

認知症  
の人  
に  
対する

# 口腔保健の手引書

編集 大阪口腔衛生協会

発行  大阪府健康医療部



# 目次

## 第1章

認知症対応施設における口腔保健に関する取り組みの定着に向けて	1
--------------------------------	---

## 第2章

認知症の人と口腔保健指導について	3
1 認知症について	3
2 認知症の特徴的な症状（多くの認知症に共通するもの）	6
3 認知症の分類と口腔保健指導における対応	8

## 第3章

認知症と歯科保健・歯科治療	13
1 認知症の人における摂食嚥下障がいと対応	13
2 認知症の人に対する歯科治療の必要性	23
3 口腔保健指導の前準備と実際	29

## 資料編

ご家族へ口腔ケアの必要性を説明するためのリーフレット	46
■ 「口腔ケア」でいつまでも元気に過ごしましょう！	47
■ 日々のお口のチェックポイント	48

# 第 1 章

## 認知症対応施設における 口腔保健に関する取り組みの定着に向けて

認知症は「一度正常に発達した知能が器質的障がいにより低下し、記憶障がいや見当障がいなどをきたし日常生活に支障をきたすこと」と定義されています。

この「認知症」を有する人は、2012年の厚生労働省推計において、65歳以上の高齢者では、約462万人（有病率15%）、MCI（Mild Cognitive Impairment：軽度の認知障がい）を有する人は約400万人（有病率13%）と推計されています（図1）。また、大阪府内の認知症高齢者数は、約31万人（平成24年）と見込まれています。

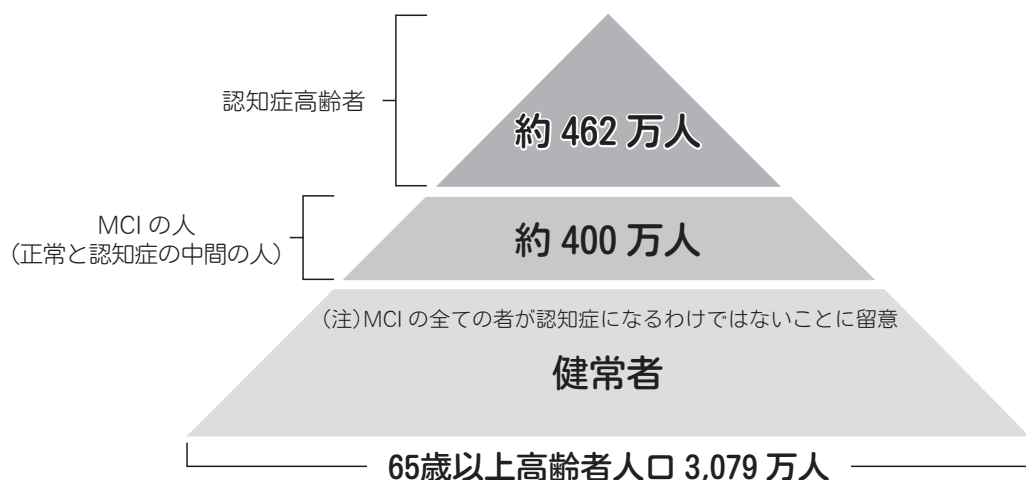


図1 認知症高齢者の現状

出典：平成26年11月19日 第115回社会保障審議会介護給付費分科会

そして、2015年1月に厚生労働省は、団塊の世代が75歳以上になる10年後の2025年に認知症の人が約700万人に達するとの新たな推計を発表しました。これは、65歳以上の高齢者の5人に1人にあたります。この推計を盛り込んだ、認知症対策の新たな国家戦略案「認知症施策推進総合戦略」（新オレンジプラン）をまとめ、あわせて公表しています。新たな国家戦略案は、厚労省と警察庁、内閣府など関係府省庁が共同で作成しています。その中では「認知症とともに、よりよく生きていくための環境整備が必要」として、取り組むべき課題に「本人や家族の視点の重視」などの7つの柱を掲げています（図2）。

認知症の原因となる病気のうち、最も多いのは、脳神経細胞が徐々に死んでいく「変性疾患」と呼ばれる病気です。アルツハイマー病、前頭・側頭型認知症、レビー小体病などがこれに該当します。続いて多いのが、神経細胞に栄養や酸素が行き渡らなくなり、その部分の神経細胞

が死亡し、ネットワークが破壊される血管性認知症です。脳梗塞、脳出血、脳動脈硬化などがこれに該当します。認知症はこれら病気により障がいが起こり、生活するうえで支障が出ている状態（およそ6ヵ月以上継続）をさします。

一方、認知症の人も含めて高齢者では、摂食嚥下（食物を口に取り込み、かみ砕いて（咀嚼）飲み込む）機能が低下すると、誤嚥（飲食物等が誤って気管内に入ること）が起こりやすくなり、口の中を清潔に保っていない場合、誤嚥を生じると口の中の菌を肺に吸い込み、肺炎の発症につながります。そのため、食前、食後の口腔ケアと食事時の誤嚥防止が大切になります。そして、近年、認知症の人が口腔ケアを受けた場合、栄養状態の向上、転倒防止、コミュニケーション能力の改善、さらには認識能力の改善につながる事が報告されています。

今後、認知症の人の増加が予想されることから、認知症の人が住み慣れた地域で暮らすためには、必要な医療や介護、さらには日常生活における支援が有機的に結びついた体制を整えていくことが重要になります。そして、認知症の人に適切な支援を行うために、介護従事者には、認知症への理解と口腔ケアをはじめとした「ケア」の技術向上が求められています。

しかしながら、介護従事者の方が、認知症の人に対する口腔ケアの必要性等について、学ぶ機会は多くありません。そのため、平成26年度に大阪口腔衛生協会は、大阪府の委託を受け、府内の介護施設の職員に対し、認知症の人に対する口腔保健指導を学ぶための研修を実施しました。その結果、多くの施設の職員が、認知症の人における口腔保健の重要性を認識し、口腔ケアを充実させる方向で検討する施設も現れてきました。

本書は、認知症の人に対する口腔保健の保持と増進を目指し、介護従事者の方が、施設において認知症の人に対し口腔保健指導を実施する際に、必要な知識をまとめた手引きとなります。

第2章「認知症の人と口腔保健指導について」では、認知症の基礎的な知識と特徴的な症状、また認知症の分類と口腔保健指導における対応について、第3章「認知症と歯科保健・歯科治療」では、認知症の人における摂食嚥下障がいと対応、認知症の人に対する歯科治療の必要性、口腔保健指導の前準備と実際についてまとめています。また、施設職員の方が、ご家族に口腔ケアの必要性について説明する際に使用できるリーフレットもつけております。

今後は、多くの施設において本手引書が活用され、これにより認知症の人の口腔保健が向上することが期待されます。

## 新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意見が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

七つの柱

- ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ②認知症の容態に応じた適時適切な医療・介護等の提供
- ③若年性認知症施策の強化
- ④認知症の人の介護者への支援
- ⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発の推進
- ⑦認知症の人やその家族の視点の重視

図2 新オレンジプラン

## 第 2 章

# 認知症の人と口腔保健指導について

### 1 認知症について

#### (1) 正常な物忘れとの違い

わが国では認知症の人が450万人を超えたといわれています。後で述べる軽度認知障がいなど、認知症関連では800万人もの人が「物忘れ」と向き合っています。国全体の少子高齢化と深い関係がありますが、認知症は高齢者だけのものではないことに留意しましょう。

近年、その存在が大きくクローズアップされている若年認知症（65歳以下で発症する認知症）は、現役の世代が認知症になるもので、日常的に通院してくる世代の人にも認知症（30歳代の人にも稀にはある）が起きるということを、日ごろから意識して歯科診療や口腔保健指導をすることで早期発見、早期対応につながります。

誰にでもある年齢相当な物忘れを「健忘」というのに対して、認知症は明らかに脳の変化をきたしている病気を指します。脳の形に変化があるものを「器質性疾患」といいますが、その代表としてアルツハイマー型認知症による脳の萎縮（変性）があります。一方、脳血管が詰まること、すなわち微小脳梗塞（ラクナ梗塞）を連続することで血管性認知症が起きますが、こちらも血管が詰まって血流が途絶えた先の脳細胞が活動を停止するため器質的な変化が起きます。

すなわち認知症は後に述べるように（P8以降参照）多くの分類がありますが、脳細胞の変化を伴う疾患であることをしっかりと見極めなければなりません。たとえば脳の働きが一時的に低下して意識が混濁するような機能性疾患ではなく、脳の変化を確認することが大切です。



図1 認知症までの経緯

表1 認知症の概念

① 一度は標準のレベルまで獲得できた知的面が、ある時期から低下する
② 徐々に進行して慢性の経過を持つ
③ 精神遅滞はなく、意識混濁もない (ただし軽度意識混濁がある「せん妄」が合併することがある)

## (2) 軽度認知障がいとは

認知症は一般的に軽度、中等度、重度に分けて語られますが、その前段階である軽度認知障がい (Mild Cognitive Impairment : MCI) という状態を知らなければなりません (図1)。

MCIは認知力が低下していますが、まだ一人で生活できる程度のものを指しています。MCIの人のうち何人かに一人はその後、認知症に移行していくといわれていますので、この状態を早期発見でき、その後の適切な対応ができれば、認知症を予防することにもつながります。

歯科臨床では予約や定期的な健診などを通じて認知力の低下に早く気づくことができます。しかし診療予約を何度も忘れる人がいるからといって、その人が必ずしも認知症ではありません。普段の生活はできていても「うっかりと忘れること」が増えた際にはMCIではないか確かめる必要があります。

## (3) 仮性認知症を見逃さない

一方、認知症の症状 (たとえば物忘れや判断力の低下) が見られても、確定診断では認知症ではなかったことがわかる疾患も数多く見られます。それらを仮性認知症といいます。

たとえば血液の電解質異常から来るぼんやりとした状態は、それが改善すると症状も嘘のように消えます。これは認知症のように見えて、実は認知症ではない、仮性認知症と呼ばれます。

このほかにも脳硬膜と頭蓋骨の間に結集ができて脳を圧迫する慢性硬膜下血腫やうつ病による思考制止なども認知症のように見えますが、その疾患が良くなれば認知症のような症状も消えますので、これらを見極めることが重要です。

原因を取り除けば症状が治るという意味で「治る認知症 Treatable Dementia」と表現されることがありますが、本当の意味での認知症ではなく、これらを見逃さないように心がけなければなりません。

歯科臨床や口腔保健指導で出会う仮性認知症はたくさんありますが、薬剤性のもの、たとえば複数の薬剤を服薬している場合などは、その人の「服薬手帳」を参考にするとよいでしょう。薬剤は認知症の人の口腔乾燥の大きな原因にもなります。日ごろからかかりつけ医やかかりつけ薬局と情報交換することが求められます。

表2 仮性認知症をもたらす疾患

慢性硬膜下血腫
正常圧水頭症
肝臓が
血液電解質異常
廃用性仮性認知症など

#### (4) 自覚の有無による違い

認知症にはいくつもの種類がありますが、大きく分けると本人が自分の認知症に気づいているかいないか、病識の有無による大別ができます。専門医療機関では受診者の70%には病識があり、残りの30%には自覚がありません。

一方、地域で暮らす認知症の人の場合には、逆におよそ70%の人に自覚がなく、病識がある人は30%程度に留まっていた場合もあります。

病識があって自分の「物忘れ」を気にして悩んでいる人と、全く病識を持たない人とでは同じ認知症でも関わりが大きく異なります。悩んでいる人の場合には、診療や保健指導を通じて、その人の辛さへの共感が求められます。答えはなくとも、その人の辛い気持ちを聞き共感の気持ちを持って傾聴しようとするだけで、その人の辛さを分け合う一助になります。

病識のない人の場合、説明しても事実を否定する人に何度も事実を示すのではなく、むしろその人の世界に合わせることも必要です。その人と人生を送っている家族が本人の病識のなさに疲れていることも多く、そのような場合には介護家族への視点を忘れないように心がけましょう。



## 2 認知症の特徴的な症状（多くの認知症に共通するもの）

### (1) 中核症状

健忘の範囲を超えて物忘れが激しくなること、特に最近のことから重症化するに従って昔の記憶が消えていきます。最近の出来事でもいくつかあったことの一つを忘れるのではなく、あるエピソードをすっかり忘れる、エピソード記憶の障がいがある場合には、認知症は中等度に近くなっています。

