : An examination of factors related to aspiration and silent aspiration in older adults requiring long-term care in rural Japan. *J Oral Rehabil.* 2015 Oct 3. doi: 10.1111/joor.12349. [Epub ahead of print]

Question 53

認知症の人に口腔ケアを行う際に、 アルツハイマー病、血管性認知症、 レビー小体型認知症では、 対応や方法に配慮すべき点がありますか？

枝広あや子（歯科医師）

Key Words アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、BPSD

Answer

どんなに熟練したスタッフでも、初めて会った認知症の人にはうまく口腔ケアを行えないものです。認知症の人のデリケートな口腔に触れるには、対象者とのコミュニケーションを通じて介入を受け入れやすいタイミングや会話の流れなどを熟知しておくことがポイントです。事前に認知症の原因疾患を確認し、普段から神経心理学症状や処方内容、日常生活上のエピソードなどを把握することが必要です。それぞれの認知症の人が抱えているさまざまな困難、そしてその心理状態を理解しようとするのが重要なポイントです。

■ 認知症の症状・治療が口腔に及ぼす影響

1 認知症の人の神経心理学的症状

*^①BPSD

Behavioral and psychological symptoms of dementia. 「周辺症状」とよばれるせん妄や抑うつ、徘徊などの認知症の行動・心理症状。

■ 中核症状と関連して発症する BPSD には、対象者中心のケアによる対応が主流。

◆ 認知症の神経心理学的症状は、記憶障害や実行機能障害、失認・失行・失語などの「中核症状」と、中核症状があることによって周囲の環境を把握しきれなくなって適切に対応できないことで起こってしまう「周辺症状」(BPSD *^①) に分けられます。

◆ 認知症の人が社会性をもつ大人として自立して生活したい想いと、徐々に進行する中核症状により周囲の世界を把握しづらくなることの狭間で苦しい思いをしている時期には、いっそう BPSD が出現しやすいといえます。現在は BPSD に対しては、薬剤による治療よりも、ケアによる対応のほうが主流です。BPSD へのケアは、認知症の人を中心に、その人にとって心地よい環境を提供し BPSD を可及的に軽減するように行います。

■ 精神科薬剤投与により口腔内にもさまざまな影響が生じる。

◆ しかし考えられる限りのケアを行っても BPSD に対応困難な場合には、医師より精神科薬剤などが処方されることとなります*^②。

*^②精神科薬剤による認知症の人への影響

認知症の人にとって、特に精神科の薬剤は副作用が起こりやすく、また多剤服用 (polypharmacy) により思わぬ副作用が出現して神経心理学症状や身体症状も生じる。さらに加齢変化や依存疾患の影響なども相まって、口腔内環境にもさまざまな影響が及ぼされる。

2 投与薬剤の副作用として現れる口腔内のトラブル

■ 抗コリン剤の副作用により口腔乾燥や口腔機能低下などが生じる。

◆ 薬剤の副作用によって起こりやすい口腔のトラブルの代表が、抗コリン作用による唾液量の減少や口腔乾燥、錐体外路症状による嚥下反射遅延、過鎮静による意識レベ

表1 精神科薬剤の副作用〔文献¹⁾より〕

		過鎮静	抗コリン作用	鏡体外路症状	その他
身体・認知機能への影響		覚醒レベル不安定, 注意力低下	唾液分泌障害, 口腔乾燥, 便秘, 排尿困難, 徐脈, 認知障害	筋強剛, 安静時振戦, 仮面様顔貌, 動作緩慢, 構音障害, 嚥下障害, アカシジア, ジストニア	
抗精神病薬	定型	++	++	++	悪性症候群
	非定型	++	+	+	悪性症候群
抗うつ薬	三環系・四環系	++	++	-	セロトニン症候群
	SSRI・SNRI	+	-	-	セロトニン症候群
抗不安薬・睡眠薬		++	-	-	
抗けいれん薬			++	-	-

++：高用量で発生の可能性が高い，+：発生する可能性がある，-：発生する可能性が低い

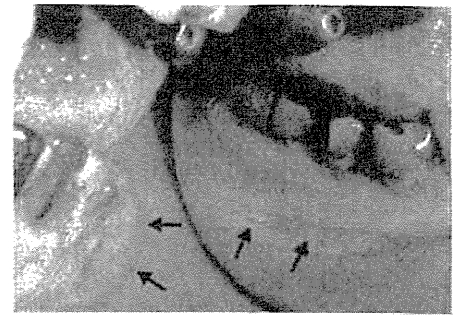


図1 薬剤の口腔内残留により潰瘍形成した症例

顎堤と頬粘膜の間に広範囲な溝状の潰瘍を形成（右は鏡像）。

ルの不安定さなどです（表1）¹⁾。身体状況や体格の変化（体重減少など）、他の内服薬の中断、認知症の進行に伴い、1年前にはちょうどよい処方量であった精神科薬剤でも、急に副作用が出現することも少なくありません。認知症が進行性の疾患であることを十分に理解したうえで、薬剤と上手につきあう必要があります。

