

歯科との連携をどうする
—高齢者の生活を支えるために—

4. 認知症の食を支える視点

Edahiro Ayako
枝広あや子

特集

歯科との連携をどうする
—高齢者の生活を支えるために—



Edahiro Ayako
枝広あや子*

*東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム認知症とうつの介入の促進

4. 認知症の食を支える視点

はじめに

認知症とは、何らかの脳の病的変化によって認知機能が障害され、それによって日常生活や社会生活に支障を来した状態である。認知症の諸症状が出現し始め、社会的・身体的困難が複雑化する状況においては、口腔に関する諸問題は後回しにされがちである。特に精神疾患を抱える高齢者においては、多くの口腔諸問題は明らかな自訴がなければ受診勧奨されることも少なく、対応が後手に回るのが現状である。臨床的に著しく生活に支障を来すような口腔症状の発症、あるいは経口摂取困難となってから歯科受診することになるケースも少なくない。認知症高齢者の口腔に関する諸問題は“食”の困難に直結するため、栄養障害の負のスパイラルを起こさないためにも、早期に適切に対応する必要がある¹⁾。そのためには、認知症の原因疾患、進行と経過に伴う生活機能低下および口腔機能・摂食嚥下機能低下のイメージを把握することで、それぞれの患者の背景に配慮した予知的な療養計画のもとに、適切な連携をとることが可能になる。

認知症高齢者の食に関する困難

認知症の原因疾患を大きく4疾患挙げるならば、脳血管障害に起因する血管性認知症(VaD)と、変性性認知症としてアルツハイマー病(AD)による認知症、レビー小体型認知症(DLB)、前頭側頭型認知症(FTD)であろう。本稿では誌面の関係から主にADについて記述する。

ADの中核症状とは、脳機能に生じた障害が直接反映される記憶障害、実行機能障害、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である(図1)²⁾。一方、周辺症状は認知症の行動・心理症状(behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)と呼ばれ、認知症の80%前後がBPSDを合併すると報告されている³⁾。食事の場面であれば、異食、手掴み食べ、過食、盗食などがそれに当たる。認知症患者に記憶障害や理解力低下、見当識障害があることにより、自ら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)⁴⁾。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症状である。例えば「声掛け」「声色」や話しかけてくる人の「表情」、肩を触る、手を握るなどの「触り方」も環境刺激の1つである。認知症を取り巻く物、人、その行動、すべてが環境刺激であると認識して、認知症高齢者1人ひとりに応じた適切な環境に調整する必要がある。

ADの中核症状は、食事行動のうち本人を取り巻く時間経過や食事環境、提供された食物、食具などを把握し、適切に注意を向けることを障害する⁵⁾。例えば食事を目の前にしても摂食行動を開始できず混乱して別の行動を起こす、または行動を起こすことができない摂食開始困難、また食具使用困難、食事の中断などが起こる⁶⁾。