代表的な症状には記憶力の低下、計算や判断力の減退、場所や時間の見当がつかなくなる見当識障がいなどがあります（表3）。

記憶には新しいことを覚える記銘力、記憶してあることを思い出す想起力、そして記憶を保つ保持力の3つがありますが、認知症の進行とともにいずれも障がいされるようになります。歯科診療の際や口腔指導の場では会話のコミュニケーションをとりながら診療や指導が行われ、他の医療現場に比べても中核症状に気づく機会が多いのが特徴です。

表3 認知症の中核症状

記憶力の（病的な）低下
計算や判断力の減退
時間的、場所的見当識障がい

### (2) 周辺症状（行動・心理症状）

#### （Behavioral Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）

認知症への対応で最も「困った」症状とされやすいのが行動面や心理面の症状です。中核症状をグラフの縦線にたとえると、それに交差するような横線が周辺症状（行動・心理症状）です。たとえば中核症状はそれほど障がいされているように見えなくても周辺症状（行動・心理症状）が激しい人や、その反対に中核症状としての「物忘れ」は目立たないにも関わらず、周辺症状（行動・心理症状）が激しいため精神疾患と間違えられやすい状態の人もあります。

認知症初期に出やすいものには不安感や気分の沈みがあります。不安障がいのような漠然とした不安感が出た場合には、歯科診療や保健指導の際の不安な姿から早期に周辺症状（行動・心理症状）を発見することができます。

不安障がいのひとつである、心気障がいのように「自分の体にどこか悪いところがあるに違いない」という気持ちが強くなる人もいます。歯科口腔領域には心気傾向として症状が出やすく、「舌の違和感」や慢性疼痛など、歯科心身医学の諸症状と見分けがつきにくい症状が、後になって認知症の症状であったことがわかるケースもあります。臨床現場で不安や心気傾向を

見つけた時には、その一部に認知症が潜んでいることを忘れないでください。

気分の沈みも「うつ病」の診断基準は満たさないものの、気分が沈む場合や、「何もする気にならない」という無気力状態（アパシー）もありますが、認知症の周辺症状（行動・心理症状）として表面化しやすいのは無気力状態です。


中等度になると不安や気分の沈みから姿を変えて、他者への被害感や攻撃性になる場合があります。必ずしもすべての人に出る症状ではありませんが、急に被害的な妄想を出すような場合があります。身近でケアをしてくれる人に限って、その被害感や攻撃性が向けられる傾向があります。

重度になれば多くの場合、そのような被害感や攻撃性は影をひそめていきますが、人によっては周辺症状（行動・心理症状）が消えない人もいます。

相手に対する敵意、攻撃に見える症状であっても、認知症の人自身が（病気のために）物事を曲解して感じ、それに対する自らの防衛として症状を出していると理解することが大切です。

表4 周辺症状（行動・心理症状）を含めた認知症中等度から重度のすがた

初期に出やすいもの	不安感
	気分の沈み やる気のなさ
中等度に出やすいもの	被害妄想、被毒妄想
	物盗られ妄想
	他者への攻撃性
	昼夜逆転
	精神運動性興奮（混乱すること）など
重度に出やすいもの	BPSDはむしろ消退することが多い
	代わりに表面に出るのが身体面



誤嚥、誤嚥性肺炎  
発熱、けいれん発作など

（表4）に示したように重症になれば誤嚥や発熱、けいれんなど身体面での健康管理がとても重要なポイントになります。摂食嚥下のことは重度になった認知症の人の生命を守り、人生の質を左右する大きな要です。

かつて「口腔ケアも大切」と言われてきましたが、認知症の人の終末期ケアが活発に行われるにつれて「口腔ケアこそ認知症の人の命の質（Quality of Life : QOL）にとって不可欠」であることがわかってきました。口腔保健活動は認知症の人の命を支えています。

### 3 認知症の分類と口腔保健指導における対応

認知症には、アルツハイマー型、血管性、レビー小体型、前頭側頭型があります（図2）。

#### (1) アルツハイマー型認知症（Alzheimer's Disease : AD）

認知症は多くの原因を持つ疾患群のような側面を持っていますが、その中で最も多いのがアルツハイマー型認知症で全体の65%を占めています（図2）。この認知症では脳細胞にたんぱく質の「塊」のようなものがたまることで脳細胞が萎縮・変性してしまいます。脳全体におよぶ萎縮の結果、少しずつ能力が低下していきます。

この認知症は脳細胞にアミロイドβがたまり、リン酸化タンパクも関係して発病します。記憶の中核である海馬（かいば）が侵されるまでに20年かかりますので、普段の様子と異なる面が目立つ場合には早めに専門医療機関への紹介をして、その後の治療方針を定めていきます。

#### 対応

これまでとは異なり何事にも興味、関心を示さなくなることもあり、趣味なども「面倒くさい」と言ってやめてしまうこともあります。そのような人の場合には口腔ケアに対する意欲もなくなり、急速に状態が悪化していきますので、歯科医療や保健指導での気づきが早期発見の糸口になります。

うつ病の場合にも気分が落ち込んで動作が鈍くなるために、口腔の衛生面が悪くなりがちですが、アルツハイマー型認知症でも初期から「やる気が起きない」というアパシー状態（無気力状態）（P7参照）があるとプラークコントロールの悪化が見られ、早期発見の窓口になります。

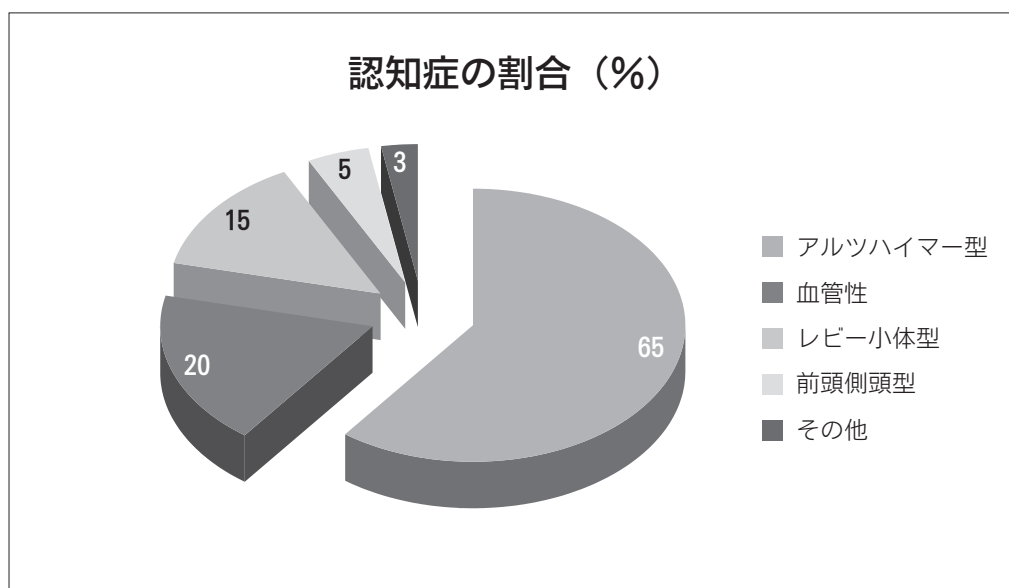


図2 認知症の分類（認知症の混在などもあり、重複を含めると108%になる）

## (2) 血管性認知症 (Vascular Dementia : VaD)

この認知症は全体の20%を占めるもので (図2)、脳内の毛細血管に血栓や塞栓が詰まることで、その先の血流が途切れ、以後の部分に微小な脳梗塞が起きて発病します。言い換えれば多発する微小な梗塞による脳のダメージから起きる認知症です。

大きな脳梗塞や脳内出血などの脳血管障がいの場合には、半身に麻痺が残ったりする場合や歩行困難が起きますが、この場合の微小梗塞 (ラクナ梗塞) は全身の麻痺が残るような大きな梗塞 (アテローム梗塞) とは異なり、ほとんどの場合、起きた時には無症候です。気づかぬうちに (何年もかけて) 少しずつ増えていきます。

脳にはそれぞれの部分に役割が与えられているため、その部分の脳血管が詰まればある症状が出る一方で、障がいを受けていない部分は全く正常に脳が働きます。それゆえ血管性認知症の特徴は、できることとできないことが極端に分かれる「まだら認知症」になることや、新たな梗塞が起きるまではある程度安定していて、梗塞が起きると階段を下りていくかのように状態が悪化するという特徴を持っています。

### 対応

そのため「自尊心」がしっかりしているその人の前で、配慮のない発言は避けなければなりません。自尊心への傷つきが起きるからです。しかも脳の血管に障がいがおきると、喜怒哀楽の変化がきわめて大きくなります。ほんの少し前までにここにしていた人が、ちょっとした治療や保健指導のためのこちらの発言で急に激怒するような場面も珍しくはありません。

口腔指導の際に喜怒哀楽が激しい人を見つけた場合には、血管性認知症の可能性があります。普段から言語的なコミュニケーションをとっていれば、その人が「最近なぜか怒りっぽくなった」という面に気づきます。

## (3) レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy Bodies : DLB)

15%を占めるこの認知症 (図2) には大きな特徴があります。幻視をともない、「何かが見える」ことを訴えること、パーキンソン症状を伴うため、全身の筋肉が硬くなり、歩行も前かがみになって「すくみ足」になることや自律神経のコントロールが悪くなるために起立性低血圧などが起きること、多くの場合に「うつ状態」を伴っているために、これまで認知症とは診断されなかった例も少なくはありません。

そして何よりも薬に対する反応があり過ぎるために、一般的な服用量で効きすぎる場合があることなどが特徴です。口の周りに起きるパーキンソン症状である遅発性ディスキネジアに気づくと発見が早くなります。

幻視は脳の視覚をつかさどっている後頭葉に萎縮が起きるために「見えないものが見える」

といった症状です。

一方、アルツハイマー型認知症と比べると海馬の変化が少ないため、かつての記憶などはよく覚えていることがあるのも特徴です。これもアルツハイマー型認知症のように脳が萎縮していくものですが、アミロイドとは異なる物質が蓄積します。

#### 対応

夜中のトイレのドアを開けたとたん誰かの姿を見て怖がることなどが特徴です。介護者がある際に手を叩いて気をそらすと、認知症の人の注意がそちらに向けて幻視が消える場合があります。軽い意識混濁がある一定の時間続く「せん妄」とは異なります。

また、パーキンソン症状に基づく流涎<sup>りゅうぜん</sup>があります。急激に唾液量が増えた場合にも注意が必要です。歯科診療の際にデンタルチェアから立ち上がったとたんに起立性低血圧を起こすことがありますので、歯科受診の際に症状を発見できた例も少なくありません。薬が効きすぎることも特徴ですから、他科の処方を確認することも必要です。

#### (4) 前頭側頭型認知症 (Front Temporal Dementia : FTD)

この認知症は全体の数%で数こそ多くありませんが(図2)、前頭部と側頭部が萎縮するものです。興奮や攻撃性が多いといわれますが、むしろ決定的な特徴は「無頓着さ」が出てくることです。

「目についたものは何でも持って帰る」といった行動が出るため、一部では「万引き」と間違われることもあります。本人には何も悪気はありません。「気がつけばポケットに品物を入れていた」といったように、周囲の者が目を離さずに見守っていればなりません。社会のルールがわからなくなることが多いため、それが病気のためであることを専門職が社会に情報発信して、前頭側頭型認知症の人や家族の人権を守ることが大切です。

#### 対応

アルツハイマー型や血管性でも同様に興奮することや混乱はありますが、前頭側頭型認知症の人には特徴的な行動が見られます。それは「同じことをくり返して行う」という反復行為です。診察のたびに鼻歌を歌いながら握手を何度もくり返す人、散歩道もコースを変えるとパニックになる人など、前頭側頭型の場合には、それぞれの人に見られるこだわりのパターンを見つけましょう。

そして「目を離さないこと」が求められますが、これを家族だけで担うのではなく、さまざまな社会資源を活用して介護家族が疲弊しないようアドバイスすることも大切です。

歯科診療や口腔保健指導の際に注意を要するのは、前頭側頭型認知症の人が長時間じっとしていることができない点です。待合での待ち時間や診療時間の調整が求められます。口腔保健指導の面でも「無頓着さ」が表面に出ていると指導の対象になりにくくなるため、適応か否かの判断も求められます。