■薬剤の口腔内残留による潰瘍・粘膜炎にも注意が必要。

◆薬剤経口投与に関し、認知症の人の口腔機能低下や嚥下反射の遅れ、口腔内への食物溜め込みに加え、開口困難でなかなか口腔ケアが十分にできない場合は、薬剤の口腔内残留による潰瘍にも注意しなければなりません（図1）。認知症の人の口腔内の知覚が鈍化している場合では、口腔内に潰瘍があっても疼痛を感じることがない、または感じていても表現できないことも少なくありません。潰瘍や粘膜炎など痛みを生じるような口腔粘膜疾患がある際は、よりいっそう開口困難になるため、痛みを留意しながら手早く確認し、歯科診療につなげることが重要です。

■認知症の人への口腔ケア時の留意点

1 認知症の人への身体介助の際の配慮

*◎原因疾患に応じた口腔ケアの留意点

①血管性認知症…脳の損傷部位による症状の個人差が大きく、病名のみで口腔ケアの困難さを判断することはできない。変性性認知症との違いは麻痺や知覚障害、失語などの巣症状（脳血管障害部位に応じた機能障害）があることで、それらは経過の中で加齢や廃用に修飾されて進行する²⁾。

■安心できる環境作りと不安・恐怖を取り除く身体への触れ方に留意する。

◆精神科薬剤は、上手に使用すれば、身体介助に対するBPSDも制御することができます。しかしどうしても、口腔ケアなどのとてもデリケートな部分への介入に対しては、防衛反応としての拒否行動・言動が起こりやすいものです。

◆介助者の言葉や表情を理解できない状態の認知症の人が、急にデリケートな部分を触られたときの恐怖感を想像してみましよう。口腔ケアを行う際には、認知症の人にとって安心できる環境を作り、口腔ケアを行う意図や行為の内容がわかりやすいように伝える工夫、不安や恐怖を取り除く身体への触れ方が重要になります。認知症の中核症状の存在を理解することによって、言葉かけや言葉以外の伝え方も工夫できます。

②アルツハイマー

病…認知症が重度になる頃までは口腔咽喉に関する機能低下は緩徐、軽度や中等度の時期に見当識障害や理解力の低下が進み始めると身体介助に対する拒否行動・言動が出現してしまう人も多く見受けられる。自尊心を傷つけないように日常生活行為（特に口腔ケアを含む清潔行為）へ誘導するための工夫が必要³⁾。

③レビー小体型認知症…一日の中でも覚醒の変動や認知機能の変動があり、また記憶障害が軽度な早期から錐体外路症状による嚥下障害が出現するという特徴がある。比較的理解力があり、十分会話に参加することができる時期でも、咽喉感覚の低下や嚥下反射の遅延などの嚥下障害が出現することが多いため、口腔ケア中の水分や姿勢の保持、含嗽（うがい）などには注意が必要である⁴⁾。



図2 血管性認知症のAさんの場合 (Case 1)

リビングで口腔ケアを行おうとすると失語のため理解できず易怒性が出現し非協力的になってしまうが、洗面台で歯ブラシをみせてからケアを行うパターンの継続により、洗面台での口腔ケアに応じてくれるようになった。

2 認知症の原因疾患による口腔ケア時の留意点

原因疾患の特徴による留意点の違いをとらえる。

◆認知症の原因疾患はさまざまですが、血管性認知症とアルツハイマー病、レビー小体型認知症では、それぞれの原因疾患に口腔ケアの際に把握しておいたほうがよい特徴があります*③。

十分な関係作りにより適切な口腔ケア法を探る。

◆実際に身体に接触するケアを行う際には、対象となる人の認知症の進行具合や原因疾患に加え、人生の歴史や性格までも把握した関係作りをするとともに、適切なケアの方法、タイミングなどを探っていく作業が重要になります。

◆認知症の人に健忘症状があるといっても、「慣れ」、「なじみ」、「習慣」が利用できることも多いものです⁵⁾。たとえば、いつもの介護者の微笑み、毎回同じような優しいトーンの温かい声かけや握手の仕方をするだけでまずは慣れてもらうこと、そして毎回同じようなタイミングで他の利用者と同じように口腔ケアをするような習慣作りをすることが、ケアの一步です。

CLINICAL CASES

Case 1 血管性認知症の人の症例

Aさんは脳血管障害により右側の片麻痺、失語、理解力の低下がある人です。特養に入所したての頃は、会話において文脈の推測ができていたようで、片言ながらも受け答えができましたが、数年後には言語的な指示は伝わらなくなり、また身体が思うように動かないことでやりたいことができずに易怒性が出現しました。失語と理解力低下の進行から、「歯みがきしましょう」というリビングルームで口腔ケアをしようとしても、協力を得ることが困難になってしまいました。