中等度ADでは摂食行動が障害されていても咀嚼や嚥下機能の低下が軽度であれば、誤嚥リスクは少ない

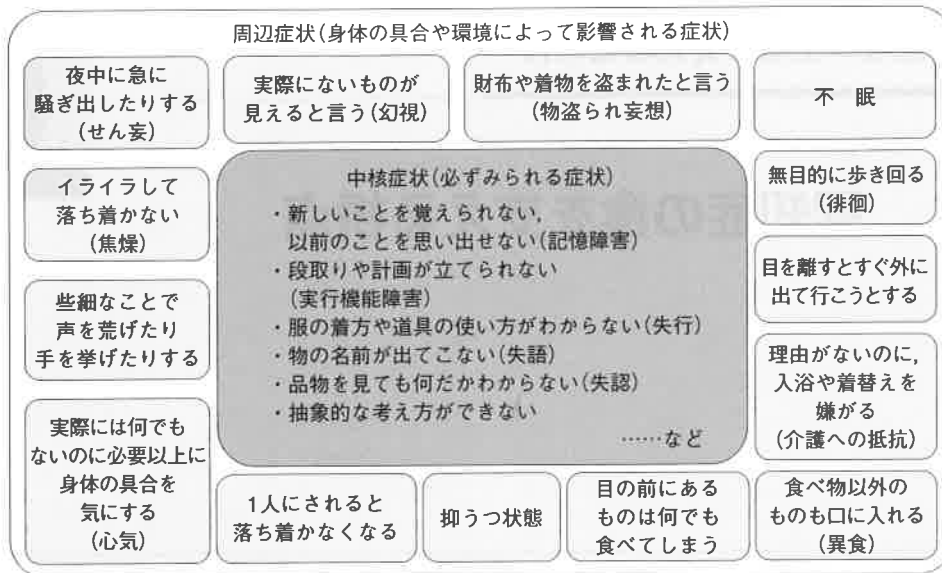


図1 認知症の中核症状と周辺症状

(文献2より改変引用)

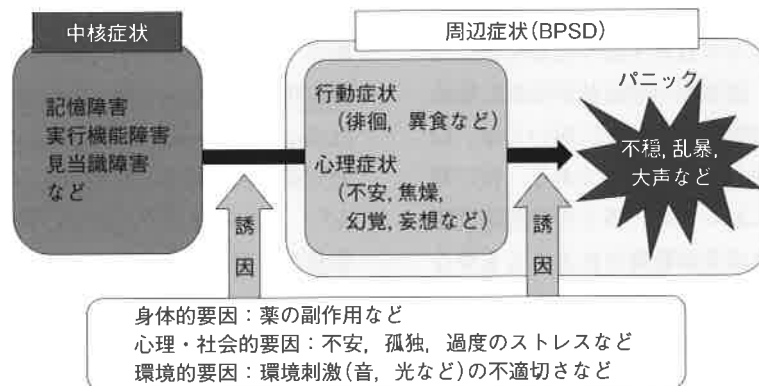


図2 認知症の中核症状と周辺症状(BPSD)の関係

(文献4より一部改変引用)

が、進行とともに神経伝達物質の異常や神経原線維変化などにより次第に咀嚼の協調運動は障害され、リズムミカルで複雑な咀嚼の動きが失われる。さらに進行すると口腔内での移送が困難になり、溜め込み、吐き出しなどの症状が起こる。ADが最重度に至ると嚥下反射の惹起や、喉頭挙上が障害され、咽頭期嚥下障害となり誤嚥が起こりやすく、結果として体重減少、免疫力低下が起こる。ADの重症度評価のうちFunctional Assessment Staging (FAST)⁷⁾の進行過程に沿った口腔咽頭機能の低下と口腔衛生管理の要点について表1にまとめる^{7,8)}。

他の原因疾患ではVaDにおける脳血管障害の局在に応じた摂食嚥下障害⁹⁾、DLBにおける意識レベルの変動、錐体外路症状に関連した摂食嚥下障害¹⁰⁾、FTDの

脱抑制や被影響性の亢進などの症状に関連した過食・詰め込み食べなどの食行動変化¹¹⁾が知られている。原因疾患別の食行動と対応の要点を表2に示す。こうした食行動変化に対しては治療(キュア)するよりも、観察評価からそのとき生じている困難の原因をアセスメントして、混乱を生じる環境因子を調整し、表出される臨床症状への支援(ケア)を行う視点が必要である。