## (5) 意味性認知症 (Semantic Dementia : SD)

数は少ないのですが (図 2) 前頭側頭型の中には、周辺症状 (行動・心理症状) が中心のピック型とは異なり、心理面や行動では混乱が少ないものの、失語症状など言語障がいが出てくる認知症があります。意味性認知症の場合には「～って何のことだったっけ」といった発言が目立つようになり、その後、認知症の低下が重なって進行すると全く言葉が出なくなります。

### 対応

言語的コミュニケーションの障がいから始まることが多いため、日ごろからの診療場面において、口腔保健指導において気づくことが最も多いのが特徴です。日ごろからの交流で抱いていたその人のイメージが変わり、言葉の意味の理解力が低下したと思ったら、専門医療機関に繋がしましょう。

## (6) 一般的な対応の基本 (パーソンセンタードケア)

これまでに記載した中核症状や周辺症状、各種の認知症による症状の出方の特徴はあっても、全般的に認知症は初期、中等度、そして重度とその姿を変えていきます。初期には物忘れや判断は軽くても病気に思い悩む人がいることも書きました。その場合には本人の気持ちへの共感が求められます。中等度になると判断力も低下し、近くにいる人に妄想気分を出すようになりますが、この時にこそ必要な考え方がパーソンセンタードケアの考え方です。

周囲から見た場合には攻撃性や興奮といった状態であっても、認知症の人自身の視点からものを考えて、その人の気持ちや世界に合わせた治療や口腔指導、ケアを行うのがパーソンセンタードケアです。

たとえば病気のため物盗られ妄想がある人では、「誰かに物を盗まれる」という恐怖や恐れから身を守ろうとするはず。「そんな事実はない」と指し示しても、症状に支配されている認知症の人には通用しません。

言い換えれば、その人の世界に立って医療や保健指導を行うことができれば、結果的にその人の安定につながります。歯科医療や口腔保健指導の現場で活躍する人たちも認知症の人の世界で起きている「精神内界」を理解しながら関わるのが大切です。

---

### 参考文献

- ・ 朝田隆 編著：認知症診療の実践テクニック、医学書院、2011
- ・ 松本一生：認知症介護サポートマニュアル、河出書房新社、2007



# 第 3 章

## 認知症と歯科保健・歯科治療

### 1 認知症の人における摂食嚥下障がいと対応

#### はじめに

認知症の人は、嚥下障がいとしては維持期・慢性期であり、機能改善を目標とした訓練はあまり奏功しません。加えて、認知機能が障がいされると指示が通らなくなるため、限られた訓練でしか対応できなくなります。したがって、「訓練して機能を回復させる＝嚥下訓練」より「現在の機能を最大限に引き出しつつ、できる限り安全に経口摂取をさせる＝食事支援」が重要になります。もちろん食事支援をして安全に経口摂取を行うことは、直接訓練の「嚥下は嚥下をすることで最も訓練できる」という考え方に一致するものであり、廃用症候群に起因する嚥下障がいの改善・嚥下機能維持としての効果は十分期待できます。

#### 認知症と食事

認知症の食事の障がいは、大きく分けると「口に入れるまで＝食行動の障がい」と「口に入れてから＝嚥下障がい」に分けられます（図1）。認知症が軽度の場合は、主に食行動の障がいが目立ち、重度になると嚥下障がいが目立ってきます。

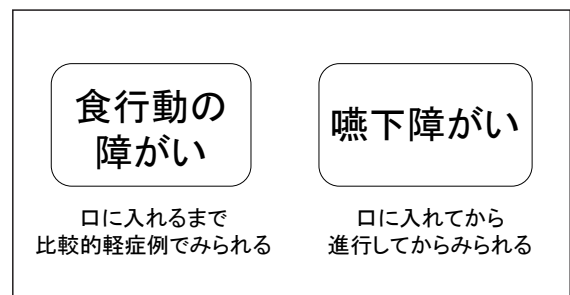


図1 認知症の摂食嚥下障がい

#### (1) 食行動の障がいへのアプローチ（表1）

認知症では、原因疾患の違いによりそれぞれ特徴的な食行動の障がいが出ることがあります。したがって、原因疾患別の特徴を頭においてアプローチする必要があります。しかしながら、原因疾患だけでなく、その人の性格、これまでの生活、置かれている状況によって食行動は大きく影響されます（図2）。

表1 食行動の障がいへのアプローチ

- ・声かけ
- ・サーカディアンリズム(P15参照)の調整
- ・ペーシング
- ・マッサージ、嚥下体操
- ・食事環境のセッティング
- ・食器の選択
- ・食事の臭い、味付け
- ・全身状態の把握
- ・異食への対応



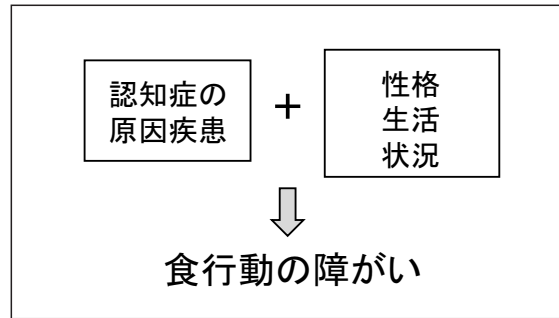


図2 食行動の障がいの出現背景

代表的な認知症であるアルツハイマー型認知症（AD）では、食事を食べはじめない、途中でやめてしまう、食べ方が乱れる、といった食行動の障がいが出てきますが、これらの症状も、その人の性格・生活・状況によって影響を受けます。すなわち、食行動障がいは、その人にとっては理由があって行うのです。したがって、介助者は、食行動障がいを否定せず受け止めて、その人の性格・生活・状況を共有し、それから適切な方向に誘導することが支援のコツです。

共有できないと、食行動の障がいは介助の手間を増やす「問題行動」といわれます。しかしながら、問題と感ずるのは介助者の理解の不足からくるものであり、認知症の特徴を知り、行動の理由が分かれば改善策が浮かびます。なかには改善策がない行動もありますが、理解することで行動を受容できるようになります（図3）。

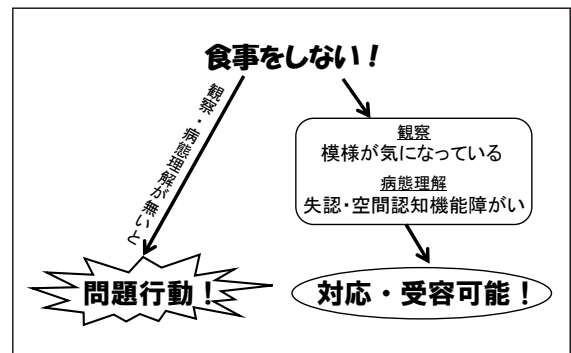


図3 食行動の障がいの理解  
取っている行動の理由が理解できると対応・受容が可能となる

## 1. 声かけ

記憶障がいや見当識障がいがあると、自分が今いるところが分からなくなり、施設の食事を「お金を払っていないから」という理由で食べないこともあります。そういうときは「食事をしましょう」、「お金はご家族からいただきました」という声かけが効果的です。声かけのポイントは、認知症の人は情報処理が遅くなっているため、行動を否定しない、できるだけシンプルに、です。また、箸やスプーンの使い方が分からなくなり、食事を始められなくなることもあります。この場合も声かけが有効ですが、食



図4 声かけの応用  
介助してスプーンや食器を持たせると、食事がスムーズに始まることもある

器を持つ動作を補助するとさらに効果的です（図4）。ただ、前頭側頭型認知症（FTD）では、行動を指示・制限されると暴力的な態度を取ることがあるので注意を要します。

## 2. サーカディアンリズムの調整

極端な例では昼夜逆転が生じており、日中の眠いときに食事をしようとするため、食べない、食事が途中で止まるといった症状が現れることがあります。昼間起きて夜寝るというメリハリのある生活ができるように、昼間は日に当たるなど、できるところからの生活改善をしましょう。

不用意な睡眠薬や鎮静剤の服用もリズムの乱れの原因となります。とくにレビー小体型認知症（DLB）では、薬剤の効果が強く出てしまうことがあるため注意を要します。反対に周辺症状が強く夜間の活動性が高くなってしまうときには、睡眠薬や鎮静剤での睡眠のコントロールを検討する必要があります。

どうしてもリズムが改善しない場合は、乱れたリズムであっても、低栄養や誤嚥、窒息が生じないように他の方法で対応するのが現実的です。

## 3. ペーシング

食べるペースが早いと、誤嚥や窒息を生じることがあるため、可能であればストレスにならない程度にコントロールしましょう。スプーンなどを小さくしてペースを落とすという方法もありますが、人によってはその変更を受容できません。使い慣れていないスプーンはかえってストレスが溜まり、食べない、皿から直接流し込むなどの行動に転換されることがあります。目の前に提供する食事の量を少なくし、食べ終わったら足す、というペーシングも一法です。ただし、食べるペースが早いだけで他に誤嚥や窒息といった症状が無ければ、食べるペースを遅くする必要はありません。

## 4. マッサージ、嚥下体操

傾眠傾向がある人に対しては、食事前に口腔内外のマッサージ（アイスマッサージ（P42参照）を含む）をすると覚醒を促せることがあります。また、食前に嚥下体操を行うのも一法です。マッサージや嚥下体操は機能訓練というよりも、食事に注意を向けるためのきっかけです。

## 5. 食事環境のセッティング

A. 部屋：騒々しくない部屋や個室を用意しましょう。しかし一方で、食堂のような雰囲気がある方が食事時間であるということを認識しやすくなる人もいるので、常に個別の対応を心掛ける必要があります。

B. テーブルや食器：模様に目を取られてしまい、食事の進行が妨げられるため、できるかぎり模様の無いシンプルな食器を使用しましょう。

高齢者は視力が低下していることが多く、食事が見えやすくなるような色の食器も有用

です（図5）。

- C. 食事の提供方法：複数の食事が一度に提供されると、情報が処理しきれずに食事が滞ることがあり、その場合はテーブルに1食ずつ提供すると食事がスムーズになります（図6）。また、ふりかけや調味料などを袋のまま提供すると混乱をまねきます。袋の中身を食べ物であると認知する、袋を開ける、中身をふりかける、という作業は遂行困難であるということを知っておきましょう。
- D. 食べはじめの支援：箸やスプーン、皿を手を持たせて、まさに食べようとする状況を介助者が作りだすとスムーズに食べ始めることがあります。それでもだめなときは、はじめの一口だけ介助して口に入れると、そのあとは滞りなく食事ができることもあります。



図5 食器の工夫の一例

- 左：白い食器。視力が低下した高齢者にとっては粥が非常に見えにくい。  
右：黒い食器。コントラストがはっきりして粥が見えやすい。



図6 食事の提供方法の工夫

- 左：トレーにいろいろなものがのっていると混乱しやすい。  
右：1皿ずつ提供すると食事がスムーズに進む。（この食器は模様があるが、模様も混乱の原因になることがあるため無い方がよい）

## 6. 食器の選択

上肢の運動障がいや麻痺がある人には、持ちやすいように工夫されたスプーンなどを利用しましょう。また、スプーンや箸を持つ方の反対の手に麻痺がある場合には、皿が動きにくくなるマット、滑り止め付きの皿、スプーンですくうときの「かえし」がついた皿などが便利です。

観念失行のため箸やスプーンの使用方法が分からない人に対しては、手づかみで食べられるもの（おにぎり、パンなど）が提供できるとプライドも保たれます。

## 7. 食事のにおい、味付け

食事を認識させるには嗅覚の刺激も重要ですが、高齢者とくにパーキンソン病やアルツハイマー型認知症（AD）では嗅覚が鈍くなります。またアルツハイマー型認知症（AD）では甘味に嗜好が偏る、前頭側頭型認知症（FTD）では偏食がみられるという傾向があり、それらの点を考慮したにおいや味の食事メニューが提供できるとよいでしょう。

## 8. 全身状態の把握

認知症の場合は、体調不良が「食べない」という症状となって表れることがあります。高

高齢者で多い食欲低下の原因は、口腔の痛み、義歯不適合、食道炎、胃炎、便秘などです。食欲の変動があった場合には、それらの疾患を疑うことが重要です。薬剤の副作用による食欲低下も多く、薬効と食欲低下のバランスを考慮して投薬内容の変更、減量を考慮する必要があります。臨床でよく経験されるのは、ジギタリスやテオフィリン、ビスフォスフォネートの服用による食欲低下です。とくにジギタリスは安全閾が狭く、高齢者では副作用がよく出現します。