しかし失語があっても、物品をみせたり、指さしするなどの視覚的情報は比較的理解しやすいようだったので、毎回の口腔ケアは、①必ず同じ洗面台で行うこと、②言葉での誘導は最小限にして、歯ブラシをみせて理解してもらうことを徹底して継続しました。そうしたかわりを継続して数カ月、しだいに歯ブラシをみると口を開けてくれるようになり、コップをもって洗面台に吐き出せるような姿勢を介助することで、うがいもできるようになりました(図2)。

Aさんの場合は、機能は保存されていても、認知症の症状があることで、ケアに協力できない例でしたが、物品をみたときに物品の意味が理解でき、物品と行為の関連付け(洗面台-歯ブラシ-歯みがき、コップ-前傾姿勢-ブクブクうがい)ができることを、度重なるかわりと観察の中から見出したケア戦略でした。

Case 2 アルツハイマー病の人の症例

- ☞ Bさんはアルツハイマー病があり身体全体の廃用によりリクライニング車いすで生活している人です。食事は介助によってミキサー食の経口摂取をしていますが、口にたくさん食事を頬張ったまま飲めずに困っている姿も時折みかけるくらいの嚥下障害、口腔咽頭筋の廃用性萎縮があります。認知症や廃用の進行に従い「口腔ケア時に不機嫌になってしまい、くいしばってしまうのでケアが困難。協力できるときとできないときの差がある」という報告が介護担当者からあり、様子を観察してみました。
- ☞ 体調の差もあるようでしたが、口腔ケアに協力できないときは、①介助者が抑揚のない声で淡々と歯みがきを開始している、②くいしばってしまうため、「開けて」など指示系の言葉が多い、③本人が嚥下したいタイミングでもケアを継続してしまっている（Bさんは苦しくなってしまう）、などという特徴がありました。
- ☞ 一方で上手に協力できるときの口腔ケアは、①口腔ケア開始前にも天気の話や雑談をして、Bさんの笑顔を引き出している、②開口しなくてもケアできる部分をみがきながら自然に開口するのを待っている、③時折閉口してもらい、息継ぎや嚥下、咳払いを誘導している、という特徴がありました。
- ☞ 口腔咽頭筋の廃用性萎縮があると、開口し続けるための筋肉の持続力も低下しているので、開口保持困難になります。また開口させ続けることで、ケアの際に出てきた唾液が咽頭に貯留し苦しくなってしまいます。こうした高齢者の口腔咽頭機能の特徴を理解することも、安全で心地よい口腔ケアには重要です。本例はさらにBさんの特徴を把握することで、さらに心理的な負担感をもコントロールしてケアを行っている例です。

Case3 レビー小体型認知症の人の症例

- ☞ Cさんは冗談をいってくれるぐらい理解力良好な人ですが、会社の重役をしていた人なので、プライドの高さから、特に男性介護職員に対しては口腔ケアをさせてくれませんでした。レビー小体型認知症による錐体外路症状が出現していて、いつも咽頭の唾液貯留がありガラガラとうがいをしているような声で話をします。また後頸部が固縮してきていて、自由に姿勢を変えることができない様子です。食後の口腔ケアが困難だと、歯間や義歯に食物残渣が付着したままで過ごすこともあり、歯周炎やう蝕も進行していくことが予想されました。嚥下障害も心配です。
- ☞ そこで新しく作った義歯に満足していることを利用して、「やっぱり歯がそろって素敵ですよ」「歯が入って声がしっかり出るようになりましたね、すごい」などの褒め言葉、また「Cさんがいることがとても役に立っている」「ありがたい」などの感謝の言葉、「お手伝いさせてください」というお願いの言葉を使ってケアの導入を試みました。
- ☞ ほどなく心理的な抵抗も減ったばかりか、口腔への介入による心地よさを理解してくれてケアに協力してもらえるようになりました。姿勢と嚥下障害に関しては、水分が咽頭に落ちないで口腔外にこぼれてくれるように（タオルで吸い取る）ケアを行い嚥下障害に対応しています。

REFERENCES

- 1) 山本敏之：向精神薬の種類と作用。精神疾患の摂食嚥下障害ケア（高橋清美，戸原 玄編著）。医歯薬出版，東京，51～54，2014。
- 2) 枝広あや子ほか：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)：651～660，013。
- 3) 枝広あや子：変性性認知症概論。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，食べられる食事がわかる（吉田貞夫編）。医歯薬出版，東京，113～119，2014。
- 4) 枝広あや子：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）。ワールドプランニング，東京，27～50，2014。
- 5) 枝広あや子：口腔からみる認知症の人へのアプローチ（No.2）認知症の人へ歯科支援を行うための基礎知識。デンタルハイジーン，32(11)：1176～1179，2012。