認知症の口腔管理の困難

1. 器質的な口腔管理

認知症を有する人では、口腔のみならず生活や身体全般のセルフケア、整容行動が困難になることは周知のとおりである。認知症の発症前後から口腔のセルフ

表 1 FASTによる認知症重症度評価と関連したアルツハイマー病の口腔のセルフケアおよび摂食嚥下機能と口腔機能管理の要点

FAST	既存のFASTの特徴	口腔のセルフケアと口腔機能	摂食・嚥下機能	口腔衛生と食の支援の要点
正常	認知機能低下は認められない。	自立している。	正常。	特に支援なし。
年齢相応	物の置き忘れを訴えるが、年相応の物忘れ程度。	おおむね自立している。	正常。	料理の手順などへの支援。
境界状態	日常生活の中で、これまでやってきた慣れた仕事(作業)は遂行できる。一方、熟練を要する複雑な仕事を遂行することが困難。新しい場所に出掛けることが困難。	一見自立しているが、セルフケアの精度は低下している。	正常。	新しい清掃用具を導入する場合は支援が必要。
軽度	夕食を招く既取りをつけたら、家計を管理したり、買い物をする程度で済む仕事で支障を来す。例えば、買い物で必要なものを必要な重さだけ買わなかったり、誰かがついていないと買い物物の勘定を正しく払うことができない。入浴や更衣など家庭内で日常生活はおおむね介助なしで可能。	口腔清掃のセルフケアが不十分になる。忘れられていることが多くある。誤嚥が頻発する。ガーゼ、ガーゼ、ガーゼが自立している。	大きな問題はないが、咀嚼が不十分になりがちである。	清掃用具の支援に加え、口腔清掃行為の誘導や、日々の習慣化などに配慮する必要がある。介助の受け入れは自尊心が障害となり困難な場合が多い。
中等度	買い物をするときにはできない。自動車の安全な運転ができない。明らかに釣り合いのとれない組み合わせで服を着たりし、季節に合った洋服を自分で選べなくなることが多くなる。毎日の入浴を忘れることもある。入浴させるときにもな人とかなだめすかして認得することが必要なこともあるが、入浴行為は自立している。感情障害や多動、睡眠障害がある。	口腔清掃を1人で遂行することは困難。誘導や介助が必要。義歯をしまいいいこと紛失することがある。ガーゼが困難になる。	口腔の巧緻性の低下、咀嚼運動の協調性の低下、咀嚼力低下が起こり始める。目の前に食べ物があると食べやめようとする。	口腔清掃行為の誘導に拒否が起こらないように、本人のリズムに合わせて必要がある。義歯紛失に注意が必要。食事の様子の変化を注意深く観察し、対応方法を工夫する。
やや高度	(a)寝巻の上に着替える重ねて着てしまう。靴ひもが結べなかったり、ボタンを掛けられなかったり。左右間違えて靴を履いてしまうことがある。 (b)入浴時、お湯の温度、量を調節できなくなったり、体をうまく洗えなくなる。浴槽に入ったり出たりする時、風呂上りに着替えを忘れたり、風呂掃除が面倒になる。風呂掃除が面倒になる。嫌がるという行動がみられることもある。 (c)トイレで用を済ませた後、水を流すのを忘れたり、拭くのを忘れる。用後に服をきちんと直せなかったりする。 (d)尿失禁、適切な排泄行動が起こせないことがある。 (e)便失禁、攻撃的行為、焦燥などがある。	口腔清掃に介助が必要。ガーゼが困難な難だがリンスングは使えなくなっている。 歯ブラシの使用が困難になってくる。口腔清掃をしたがらない。 口腔清掃をしなかったり、複雑な義歯の着脱、取り扱いが困難になってくる。 口腔清掃をしながら、複雑な義歯の着脱、取り扱いが困難になる。	食べ物の種類に合わせた食べ方が困難になり、機会認識が低下する。 嚥下の協調運動が困難なことがある。隣人の皿から食べることがある。 口腔内での食物の処理、食塊形成が的確にできず、食形態によってはおもむきで嚥下になる。 食形態によっては飲み込めない、口唇閉鎖機能が低下し始める。 舌運動機能低下があり、食べ方と嚥下機能の協調の不整合による誤嚥が認められる。 口腔清掃はセルフケア後に介助する必要がある。嚥下機能に合わせて食形態を変更する。	食事中、咀嚼せずに丸呑みしたり頻張りすぎないように食具の大きさを適切に配慮する。 口腔清掃を誘導し、必要があれば介助清掃するが、介助の導入は配慮が必要。食事の提供の仕方や、食具に配慮が必要。 食形態に配慮が必要。義歯の着脱の支援が必要。口腔清掃の介助は本人のリズムに合わせて行う。 理解力低下に伴う口腔清掃拒否に配慮し、セルフケアも促しながら介助を行う。 口腔清掃はセルフケア後に介助する必要がある。嚥下機能に合わせて食形態を変更する。 口腔清掃はすべて介助する必要がある。
高度	(a)言葉が最大限約6語程度に限定され、完全な文章を話すことがしばしばは困難となる。 (b)理解し得る言葉が限定され、発語も限られた1つ程度の単語となる。 (c)歩行能力の喪失、歩行のバランスがとれない、拘縮がある。 (d)着座能力の喪失、介助なしで座位を保てなくなる。 (e)笑う能力の喪失。 (f)無表情で寝たきり。	セルフケア困難、コップを渡してもリンスング困難、しばしば水を飲んでも飲まない。 リンスング不可。 義歯使用困難になる。介助清掃時の水分をむせる。 口腔清掃時の水分や唾液も誤嚥しやすいため、介助清掃では水分の拭き取りが必要。 セルフケア不可能。口腔乾燥があり、積極的な保湿の必要がある。	水分嚥下困難になる。嚥出反射が起こりにくく、弱い咳しが出せない。 舌圧低下、嚥下反射が遅延し、水分嚥下時にむせる。嚥出はあっても弱く肺炎リスクがある。 唾液でも誤嚥する。嚥出が困難で、リライニング位にする必要がある。食欲低下がある。 口腔筋は弛緩しがちで、口腔乾燥しやすい。さらさら呼吸機能低下、嚥出困難がある。	口腔感覚の覚醒を目的に、食事前に口腔ケアを行う。水分の誤嚥に配慮する。 誤嚥に留意して、姿勢に配慮してケアを行う。食事介助が必要で、一口量、ペーシングに配慮する。 介助口腔清掃時の水分は咽喉頭に侵入しないように拭き取る。食事介助は疲労を避けて補助栄養も検討する。 口腔機能の低下から口腔乾燥になりやすいく、積極的に保湿する必要がある。 介助の口腔清掃は疲労を避けるように行う必要がある。積極的に保湿する必要がある。