## 9. 異食への対応

時に問題となる食行動の異常が異食です。認知症でみられる異食は、「食べ物である」と誤認して食べてしまうのが特徴であるため、異食を見つけた時は、叱りつけたり説明したりしても効果はありません。介助者が異食の可能性のあるものを認識し、未然に防ぐのが現実的な対策です。

食行動の異常に対する知識や理解が無いと、介助者は過剰なストレスを感じます。そのストレスは認知症の人にも伝わりやすく、さらに食行動の異常を招くという負の連鎖になってしまいます。まず介助者が行動の理由を理解し、その上で改善できるところは改善を試みましょう。改善できない症状も多く、介助者は無力感を感じることがありますが、改善できない点は共有・理解して許容することも必要です。こういった考え方を家族や介助者に説明することが、家族・介助者の burn out（燃えつき症候群）を防ぐためには重要です。

### (2) 嚥下障がいへのアプローチ（表2）

表2 嚥下障がいへのアプローチ

血管性認知症（VaD）以外の認知症の初期では、嚥下障がいはあまり認めません。しかしながら、症状の進行にともない、飲み込まない、口からこぼれる、ムセる、といった嚥下障がいが出現してきます。ここでは、その結果生じる低栄養、誤嚥、窒息の回避に重きをおいたアプローチを説明します。

- ・食事を摂る時間帯
- ・食事時のポジショニング
- ・食事内容の工夫
- ・一口量の調整
- ・食事の介助
- ・歯科治療
- ・服薬方法の指導

### 1. 食事を摂る時間帯

重度認知症になると、意識レベルの低下のために経口摂取量が減る人がいます。しかし意識レベルには波があることが多いので、「調子のよいときに栄養摂取量を稼ぐ」という考え方で支援を行うとよいでしょう。一概にはいえませんが、高齢者は朝の経口摂取量が多い傾向があるという報告があります。また、抗パーキンソン病薬を服用している場合は、服用後の方が（on 状態）、食事がスムーズに進むことが多いでしょう。また、栄養摂取量に関しては、数日のトータルで何キロカロリー摂ったか、体重の変動はないかをモニターしておき、1回や1日の摂取量の多寡で判断しないようにしましょう。

## 2. 食事時のポジショニング

### A. 頸部前屈位

誤嚥防止で重要なのは、座位であってもリクライニング位であっても、頸部が過度の緊張なく前屈位になっていることです。枕やクッションなどを利用することで、自然と頸部前屈位になるようにしましょう（図7）。



図7 頸部の角度

左：頸部が伸展している。この姿勢での食事は誤嚥のリスクが高い。  
右：枕を入れて補正すると頸部前屈位となった。

### B. テーブルと椅子

椅子とテーブルが遠く離れていると、皿を自分で持てない場合は皿と口との距離が大きくなってしまい、口に運ぶまでに食べこぼす原因となります。また、食べこぼしを避けるために、口を皿に近づけようとする、どうしても頸部伸展（後屈）位になり誤嚥の原因となります（図8）。椅子とテーブルの高さも問題となる。座高が高い人では、やはり皿と口との距離が遠くなるが、その一方で、座高が極端に低い症例は、テーブルを見上げて食事をすることになり、頸部伸展（後屈）位となり誤嚥の原因となります。座高に合ったテーブルと椅子が準備できると理想的です。



図8 テーブルと椅子

左：皿と口との距離が大きい。食べこぼしは必至である。  
右：食べこぼしを避けるために口を近づけると、頸部伸展位となり誤嚥リスクが上がる。

C. リクライニング位

口から咽頭への送り込みが悪い場合は、リクライニング位をとると重力で食べ物が咽頭に流れやすくなります。しかしリクライニング位は、自食が困難になる、流れの良い食品は誤嚥しやすいという欠点もあります。

脳卒中後の症例に対しては、誤嚥防止のためには30度のリクライニング位が有効であるといわれますが、その角度を認知症の人に対して、嚥下機能評価することなく適応するのは危険です。

D. ポジショニングの限界

進行性核上性麻痺では、病状の進行にともない頸部が後屈してきます（図9）。また、マッサージなどを行っても、拘縮によって頸部前屈が取れなくなっている人もいます。そのような場合は、本人や家族に「誤嚥のリスクが高い」ということを情報提供しておくことが重要です。



図9 進行性核上性麻痺  
病状の進行にともないマッサージやポジショニングなどでは対応できない頸部後屈が出現する。

3. 食事内容の工夫

A. 食事の温度、味付け

嗜好の問題もありますが「温かい」、「冷たい」がはっきりした食事を提供できると嚥下がスムーズになります。食事時間が長くなると、食事の温度が室温に近づいてくるため注意が必要です。

味付けも、はっきりとした濃いものが理想です。糖分や塩分を控えなければならない場合は、香辛料や柚子、酢などで味覚・嗅覚を刺激することで食品認知を促します。

B. 嗜好への対応

嗜好は嚥下機能に大きく影響します。在宅では嗜好に合わない食事が提供されることは少ないですが、施設や病院では、嗜好と食事内容の不一致のために摂取量が少ないという人がいます。家族から嗜好を聞いて対応しましょう。

C. 機能に合わせた食事内容

歯が無く舌の運動障がいもある人は食塊形成が不良であり、普通米飯を食べると粉碎されていない米飯がバラバラになって咽頭に流れ込んでくるため誤嚥の原因となります。この場合は、口腔の機能に合わせて米飯ではなく粥を提供すれば誤嚥のリスクを軽減できます（図10）。

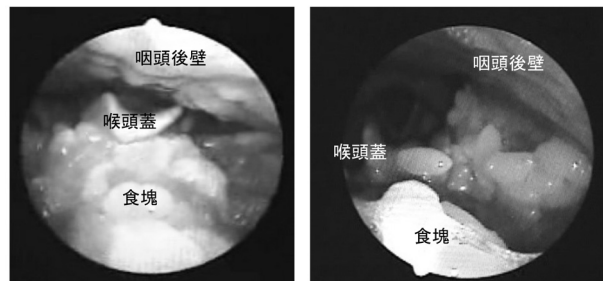


図10 嚥下内視鏡で見る食塊形成の良否（普通米飯摂取時）  
左：食塊形成良好 口腔機能が良好な人の所見。粒も無く一塊になっている。  
右：食塊形成不良 歯が無く舌の運動障がいがある人の所見。粒のまま、塊にならずバラバラになっている。米飯よりも粥の方が安全である。

認知症の進行にともない、ちょうど小児の経口摂取機能の発達を逆行するように機能低下（退行）する人がいます。その場合は、小児への対応と同様に、下顎が単純な上下運動になってくれば押し潰して食べられる食事を、舌が前後にしか動かないようであればペースト食を提供するといいでしょう。

#### D. 義歯装着症例の食事内容

不適合な義歯は著しく咀嚼能率が低下するため、歯科に調整を依頼しましょう。しかしながら、総義歯は、天然の歯列と比べると3割程度しか咀嚼できないといわれており、弾性の高いもの、粘度が高いもの、粒が細かいもの、繊維の強いものは苦手です。義歯を装着している人の食事内容を決めるときは、義歯の特徴を知った上で行いましょう。

#### E. 増粘剤、ゲル化（ゼリー）剤の使用

水分は、勢いよく咽頭に流れ込み誤嚥されやすいですが、増粘剤でとろみを付けると、咽頭への流入の時間が稼げるため誤嚥されにくくなります。認知症の人では、増粘剤やゲル化剤を使うと、嗜好に合わないため嚥下しなくなることがあります（とくにお茶）。水分を摂らなくなると脱水の危険性が高くなるため、その時は増粘剤やゲル化剤を使うことの利点（誤嚥）と欠点（脱水）を天秤にかけて方針の決定を行います。

### 4. 一口量の調整

脳卒中後の嚥下障がいでは、一口量は少ない方が安全といわれますが、認知症の嚥下障がいでは一口量が少ないと嚥下動作が生じないことがあります。これには、これまでの一口量の習慣や口腔咽頭感覚の低下が関与しているのかもしれませんが、誤嚥の頻度が許容できる程度であれば、一口量が多い方が食事はスムーズです。

### 5. 食事の介助

過度の介助は、取り込み・食べる機能の廃用を生じるため、できる限り行わないのが理想です。見極めが難しいですが、疲労してきたときは介助するとよいでしょう。

#### A. 食事動作の介助

介助者が口に食事を入れるよりも、自身にスプーンを持たせて、その手を介助した方がスムーズに嚥下できることがあります。これは「食べさせてもらう」という動作がプログラムされず、自分で食べていたときの一連の動作のプログラムが残っているためと考えられます。

#### B. 交互嚥下

嫌いなもの、食べにくいものが連続して口に入ると、嚥下しなくなることや異常に嚥下まで時間がかかることがあります。食事介助の時は、本人が次に食べたいものを介助者が察さなければなりません。食べにくいもの、食べやすいものを交互に食べることで、食事をスムーズに進めることを交互嚥下といいます。

#### C. 咽頭への流し込み

認知症（とくにアルツハイマー型）の人の中には、咽頭期には問題ないものの、口腔期が障がいされて経口摂取が進まなくなることがあります。そのような場合は、リクラ

イニング位にする、舌を押し下げて舌軟口蓋閉鎖を徒手的に開くなどして強制的に咽頭に食事が流れていくようにすると、嚥下反射を利用した食事介助ができます。ただし、そのような食事の仕方が、本人や家族にとって喜びに繋がるかどうかを十分考慮して行わなければなりません。本人や家族の苦痛となるのであれば胃瘻やターミナルケアを考える必要があります。

**6. 嚥下からみた歯科治療**

歯科疾患を訴えることができない認知症の場合は、食欲低下などの嚥下障がいとして症状があらわれることがあります。歯科医療従事者は次のような事項に留意しましょう。

**A. 歯科受診の目安**

急な食欲低下、食欲に波がある、嗜好に変化があった、歯磨きのときに嫌がる部位がある、といった場合には歯科受診を薦めましょう（図11）。義歯が外れやすい場合には、その治療の可否も含めて一度歯科を受診した方がいいでしょう。

**B. 義歯の調整・修理・新製**

義歯の不適合が認められた場合は、基本的には調整や修理で対応した方がいいでしょう。新しい義歯を作った場合は、その新しい義歯を使いこなす運動を学習する必要がありますが、認知症の場合はそれが困難です。

どうしても新製しなければならないときは、旧義歯をできる限り再現することがポイントです。参考にする旧義歯が無いときは、ペースト食やゼリー食を摂取している人には咀嚼を重視した義歯は不要であり、咬合高径（咬み合わせの高さ）を低くするなど機能に合った設計を歯科医師と相談しましょう。また、新製する時は、作っても装着してもらえない可能性が高いことを十分説明しておきましょう。

**D. 義歯の必要性**

義歯を入れることで咀嚼ができる、嚥下がスムーズになる、誤嚥が減るというときは、義歯は装着しておいた方がよいでしょう。しかしながら、あまりに安定が悪い場合や症例が装着を嫌がる場合は、義歯装着・非装着で嚥下の状態（食事時間、ムセの頻度、発熱頻度、嚥下内視鏡の所見など）を比較し、差が無いのであれば外すのも一法です。嚥下において義歯は利点もあるが欠点もあるため（表3）、バランスをみて要・不要を判断しましょう。



図11 食欲が低下した人の口腔内（義歯を外したところ）

義歯に隠れていて分からなかったが、義歯下の粘膜が腫脹しており、それが食事時の痛みの原因となっていた。

表3 義歯を装着する利点と欠点

利点	欠点
食物粉碎能力の向上 顎位の安定 頬、口唇の緊張保持	口蓋等の感覚の低下 舌・口蓋間の距離の延長 違和感



## 7. 服薬方法の指導

薬を服用することは非常に高度な嚥下機能を要します。水での服用が難しいときは、ゼリーを用いて嚥下すると比較的安全に飲むことができます。ゼリーでくるんだり、ゼリーの中に埋めたりして服薬すると誤嚥のリスクも軽減されます。どうしても錠剤が飲めない場合は、薬剤師と相談したうえで、粉碎して食べ物と混ぜる、簡易懸濁法で溶かす、といった方法を検討しましょう。

## 理想と現実のバランス

以上、さまざまな食事支援の方法を説明しましたが、「この原因疾患による認知症にはこの方法」という決まった方法はありません。原因疾患とその人の生活、性格、状況をよく考慮して、適切な支援方法を、まさに手探りで楽しみながら求めていくのが認知症の支援の醍醐味です。