(文献7、文献8より改変引用)

表2 原因疾患別の食行動と対応の要点

原因疾患	神経心理学的症状 (代表的なもの)	臨床的な課題 (特に食事に関する代表的なもの)	対応の要点
血管性認知症	失語 空間認知障害 注意障害など ※運動障害	言葉の指示の理解が難しい 半側空間失認により食卓・食器の一部に注意を向けられない 摂食動作がうまくできない、食具からこぼす、口からこぼす 注意を向けられない 食具を適切に取り扱えない、手で食べる 適切な姿勢が保てない 嚥下反射が惹起されにくい、嚥下反射が遅延する、 飲み込みが上手くできずむせる (障害部位により個人差が大きい)	ADLの障害と理解力・記憶力の障害が伴わないことが多いため、それぞれの機能のアセスメント、阻害要因のアセスメントを適切に行い、個別に対応する。 食具使用困難には自助食器の使用、固形物摂食時のむせには食形態の調整など代償的方法を活用する。
アルツハイマー病	記憶障害	過去のエピソード全体を忘れる(食べたことを忘れる)	物忘れの不安により質問が多いときでも真摯に対応する。
	実行機能障害	混乱して食べ方(摂食行為)の段取りがうまくつけられなくなる 声掛けで混乱する、周囲の環境刺激で混乱する	混乱しているときは、さらなる混乱を避けるように穏やかに丁寧に対応する。摂食行為を順番に1つずつ誘導する。食事に集中できるように周囲の環境刺激を調整する。
	失語 失認 失行	言葉の指示、特に長文の理解が難しい 時間や状況の判断ができない 食べ物を食べ物だと認識できない 自分の食事と他人の食事の区別がつかない 食具の使い方がわからない 食具を適切に取り扱えずに手で食べる 口腔顔面失行(口腔の協調運動の障害)、口の中に溜め込む、飲み込まない	行う指示は一度に1つ、短く簡単な言葉で伝える。 相対的指示を活用する。 使用物品、使う動きを見せて、あるいは手を取って誘導し行動を促す。 食具使用困難では、手で食べる料理の提供 口腔顔面失行で咀嚼や送り込みが困難であれば食事姿勢や食事形態を調整するなど代償的方法を活用する。
前頭側頭型認知症	時刻表的行動・常同行動 脱抑制 口唇傾向 保続	スーパーの試食をすべて食べてしまいう いつも同じ食べ物を同じ時間に食べる 他の人の食べ物でも食べてしまう 鉢権えの葉や壁紙など食べ物でないものを食べる 食事中に立ち去る 早食べ、詰め込み食べ、かき込み食べ 嚥下せずにつまみ食いも咀嚼し続ける	他の人の食べ物食べてしまふ場合は“禁止”よりは“別のものに誘導”するように促す。 大皿からかき込みむように食べる場合は皿を小分けにして提供する。 ゆつくり咀嚼するように模倣を取り入れ促す。 早食べなどで窒息リスクのある場合は、食形態の調整、介助ベースの調整などで対応する。
	失語	言葉のコミュニケーションがとりにくく 声掛けで適切な行動に導くことが困難	使用物品を見せる、模倣を促す。
レビー小体型認知症	相空間認知障害 幻視	食器と食具の位置関係がうまく調節できず上手くすくえない 食具を口までうまく運べず、顎や鼻にあたってしまいいこぼす 食べ物に虫が入っているように見えて、食べたがらない、怒る	動作の不自由さをさりげなく支援する。幻視は本人にとっては真実であることを認識し、よく話を聞いた上で本人の納得のいく対応をとる。 照明の調節やメガネの使用により幻視機会が減る。
	※錐体外路症状	※パーキンソン症状、嚥下機能低下、流涎 振戦によって食具をうまく取り扱えない 食事の後半でむせる、食事に時間がかかると、むせる パーキンソン病薬の血中濃度低下時に著しい嚥下反射遅延(起床時に口に 入れた薬剤が1時間経っても嚥下できず口腔内に残留しているなど)	早期より嚥下機能アセスメントを継続的に行い、症状の日内変動を把握する。 パーキンソン病薬の血中濃度に注意して、錐体外路症状が軽度となった時間帯に食事をすすめるなどの対応をする。
	認知機能・覚醒の変動 うつ・アパシー	はつきりしているときとぼんやりしているときがある 覚醒レベル低下時に嚥下困難、むせる	食事中の覚醒レベルの低下は嚥下障害を悪化させるため、一旦食事を中止し、覚醒しているときに提供する。