中には、改善方法が分かっても、その人が受容してくれないこともあります。そのときは他に改善できる方法がないか、常に次善の策を考えましょう。例を上げると、とろみが受容されなかった場合には、次善の策として①ゼリーで補うことも考えられます。しかし介助者の負担等でそれが不可能な場合は、②ムセても発熱が無ければ許容する、③発熱しないようにドレナージを指示しておく、④発熱した場合にはすぐにかかりつけ医の診察が受けられるようにしておく、⑤発熱・肺炎の可能性を十分家族に説明しておく、など数段構えの対応が準備できているのが理想です。

---

### 参考文献

- ・ 野原幹司、山脇正永、小谷泰子、他：認知症患者の摂食・嚥下リハビリテーション、野原幹司 編著、南山堂、2011
- ・ 戸原玄、野原幹司、石田瞭 編著：訪問歯科診療ではじめる摂食嚥下障害へのアプローチ、医歯薬出版、2007
- ・ 野原幹司、石川朗：言語聴覚士のための呼吸ケアとリハビリテーション、石川朗 編、中山書店、2010

## 2 認知症の人に対する歯科治療の必要性

### (1) 周辺症状（行動・心理症状）と口腔の関係

認知症の病態は口腔に直接影響を与えませんが、周辺症状（行動・心理症状）（P 6 参照）が口腔の衛生状態の悪化や口腔ケアを含む歯科治療の遂行を困難にし、重篤な歯科的問題を引き起こします。食行動異常や服用薬物の副作用が口腔環境を悪化させ、無気力無関心や介助拒否による口腔ケア不足がむし歯や歯周病を進行させ歯の欠損を増加させます。さらに義歯の装着拒否によって咀嚼状態が悪化し、口腔機能全般の低下を引き起こし低栄養状態に陥り、全身状態の悪化につながります。

### (2) 歯科関連症状と認知症の人への配慮

#### 1. むし歯と歯周病：

口腔疾患のむし歯（う蝕）と歯周炎（歯槽膿漏）は軽い風邪や切り傷などとは違って、自然に治癒する疾患ではありません。また認知症の人では、摂食嚥下障がいなどの機能障がい、口腔乾燥症、味覚障がい、誤嚥性肺炎などにも注意が必要です。これらは早期の治療が重要な疾患であり、放置すると重症になり、治療は難しく期間もかかります。

どのようなときに口腔疾患が疑われ、歯科医院を訪れる必要があるのでしょうか。口腔に痛みがあったり痛そうな仕草をするときは、歯科を受診する必要があります。しかし、認知症の人では、痛みがうまく伝えられないことがあります。食事量が急激に落ちてきた場合にも注意してあげましょう。



ただし、う蝕が進行するとまず冷たいものがしみ、さらに進行すると歯の神経（歯髄）が炎症を起こして激しい痛みが生じますが、神経が壊死してしまうと一時的には疼痛が消失します（図1）。しかしながら、疼痛が消失しても炎症は歯の根（歯根）の先から周囲に進行し、食べ物を噛むと痛くなったりもします。口腔疾患では痛みが無くなったからといって安心できません。むしろ進行していることが多いのです。また、認知症の人では周囲の人が気付かないうち

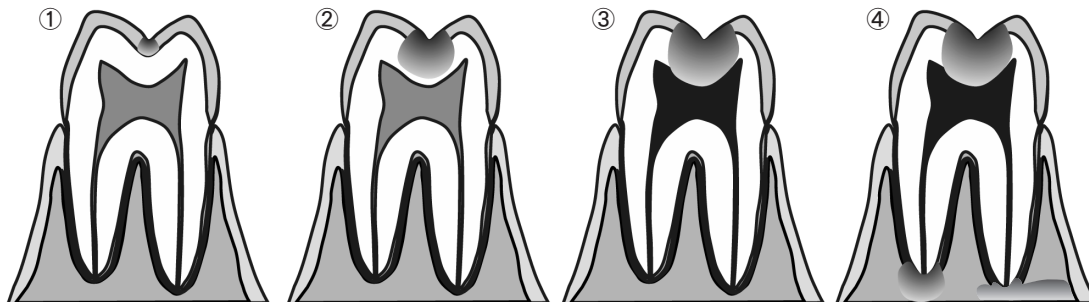


図1 う蝕が進行すると刺激に対して痛みを感じます（①～②）。やがて刺激が無くても強い痛みを感じるようになり（③）、さらに放置すると歯の神経（歯髄）が腐って痛みが弱くなります。さらに放置すると歯の根の先から炎症が骨の中に進行します（④）。

に疼痛の発生と消失が生じ、放置されて重症化することがあります。歯周炎（歯槽膿漏）での疼痛も膿の出口（婁孔<sup>ろうこう</sup>）ができると疼痛が消失します。歯周炎は多くの全身疾患と関係が深いともいわれています。

歯に食べ物がよく詰まるようになった場合も歯科医院に相談してください。誰でも年をとると歯と歯の間が大きくなって食べ物が詰まりやすくなります。その他にも、う蝕、詰め物の脱落、歯周炎による歯の動揺、歯のかぶせもの（クラウン）の内部う蝕などが原因のこともあります（図2）。

口腔粘膜が腫れたり色が変わったりしたときにも注意が必要です。口内炎や腫瘍など、また全身疾患の症状が口腔内に現われていることもあります。

認知症の人では痛みや症状があっても本人が訴えられないことがあるので、周囲の人間が注意してあげる必要があります。



図2 クラウン内部のう蝕は発見が難しく重症化することが多い。

外科的処置が必要となる場合、例えば動揺が著しく今にも抜けそうな歯を放置しておくことと誤飲・誤嚥の恐れがあるため抜歯が必要となります。このような状況では、本人に説明を行い、また家族や介護者にも同様の説明を行います。認知症という疾患の性質上、本人からの同意や情報収集は困難となる場合が多いためです。本人より歯が動いて痛みがあると訴えられ、その後抜歯の必要性を説明してもなかなか同意を得られないという状況も少なくありません。このような場合、処置の同意を主として家族や介護者に求めることとなります。

## 2. 咀嚼障がい：

抜けた歯がある場合には、ブリッジや入れ歯を装着する必要があります。歯が抜けたまま放置すると残っている歯が動いてさらに噛みにくくなったり、ブリッジや義歯で治療することも難しくなったりします。しっかりと噛めないと、十分に咀嚼することができなくなります。十分に咀嚼できないと栄養状態にも問題が生じますし、胃腸障がいの原因にもなります。咀嚼できないと、食べ物を飲み込みやすい形にできないため、嚥下障がいや誤嚥をおこしやすくなります。また、よく噛むことは脳にも良い刺激を与えることが分かっています。

認知症の人では、少しでも義歯が合わなくなると義歯を外してしまい、そのまま使わない人がある一方で、義歯をずっと口腔内に入れたままで決してはずそうとしない人もいます。どちらも問題があります。また、重度の認知症の人では、義歯を新しく作っても違和感に慣れることができず義歯を入れていられなかったり、義歯の調整のための指示をうまく実行できず、義歯が調整できなかつたりすることがあります。これらを防ぐには、認知症が初期段階のうちに患者さんに合った義歯を作ることが必要となります。

また、義歯の清掃が十分に行えていないと、口臭や口腔粘膜の炎症による痛み、および誤嚥性肺炎の危険性にもつながります。本人が清掃を行えない場合、家族や介護者が義歯の清掃を行う必要があります。

### 3. 口臭：

口臭の原因は主に口腔清掃不良です。とくに認知症の人では整容能力の低下が著しく、食べかすや歯垢が残りやすくなります。自力で整容できない患者では、介助者が口腔清掃を行うことは不可欠です。口臭はとくに社会的な孤立も引き起こすため、十分な口腔清掃を行う必要があります。

しかし、口臭がひどいときには口腔疾患が関係していることもあります。むし歯の存在や、歯周病などで排膿がある場合でも、口臭は生じます。

### 4. 開口障がい：

口が開きにくい、開けると痛い。あるいは口を開け閉めすると顎の関節部分に音がする場合は顎関節症を疑います。放置すると口が開かなくなることもあります。口を開けると痛い場合は親知らず（智歯）などの口腔内の炎症が原因のこともあります。

### 5. 摂食嚥下障がい：

たびたびむせる、食事中に声が変わる、たびたび発熱を繰り返すなどの症状がある場合は摂食嚥下障がい疑われます。脳血管疾患などによって麻痺や構音障がいがある場合は、摂食嚥下障がいが生じやすいので注意が必要です。摂食嚥下障がいによって、誤嚥があると肺炎（誤嚥性肺炎）を生じます。誤嚥は食事の時だけでなく、寝ているときにも生じ、唾液が気管内に入って肺炎を発症させることがあります。

### 6. その他：

認知症の人で内服薬が多い方では、口腔乾燥症や味覚障がいを生じることがあります。そのため、食事が楽しくなくなるだけでなく、会話がしづらくなるなど、心理面や社会面でも問題を生じることがあります。認知症の人では口腔の問題をうまく表現できないことが多いので、周囲の方の注意が必要です。口腔疾患を予防し、あるいは早期発見するためには、定期的に歯科の検診を受けることが薦められます。

## (3) 歯科治療

### 1. 歯科治療前

#### ①医療面接：

治療の前に歯科医師や歯科衛生士が医療面接を行います。来院の動機、症状の経過、全身状態などについてお聞きします。認知症の人では、自身で病状を把握していなかったり、十分に表現できないことが多いため、付き添いの方からの説明も必要になります。

歯科治療にあたって、本人の認知症の症状についての説明が必要です。認知症の進行程度と原因疾患、麻痺や運動制限の有無などについてお話しください。重症である場合では、突

発的な行動で事故になることもあるので十分な注意が必要です。

## ②服用薬について：

服用薬についての情報も必要です。おくすり手帳、薬剤情報提供書や服用薬を持参するようにして下さい。薬によっては歯科治療に影響するものがあります。例えば、血液の流れを良くする薬（抗凝固薬、抗血小板薬など）では、抜歯などの観血処置では止血が困難になります。高血圧治療薬のなかには歯肉炎を起こすものもあります。

口腔乾燥や味覚障がいを生じる薬もあります。また、骨粗鬆症治療薬を服用されている場合には抜歯等の観血処置ができない場合もあります。糖尿病の方は感染しやすく傷の治りも遅いので注意が必要です。

認知症に対する服薬の副作用として吐き気、嘔吐、唾液量の増加など口腔・消化器症状や、中には興奮しやすく、不隠になるなどの症状が見られる場合もあります。



## ③病診連携：

歯科医師は治療前に全身的な病状を把握する必要から医科担当医に対して、紹介状をお渡しすることがあります。この場合、当日の治療は行わないか急性症状の緩和だけに留め、本格的な治療は医科担当医からの返事を待ってからになります。

認知症の人の治療は、どこの歯科医院でもできるわけではありません。全身状態や治療内容によっては、専門の歯科医院や病院などでの治療を薦められることもあります。

## ④診療と治療計画：

医療面接後、歯科医師が口腔内の診察を行います。認知症の人では、疼痛部位などを明確に示せないことがあるので、付き添いの方にも一緒に確認していただくことがあります。

口腔内検診後、歯科医師は治療計画を立ててご本人に説明しますが、付き添いの方もご確認ください。質問があれば歯科医師にお尋ねください。治療についてご家族の承諾が必要な場合には、ご家族に説明をお願いします。

歯科治療は、通常1回で完結することはありません。多くの場合、複数回の来院が必要となります。むし歯で痛みがあって、神経をとった場合、痛みは治まりますが、歯の神経の治療を終えてクラウン（被せ）を被せるまでには、通常5～6回の来院が必要です。入れ歯（義歯）についても型を採っても次の時にでき上がるわけではありません。装着までには5～6回の来院が必要ですし、装着後にも咬み合わせの調整等のため数回の来院が必要です。

## 2. 歯科治療時

認知症の人は、新しい場所、人、物などに順応しにくいことが多いため、最初の数回は環

境に慣れさせるため同じ介護者が同じ場所に誘導することのみ行うなど、環境への順応を第一に考え工夫をします。

不安な気持ちは恐怖感を抱かせ混乱し過敏な反応を起こしやすいので、常に声かけながら安心感を与えるように努めます。口腔内をすぐに触らず、まわりから徐々に刺激を与える脱感作を行いながら進めます。誤嚥予防と危険防止が最重要です。介護者を含めた危険防止の体位、抑制方法を見つけ出す必要があります。認知症の人の歯科治療は、健康な成人の歯科治療に比べて困難なことが多いため、付き添いの方にも治療時にご協力いただきながら、安全に行うことが大切です。付き添いの方には、認知症の人の代弁者にもなっていただきます。歯科医師は治療に集中していますので、本人の様子の変化に気づかれたときは、すぐにお知らせ下さい。

麻痺があって車いすで来院された場合、車いすのまま治療できることもあります。多くは治療いす（デンタルチェア）への移乗が必要です。移乗にご協力をお願いすることがあります。

体調を管理しながら治療することもあります。この場合、動脈血酸素飽和度、脈拍、血圧や場合によっては心電図などを測定したり、モニタリングすることもあります。



図 3

治療時に身体をじっとしてられない、あるいは突発的な動きが予想される患者では、デンタルチェアからの落下、口腔内の傷害、歯の被せ物（クラウン）などの落下の危険があります。このようなときは、開口器の使用、歯科衛生士や歯科助手あるいは器具によって手足を固定することがあります（図3）。静脈内鎮静や全身麻酔が必要になることもあります。体調によっては受診日に治療が行えなかったり、処置内容を変更することもあります。

### 3. 歯科治療後

歯科治療後には、歯科医師や歯科衛生士から治療内容の説明と指導や指示があります。認知症の程度によっては、指示をうまく実行することが難しいので、付き添いの方もできるだけ説明をお聞きください。

義歯を装着した場合には、義歯の取り扱い方法についての説明があります。義歯の上下左右、着脱方法を説明します。着脱については軽度の認知症であれば本人自身でできるように練習していただきますが、付き添いの方も義歯の着脱ができるようになることが望めます。上下の入れ歯を同時に製作した場合は、上下の入れ歯は1組として考えて下さい。上顎に新しい義歯、下顎に以前の義歯を装着しても使用することはできません。義歯の清掃は特に重要です。清掃不良は、口内炎、口臭などの原因になるだけでなく肺炎の原因にもなります。

薬を処方されたときは、指示を守って服用して下さい。重度の認知症の場合、本人に任せておくと正しく服用できない場合が多いので、必ず確認をお願いします。

局所麻酔をした場合は、唇や舌、頬がしびれていますので、咬んで傷つけてしまいやすくなります。麻酔が切れるまで食事を控え、頬や舌を咬んでいないか注意して下さい。

#### (4) 訪問歯科診療

認知症の人で歯科医院への通院が困難な場合には、訪問歯科診療を依頼して、施設や居宅で歯科治療を受けることができます。かかりつけ歯科医に依頼するのが一般的な方法ですが、かかりつけ歯科医がいなかったり、訪問歯科診療を行っていない場合には、地域の歯科医師会等にご相談ください。なお、訪問歯科診療はその歯科医院から半径16km以内の施設や居宅でないと実施することができません。(平成26年4月診療報酬)

訪問歯科診療においては、患者さんの全身状態だけでなく、携行できる器材や設備にも制限があるので、歯科医院と同等の治療ができるわけではありません。簡単な歯科治療や口腔ケアが中心になります。また、診療報酬の関係上、治療費は歯科医院で受けるよりも割高になります。訪問歯科診療では対応ができない難しい治療が必要な場合は、病院に紹介されたり、入院が必要なこともあります。

## 3 口腔保健指導の前準備と実際

### (1) 口腔保健指導計画

認知症の人の口腔ケアは、1) 情報収集、2) アセスメント、3) 口腔ケア計画作成、4) 口腔ケア計画の実施の順序で行うことによって、患者さんの状態に応じたオーダーメイドの口腔ケアを提供できます。また定期的にアセスメントを行い口腔ケア計画の見直しを繰り返すことによって、口腔ケアを改善していくことが重要です。以下にもう少し詳しく記載します。

#### 1. 情報収集

アセスメントの前に患者の全身の病状を正確に把握します。具体的には、医療機関から患者の病歴（既往歴、現病歴）、認知症評価スケールの結果、治療経過、服用薬などを収集します。また他施設からの移動である場合、以前の施設のアセスメントや病状把握の照会も行います。照会にあたっては歯科専門職に相談するとよいでしょう。口腔ケア実施期間中に行われる認知症のスクリーニング検査等や問診記録票も随時収集し、病状の把握に努めます。そして特に日々身近に接している口腔ケアを本人とともに実践する実施者が、発言や行動を詳細に観察することは、認知症の情報収集にとって最も重要です。

#### 2. アセスメント

口腔ケアの計画を立案するため、本人の全身と口腔の機能や感覚などを、専門職とともに評価します。全身について情報収集から得られた事項を追加し、自立度判定も含めた器質的機能的な評価を行います。口腔においてもBDR指標（P30表1-1）やFAST（P31表1-2）をふまえた評価項目を設定し、問題の抽出に努めます。そして評価にばらつきがないように随時専門職との評価のすりあわせを行います。特に認知症の口腔に対する自立度は、一見自立しているように見える場合があり、当初は専門職や他職種とともに評価することが有用です。抽出された問題点に対して実現可能な目標を短期、長期に分けて設定します。

#### 3. 口腔ケア計画作成

専門職を含めた他職種とともに、設定された目標に対して本人の残存の能力を可能な限り活用しながら無理のない口腔ケア計画の立案を行います。最初は清掃用具やリハビリ器具も簡易に準備できるものとし、特にベストではなくとも本人の慣れ親しんだ用具や器具を選択します。特に本人の負担が少ない方法を優先し、次に実施者自身にとっても負担が少ない方法を選択します。また認知症の情動や行動の変化に対して柔軟な計画の立案を行います。口腔ケアプロトコールは年に1回見直す必要があります。表2に口腔ケアプロトコールの例を示しています。



#### 4. 口腔ケア計画の実施

実施に先だって歯科専門職から口腔ケアの正確な手技の指導を受けます。本人の表情や容態を観察しながら、できるだけ声をかけ、安全で効率の良い口腔ケアを行います。認知症の場合、自立していても実施中は補助や観察が必要なことがあります。

日々の口腔ケアで気づいたことや観察されたことを記録し、再度アセスメントを行い口腔ケアの計画の見直しを繰り返すことによって、本人と実施者双方が安全で負担が少なく、効果の高い口腔ケア計画となります。

表 1 - 1 BDR 指標

	自立 a	一部介助 b	全介助 c
B 歯磨き (Brushing)	a ほぼ自分で磨く a1 移動して実施する a2 寝床で実施する	b 部分的には自分で磨く b1 座位を保つ b2 座位を保てない	c 自分で磨かない c1 座位、半座位をとる c2 半座位もとれない
D 義歯着脱 (Denture Wearing)	a 自分で着脱する	b 着脱のどちらかはできる	c 自分では全く着脱しない
R うがい (Mouth Rinsing)	a ブクブクうがいをする	b 水を口に含む程度はする	c 水を口に含むこともできない

表 1 - 2 FAST に対応した口腔機能などの変遷とその対応

FAST stage	臨床診断	FASTに対する特徴	口腔ケア(セルフケア)	口腔ケア(支援・介助)
1 認知機能の障がいなし	正常	主観的および客観的機能は認められない	正常	健常者と同じ対応
2 非常に軽度の認知機能低下	年齢層相応	<ul style="list-style-type: none"> <li>物の置き忘れを訴える</li> <li>喚語困難</li> </ul>		
3 軽度の認知機能低下	境界状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる</li> <li>新しい場所に旅行することは困難</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>従来のブラッシング法は保持されるも、清掃のムラがある</li> <li>新たな清掃器具、手法の受け入れが困難なことがある</li> </ul>	認知症との診断がされていないケースが多く、口腔清掃の低下を契機に認知症と診断される可能性がある時期である
4 中等度の認知機能低下	軽度AD	<ul style="list-style-type: none"> <li>客を招く段取りや、家計の管理、買い物等の仕事でも支障をきたす</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>従来のブラッシング法は保持されるも、清掃状況に低下を認める</li> <li>新たな清掃器具、手法の受け入れが極めて困難なことがある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>複雑な指導の受け入れが困難となるため、単純な指導を行うことにより口腔清掃の自立を促す</li> <li>一部介助も必要となる時期であるが、介助の受け入れは自尊心が障がいとなり困難なことが多い</li> </ul>
5 やや高度の認知機能低下	中等度のAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>介助なしに適切な服を選んで着ることが出来ない</li> <li>入浴時になだめかすなどの説得の必要性が出現する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自らのブラッシング行為は遂行困難となる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔清掃を促すことにより口腔清掃の自立は困難ながら保持できるが、介助は導入に配慮が必要で、不適切な導入は介助拒否となることもある</li> <li>対象者の食事への嗜好性に配慮した食事提供が必要</li> </ul>
6 高度の認知機能低下	やや高度のAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>不適切な着衣</li> <li>入浴に介助を要する</li> <li>入浴を嫌がる</li> <li>トイレの水が流せなくなる</li> <li>尿、便の失禁</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>セルフケアが困難となる</li> <li>清掃行為が困難となるためブラッシングなども行わなくなるが、歯ブラシなどを指示するとブラッシング行為は行うことがあるが清掃行為としての認識は低い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔清掃はい一部介助が必要となり全介助のケースもあるが、対象者の不安感を極力軽減する配慮が必要</li> <li>使用可能な食具を選択しその際、一口量が過剰にならない配慮が必要</li> <li>食事の配膳などにも配慮が必要となり、ケースによっては一品ごとに提供することも効果的である</li> </ul>
7 非常に高度の認知機能低下	高度のAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>言語機能の低下</li> <li>限られた単語の理解</li> <li>歩行能力、着座能力、笑う能力の喪失</li> <li>昏迷および昏睡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>セルフケアが顕著に困難となり、ほとんどのケースでセルフケアが出来なくなる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔清掃は全介助となり、口腔内感覚の惹起を目的に食事提供前の口腔ケアも効果的なケースもある</li> <li>食事環境の整備に配慮が必要となり、食事の一部介助から全介助となるケース、さらに経口摂取が困難となり経管栄養などの方法も必要となる</li> </ul>

\* AD：アルツハイマー型認知症

平野浩彦, 本間 昭. 実践! 認知症を支える口腔ケア. 東京: 東京都高齢者研究福祉振興財団; 2007, 一部改変

## (2) 口腔保健指導の実際

### 1. 姿勢

口腔ケアを安全な姿勢で実施することは、誤嚥を防ぎ、本人の疲労を軽減する上で重要です。

#### ① 座位姿勢が取れない場合

本人の身体機能に障がいがある者があれば、ベッド上でファーラー位もしくはセミファーラー位をとります。ファーラー位（図1-e）は背中が45～60度で、誤嚥しにくいですが、ずり落ちやすくやや疲労しやすい姿勢です。セミファーラー位（図1-d）は背中が約30度で、誤嚥しにくいですがやや疲労しやすい姿勢です。ほぼ寝たきりの患者さんでは口腔ケアに適した姿勢で、頸部が可動であればセミファーラー位で頭部に枕をあてて頸部をやや前屈させると安全です。ベッドをギャッジアップできない場合、とくに片麻痺患者の場合は側臥位が好まれているようです。側臥位（図1-b）はベッドが平らな状態で、体幹が横に向いている姿勢です。麻痺が軽度の側を下にすると誤嚥が少ない姿勢です。しかし、この体位は口腔内を観察しにくいので、肩から腰にかけてマットを入れ、麻痺側を30度ほど起こした半側臥位がよいと考えられます。ほかに、前傾側臥位（図1-c）という、ベッドが平らな状態で伏臥位（うつ伏せ）から麻痺が重度の側をおこした姿勢もあります。最も誤嚥しにくいですが、実施者の疲労が大きい体位です。前傾側臥位も困難である場合は、仰臥位（図1-a）にて、枕を肩から頭部までやや高めにあてて、顔を少し横に向けた状態で行います。いずれの場合も介助の場合は頸部が後屈（誤嚥しやすい）しないように実施者は患者と同じ目線で行い、頭だけでも横向きにすると誤嚥を防ぐことができるので、顔を介助者の方に少し向けます。