※は認知機能障害ではなく神経症状

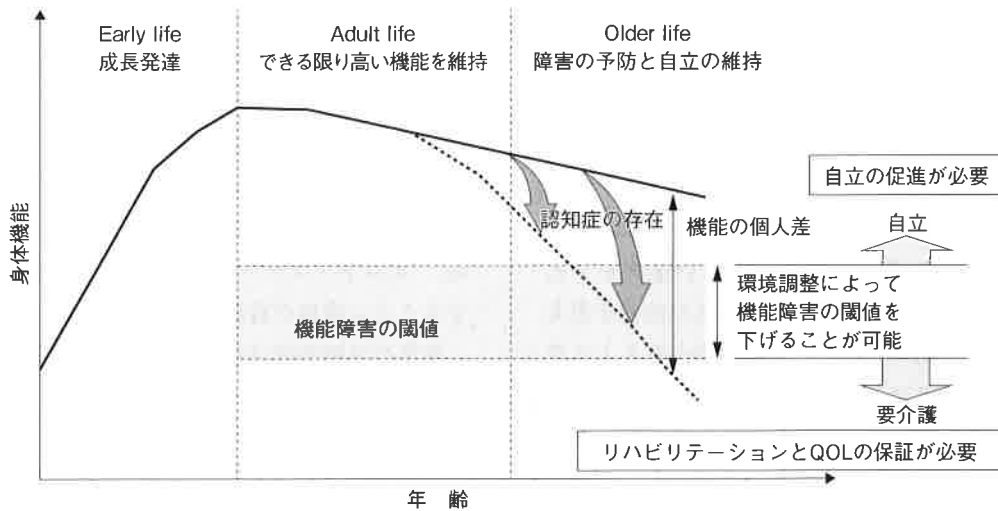


図4 高齢期における疾患に影響された機能の個人差

(WHO/HPS, Geneva 2000を改変引用)



図3 歯による口腔粘膜潰瘍

咬合関係が崩壊した結果、力学的な負荷がかかった天然歯が移動したため、口唇の潰瘍の原因となった。

ケアに対する意欲低下が生じ、歯磨きに要する上肢の巧緻性が低下すること、また口腔にトラブルが生じても適切に表現できないことから、認知症高齢者の口腔内の状態は悪化していく。糖尿病や高血圧などの基礎疾患、喫煙習慣、歯列不正などがあればより一層その傾向は強くなり、歯の喪失リスクが高まることは広く知られている。白歯の喪失を未治療のまま経過しているうちに、バランスの崩れた咬み方によって残存歯は顎骨内を移動し、しだいにより不潔になりやすい複雑な口腔内へと変化していく。そうなる咀嚼に支障が出るばかりでなく、移動した歯によって粘膜に潰瘍ができることもしばしばである(図3)。

2. 機能的な口腔管理

認知症の発症後、記憶障害や見当識障害などにより周囲との会話がうまくできなくなることから自信を喪失し、会話頻度が減少するなど、口腔顔面の活動が減

少していく¹²⁾。また認知症中等度以上でダイナミックな咀嚼の動きが喪失し、咀嚼能力を必要としない食物の摂取が繰り返されると、より咀嚼筋の活動は減少する。このように口腔を複雑に動かさない生活によって、口腔顔面咽頭の筋力低下や筋量低下、粘膜の伸展性の低下が生じていく。加齢に関連した摂食嚥下障害の要因の1つは、加齢による口腔咽頭感覚の鈍化と筋力低下であるが¹³⁾、それに相乗して、認知症による口腔顔面失行や錐体外路症状が機能低下を加速させてしまう(図4)¹⁴⁾。

認知症の進行経過を通じて、こうした器質的・機能的な口腔諸問題が生じることを踏まえ、認知症と診断された高齢者では早期からの予知的な治療計画や、歯科への受診を継続することが非常に重要である¹⁵⁾。同様に、歯科医療だけでは認知症高齢者の口腔を管理できないことは自明であり、日常生活の中で継続的な口腔に関する支援が可能になるよう、家族や介護従事者への歯科口腔保健教育が望まれる。

人生の最終段階にある認知症高齢者の食と口腔

2015年、厚生労働省より「終末期医療」は「人生の最終段階における医療」という表現に切り替えられたが¹⁶⁾、認知症の進行ステージにおいてはFAST 7d(表1)から「人生の最終段階」とであると認識されていることが多い。ASPEN(American Society for Parenteral and Enteral Nutrition)のガイドラインにおいては重度認知症での人工栄養投与は推奨されておらず¹⁷⁾、認知症

高齢者の最終段階の栄養投与方法に関しては家族や介護従事者、複数の専門職による意思決定プロセスが必要である¹⁸⁾。経口摂取による必要量の摂取が困難になる経過の中で、家族への情報提供と療養方針の決定のためには、口腔機能と摂食嚥下機能のアセスメントとそれらの情報を含めた専門職カンファレンスは非常に重要な要素である。人工栄養を行わない選択をするケースでは、認知症高齢者本人の残された能力を最大限発揮し、かつ負担や苦痛なく満足を得られるような経口摂取を行うことが、非がんの緩和ケアとなろう¹⁹⁾。