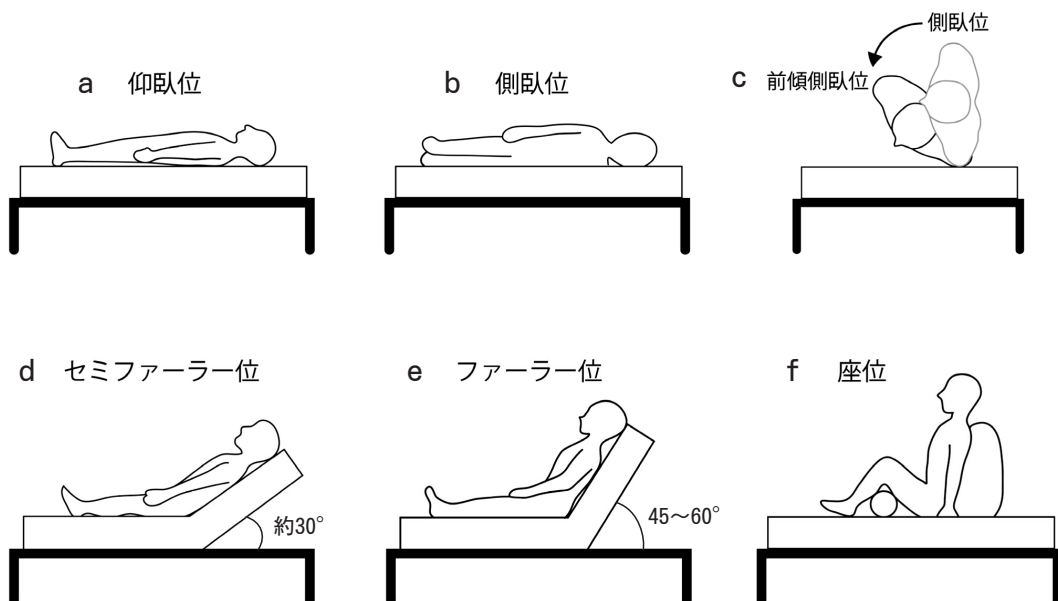


図1

② 座位、車いす、座位補助装置の場合

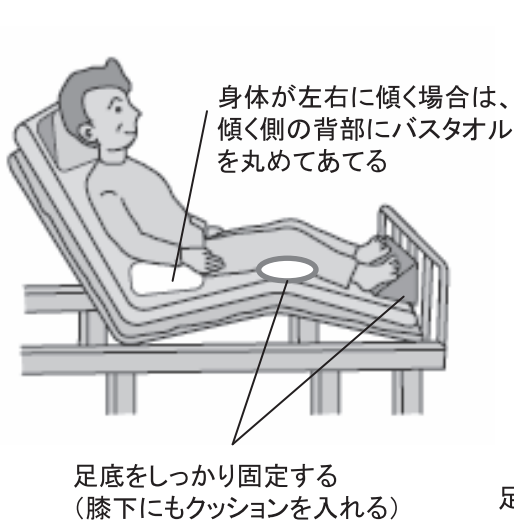
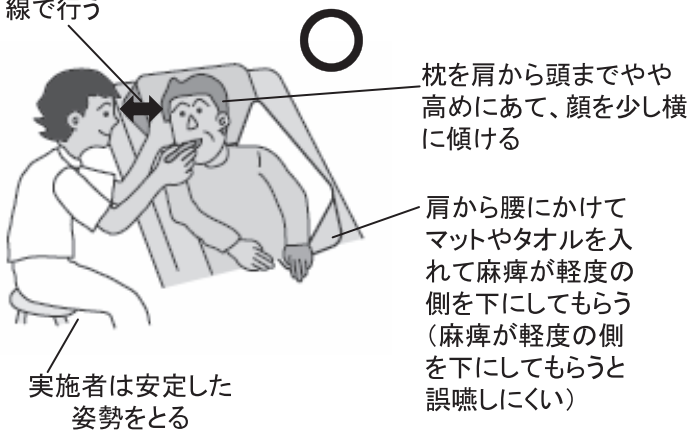
座位（f）は、誤嚥はしにくいですが疲れやすい姿勢です。ベッドの場合はクッションや固定具を使用します。車いすの場合、足元に台を用意したり、車いす用のテーブルやクッションに台を乗せ、安定した姿勢で行います。

③ 歩行可能な場合

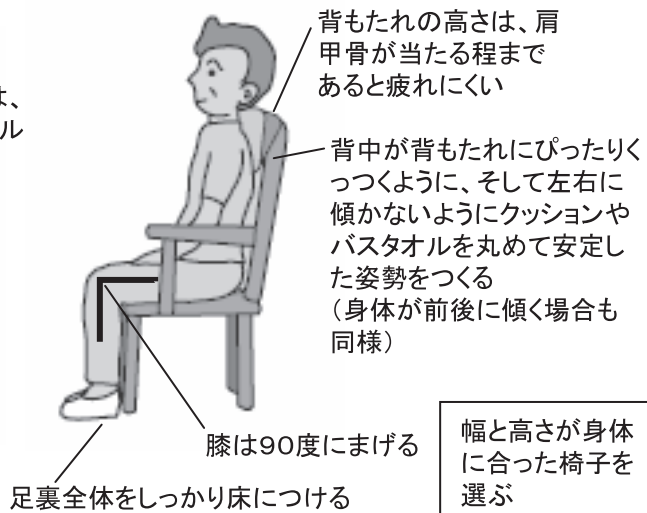
出来るだけ鏡の前に移動し、介助不要でも疲労を考慮し麻痺によって椅子を用意したり、後方からの補助を行います。

<患者が誤嚥しにくい姿勢>

実施者は患者と同じ目線で行う



<ベッドの場合>



幅と高さが身体に合った椅子を選ぶ

<椅子の場合>

## 2. 声かけ

口腔ケアを行う際は、声をかけながらケアを行うことが基本です。いきなり口腔内に手を入れるのではなく、相手の手を握ったり、肩のあたりに優しく手を触れたりしながら「お口の中をきれいにしましょう」などと説明し、対象者の恐怖心を和らげるように努めましょう。

- 緊張をほぐす
- 口腔から遠いところから ゆっくり触れていく
- リラックスされるように声かけしながら・・・

ニコニコ 笑顔で！



- 腕・肩に触れてみる



- 頬に触れてみる



- 歯ブラシに慣れていただく

歯ブラシの毛の硬さは、  
ウルトラソフトから始めましょう！

下唇にそっと



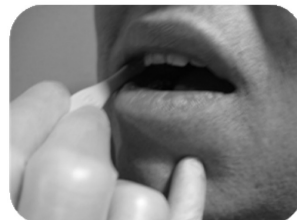
奥歯にそっと



軽く動かしてみる



優しい力で「10」数えながら歯ブラシの先を振動させる



### 3. 口唇のマッサージ

グローブをした指やスポンジブラシを水で濡らし、口唇部をマッサージします。

筋緊張が強くて開口しにくい場合にも、口唇のマッサージを行ってから開口させることは有効です。この場合、さらに口腔周辺部や顔面部のマッサージも行うと効果的です。

また、重度の認知症でなかなか開口してくれない場合でも、口唇に触れると開口することがあります。開口したら口を閉じてしまう前にすばやく指を口腔内に入れ、視野を確保してケアを行います。

口唇のマッサージが終わっても開口しない場合は、口腔前庭部もケアを行います。指についた汚れは軽くとり、再び指を水で軽く塗らすことで、乾燥した口腔内が湿潤し、ブラッシング時の汚れ落ちがスムーズになります。

### 4. 歯磨き

開口するか、あるいは口唇の力が緩んできたら、歯のブラッシングを行っていきます。歯磨きは歯や義歯、粘膜のプラーク（歯垢）や食物残渣を取り除くことです。そのためには、汚れが残りやすい部分を理解しておく必要があります。汚れが残りやすいところは、歯のかみ合わせの面（咬合面）特に溝の部分、歯と歯ぐきの境目、歯と歯の間（図2）です。義歯を装着している場合は、クラスプ（止め金）のかかっている歯に食物残渣が残りやすいので、口腔ケア時には義歯を外す必要があります。

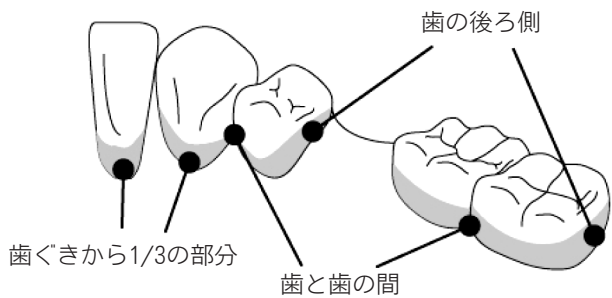


図2 歯垢のたまりやすい場所

歯ブラシの持ち方は鉛筆を持つ要領で持ちます。歯ブラシの毛先を歯と歯ぐきの境目に、歯の側面にほぼ垂直に押し当てて（図3）横に細かく振動させるように動かします。歯ブラシの毛先は軽く歯面に触れていれば除去できます。強く圧迫する必要はありません。強く激しく動かすと歯ぐきを傷つけることがあります。

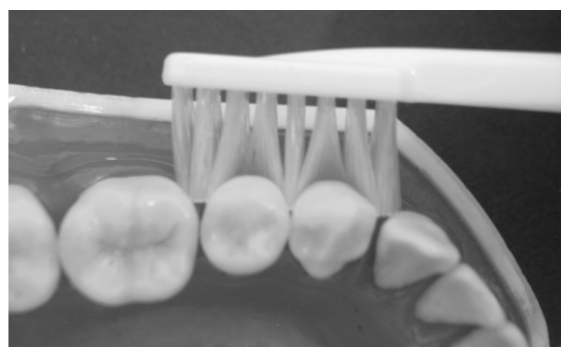


図3 歯ブラシのあて方

歯ブラシで、粘膜が出血しやすい時は、刺激の少ない毛先の柔らかいものから開始します。歯ブラシの植毛部は、細かいところが磨きやすいように小さめのものを使用します。柄の部分は、握力が弱い方の場合、太くしたり、腕の動く範囲が限られた方では柄の部分を屈曲させるような工夫が必要です（図4）。歯ブラシは、毛先が開いてきたら新しい歯ブラシと交換します。通常の使用で1か月、ながくても3か月で交換します。

利き腕での歯磨きが困難な場合は、電動歯ブラシの使用が有効です。

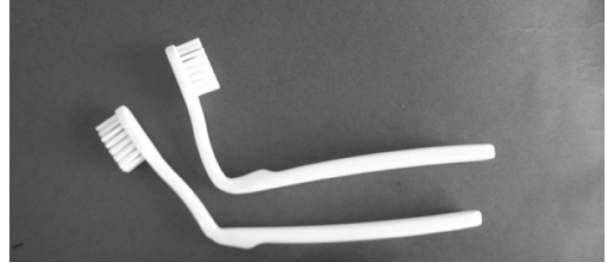


図4 熱で屈曲させた歯ブラシ

## 5. その他の清掃用具

### ① 歯間ブラシ

歯ブラシが届きにくい歯と歯の間（歯間部）の清掃に使用します。歯肉を傷つけないようにゆっくり挿入し数回挿入方向にそって動かします。無理に挿入すると破折の危険があり、誤飲させてしまうこともあり注意が必要です。ブリッジ（冠橋義歯）では特に有用な清掃方法です（図5）。

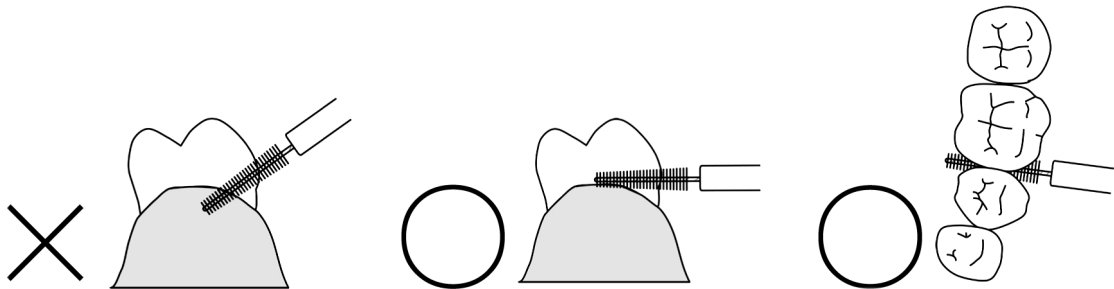


図5 歯間ブラシの挿入方向

### ② ポイントブラシ（インタースペースブラシ、ワンタフトブラシ）（図6）

歯並びの悪いところや孤立した歯、一番後方の歯の後ろ側、アタッチメントや根面板の周囲歯肉の清掃に効果があります。



図6 ポイントブラシを用いた  
最後臼歯部のブラッシング

③ スポンジブラシ（図7）

歯ブラシの使用が不可能な場合や導入に用い、ガーゼを代用してもかまいません。歯ブラシほどの歯面の清掃効果はあまりありませんが、歯と頬の間、舌背、口蓋部（上あご）の食物残渣や付着物の除去に有効です。