具体的には、重度認知症になり緩徐な経過で、介助摂食でスプーンからの捕食が困難となったり、口腔内に溜め込み飲み込まない、自分の唾液でも咽頭貯留あるいはむせている所見がある、発熱を繰り返す、食事時間に覚醒維持が困難で、必要量を摂取できない、といった所見の時期から緩和ケアを意識する必要がある。医科歯科連携および医療介護連携により、人生の最終段階となった認知症高齢者の安全な食形態や姿勢を提案する。さらには頸部や顔面などのマッサージと口腔衛生管理を行った上で、覚醒状態が良好な時間帯に好みの味の食べ物を望むだけ安全に食べていただくこと、また、水分摂取量の減少により乾燥する口腔内には保清と保湿を中心とした口腔衛生管理を実施し、快適な口腔を保つことが質の高い緩和ケアにつながる。

認知症が末期に至るまでの変化を受け止め、適宜アセスメントを繰り返し、その時その時の残存機能を活用する方法を多職種で検討し実践することは、認知症高齢者本人の人生への寄り添いであり、家族への予期的グリーフケアでもある。

認知症支援における歯科との連携

認知症と診断される人の数は世界的にも増え続けており、そのような人が住み慣れた街で、エンド・ステージまで穏やかな、その人らしい生活を全うできる社会の創生は世界的にも急務である。こうした流れを受け、厚生労働省は2015年に認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)を発表し、その中で歯科医師の認知症対応力向上研修の実施が明記された。

2016年から各都道府県において実施された歯科医師の認知症対応力向上研修は、認知症への偏見をなくし、認知症を歯科医療ができない理由にしないことが重視された構成である。歯科医師のみならず、歯科衛生士や歯科医療に関わるすべてのスタッフにも必要な研修

である。例えば“認知症の気づき”については歯科での予約や持ち物、受付での振る舞い、口腔管理の稚拙さなどからの気づきから、地域連携への糸口がある。“認知症とともによく生きる段階”では、同時に関わる専門職との様々な連携をもちながら、困難になっていく口腔のセルフケアに伴い歯科医療を充実させる必要がある。“エンド・ステージ”においても快適な口腔を維持することに歯科が貢献できる。

歯科の診療範囲は歯のみならず、口腔領域のすべてであるから、元来“揺りかごから墓場まで”の性質がある。歯科医療に携わる者が認知症を理解し、どんな進行ステージであっても認知症の人の口腔を支え、生活を支えることは社会的責務といえる。認知症初期であっても、また進行して行動・心理症状が併存する状態になっても、適切な医療へのアクセスが確保され、地域のコミュニティにおいて、歯科を含む多職種による統合ケアがその人のために調整されることは、認知症の人の権利でもある²⁰⁾。

「食」はwell-beingの根幹の1つであり、「口腔の健康」は「食」の根幹の1つである。認知症の人の生活を支えるためには、自訴の有無にかかわらず、歯科との定期的な関わりを維持できるような連携が必要である。歯科医学の中での認知症に関する教育は未だ発展途上であり、前述の研修会も始まったばかりである。医科歯科連携に際し、情報提供および意見交換が重要な点については論を待たないが、こと認知症に関しては“連携の場を育成する”という視点ももっていただけるとありがたい。

文 献

- 1) 雨海照祥：栄養—負のスパイラルと正のスパイラル。MNAガイドブック、医歯薬出版、東京、2011；pp.13.
- 2) 平野浩彦、枝広あや子：新しい知識をチェックしよう！医療・看護のフロントライン 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。エキスパートナーズ 2013；29：22-27.
- 3) 東京都福祉局：高齢者の健康と生活に関する実態調査：専門調査結果報告書。東京都福祉局、1996.
- 4) 永田久美子：痴呆高齢者の看護。新時代に求められる老年看護、日総研、東京、2000；pp.269-281.
- 5) 枝広あや子：認知症高齢者の口腔健康管理。疾患を有する高齢者の口腔健康管理、口腔保健協会、東京、2017；pp.177-210.
- 6) Chang CC, Roberts BL：Feeding difficulty in older adults with dementia. J Clin Nurs 2008；17：2266-2274.

- 7) 本間 昭, 白井樹子: 病期(ステージ)分類Functional Assessment Staging (FAST). 日本臨牀 2003; 61(増巻号 9): 125-128.
- 8) 枝広あや子, 平野浩彦, 小原由紀ほか: 認知症重度化にともなう摂食嚥下機能の変化—Functional Assessment Staging (FAST)を基準に—. 老年歯科医学 2014; 29: 176-177.
- 9) Suh MK, Kim H, Na DL: Dysphagia in patients with dementia: Alzheimer versus vascular. Alzheimer Dis Assoc Disord 2009; 23: 178-184.
- 10) Shinagawa S, Adachi H, Toyota Y, et al: Characteristics of eating and swallowing problems in patients who have dementia with Lewy bodies. Int Psychogeriatr 2009; 21: 520-525.
- 11) Langmore SE, Olney RK, Lomen-Hoerth C, et al: Dysphagia in patients with frontotemporal lobar dementia. Arch Neurol 2007; 64: 58-62.
- 12) 枝広あや子: オーラルフレイルの加速因子: 認知症と摂食嚥下障害. 介護福祉・健康づくり 2016; 3: 101-103.
- 13) Aviv JE, Martin JH, Jones ME, et al: Age-related changes in pharyngeal and supraglottic sensation. Ann Otol Rhinol Laryngol 1994; 103: 749-752.
- 14) 枝広あや子: 認知症の神経心理学的症状から読み解く“食べられない”. 認知症の人の「食べられない」「食べたくない」解決できるケア, 日総研, 名古屋, 2016; pp.51-61.
- 15) Rozas NS, Sadowsky JM, Jeter CB: Strategies to improve dental health in elderly patients with cognitive impairment: A systematic review. J Am Dent Assoc 2017; 148: 236-245.
- 16) 厚生労働省: 「“人生の最終段階における医療”の決定プロセスに関するガイドライン」をご存知ですか? (リーフレット)2015年3月 (<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078983.pdf>).
- 17) McClave SA, Martindale RG, Vanek VW, et al: Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). JPEN J Parenter Enteral Nutr 2009; 33: 277-316.
- 18) The AM, Pasman R, Onwuteaka-Philipsen B, et al: Withholding the artificial administration of fluids and food from elderly patients with dementia: ethnographic study. BMJ 2002; 325: 1326.
- 19) Davies N, Maio L, Rait G, et al: Quality end-of-life care for dementia: What have family carers told us so far? A narrative synthesis. Palliat Med 2014; 28: 919-930.
- 20) 粟田主一: 認知症支援にかかわる医療職の人材育成 地域包括ケアシステムの理念とアウトカムに方向づけられた人材育成. 日認知症ケア会誌 2017; 16: 409-416.

The Perspectives to Support a Meal of Elderly People with Dementia

Ayako Edahiro*

*Research Team for Promoting Independence of the Elderly, Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital and Institute of Gerontology

The social construction for improving well-being and health for elderly with dementia is an urgent problem in the world.

Various disease and the functional decline of the oral cavity occur to the elderly with dementia, and their eating functions are thereby lost. The perspectives preparing relevant environments and supporting some available function of people with dementia is important, for care mealtime dysfunction due to dementia.

The training program for dentist to upskill in dementia practice was launched by “Comprehensive Strategy to Accelerate Dementia Measures (called New Orange Plan)”. In order to construct an integrated care for elderly with dementia through the Specialist Teams, we should promote collaboration among medical doctor and dentist, other specialists.