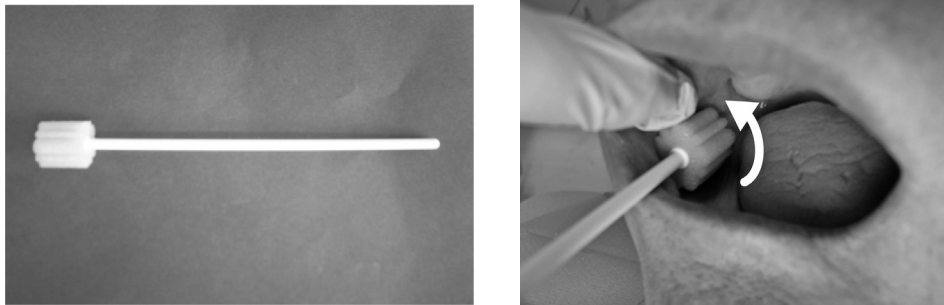


図7 スポンジブラシ

④ 軟毛ブラシ

義歯をはずした後の顎堤など、口腔内粘膜の清掃や舌ブラシとして使用することができます。スポンジブラシより清掃効果があります。

⑤ 舌ブラシ（図8）

舌の感覚の賦活や、舌苔の除去に使用します。

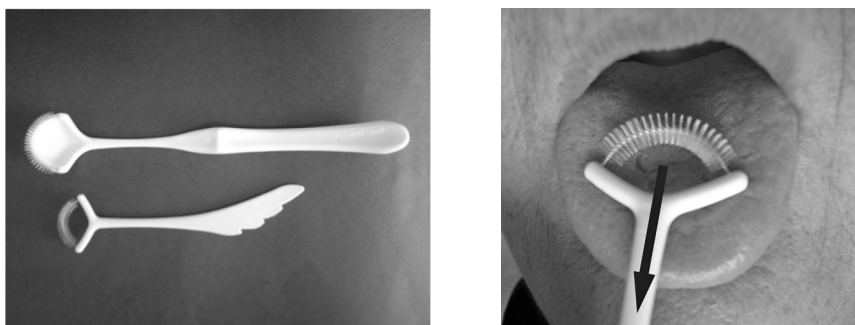


図8 舌ブラシ

6. うがい、洗口

- ① 開口しにくい場合は、開口器（開口保持具）や、ガーゼなどを噛ませて、十分に開口させます。
- ② ガーグルベースン（図9）、膿盆を顔に密着させます。
- ③ 吸い飲みやストローの先を口角から入れて、水または微温湯を静かに含ませます。
- ④ 吐き出した液がきれいになるまで、うがいを繰り返します。吸引カテーテルを使用する場合は、下側の口角から奥に挿入し吸引します。



図9 ガーグルベースン



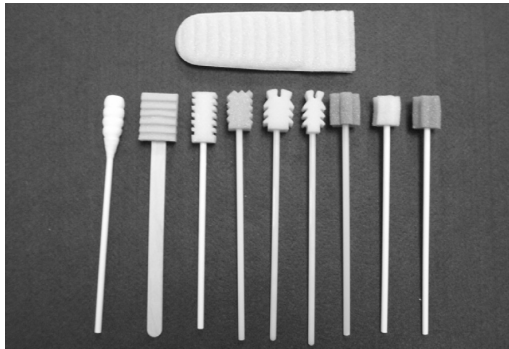
[口腔ケア用品]



**歯ブラシと補助清掃用具**  
歯間ブラシ デンタルフロス ポイントブラシ



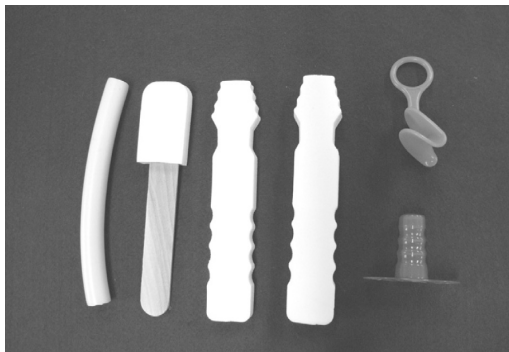
**義歯用ブラシ**  
義歯の凹凸や金属部分が清掃しやすい



**口腔清掃用スポンジブラシ**  
舌や口蓋など粘膜の清掃に用いる



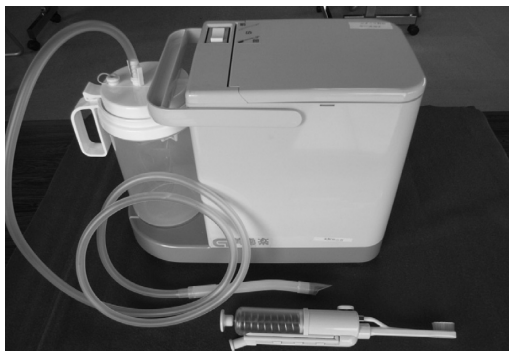
**舌ブラシ**  
舌の清掃時に用いる



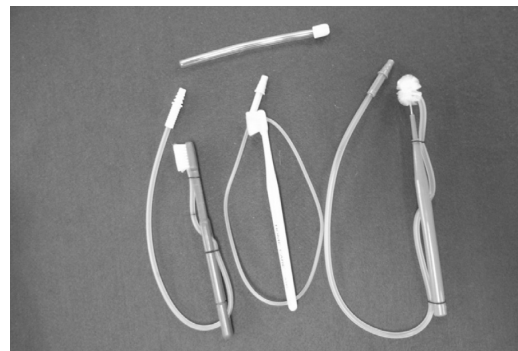
**開口器**  
開口や開口保持が困難な方に用いる



**保湿剤（ジェル・洗口剤）**  
口腔乾燥や舌苔のある方等の口腔ケア時に用いる



**給水・吸引機能付き歯ブラシ**  
給水と同時に吸引を行える歯ブラシ



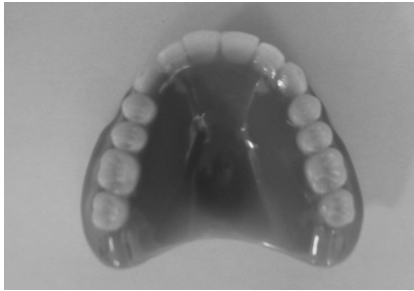
**吸引機能付き歯ブラシ、排唾管**  
吸引器に接続して排唾できる用具

## 7. 義歯について

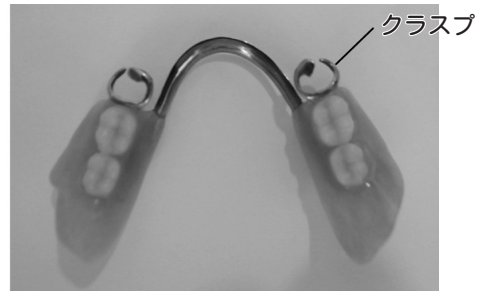
### ① 義歯の種類

失った歯の機能を回復させたり、顔貌の形態変化を回復するために、歯の欠損状態に応じて総入れ歯（全部床義歯）や部分入れ歯（局部床義歯）、ブリッジ（冠橋義歯）を使用します。

総入れ歯（全部床義歯）



部分入れ歯（局部床義歯）



### ② 義歯の特徴と注意点

- (1) 義歯の樹脂部分は吸水性があり、乾燥すると変形する。
- (2) 装着中は、粘膜と入れ歯の隙間に細菌が繁殖しやすい。
- (3) 樹脂の部分は傷つきやすく、間違った手入れ方法で入れ歯の表面に傷をつけるとさらに細菌が付着しやすい。また清掃を怠ると歯石を形成し義歯用ブラシでも除去不可能になる。

### ③ 入れ歯の取り扱い

認知症の場合、新しい義歯を作成しても、義歯を認識して装着使用出来ない場合があります。したがって現在使用中の義歯の紛失、破損には十分注意する必要があります。

- (1) 歯ぐきを休ませる事と誤飲の抑制のため、原則的に就寝時は義歯を外す。
- (2) 破損、変形の防止の原因となるため、熱に近づけたり熱湯の中に入れてない。
- (3) 破損、変形の防止の原因となるため、咬んで入れないようにする。
- (4) 利き腕に麻痺がある患者では、部分床義歯の着脱が困難であり、介護者への着脱指導が必要になる場合がある。

### ④ 入れ歯の清掃方法

- (1) 毎食後取り外し、硬めの歯ブラシや義歯用ブラシ（P 38参照）を用いて十分に水洗する。
- (2) 入れ歯安定剤は、きれいに除去して洗浄する。
- (3) 特にクラスプ（止め金）部分を丁寧に洗う。
- (4) 落として破損しないように、水の張った洗面器の上で行う。
- (5) 歯磨き粉は義歯が磨耗するので使用しない。

(6) 市販の入れ歯洗浄剤を使用する場合もあるが、部分入れ歯の場合、部分入れ歯専用洗浄剤でないと止め金が腐食して折れやすくなるので注意が必要。

#### ⑤ 保管

- (1) よく洗浄した後、水につけて保管する。水は毎日取り替える。
- (2) 長期間装着しないと合わなくなりやすいので、はずしたままにしない。

#### ⑥ 入れ歯安定剤

長期間の使用は好ましくありません。使用する場合は歯科医師の指示のもとで使用します。

### (3) オーラルリハビリテーション（機能的口腔ケア）

口腔の筋力や組織、感覚を刺激することによって、機能や感覚の維持回復を目的に行います。

#### 口腔機能訓練の基本

最初は器具などを使わなくてもかまいません。本人のやる気を重視し、様子を見て短時間から少しずつリハビリ項目や時間を増やすようにします。

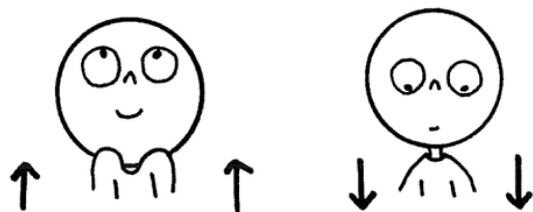
リハビリは大きな筋肉から、小さな筋肉の順で行います。同じ運動に見えて、ストレッチ（筋肉に力を入れず筋肉を伸ばす運動）と負荷運動（筋肉に力を入れて筋肉を短く収縮させる運動）に分類できます。最初はストレッチし、次に負荷をかけた運動を行います。実施者自らも一度同じ運動を行い、目的とする筋肉を意識し、麻痺していたとしても運動の目的となる筋肉を実施者が触れながら行います。出来れば食事前に行い、食後や経管栄養摂取直後は避けるようにします。

リハビリは中止すると機能は低下しますが、続けたとしても誰もが目に見えて効果があるものではありません。したがって実施者の根気や声かけが最も重要な要素となります。

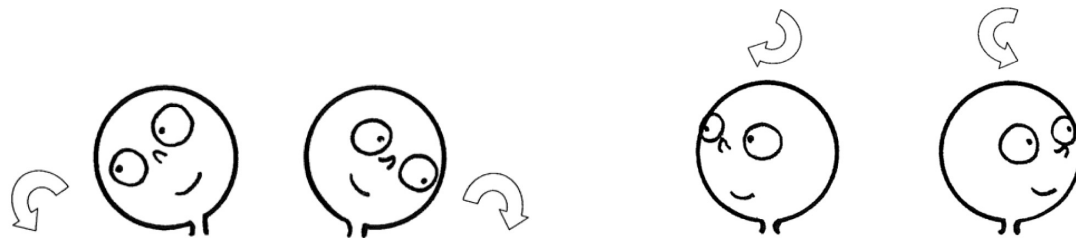
#### 1. 呼吸

嚥下機能が低下した患者さんであっても、誤嚥したときには咳をします。誤嚥しても咳である程度誤嚥したものを排出することが、その後の肺炎などの感染に大きく影響します。したがって呼吸機能を維持することが、機能的口腔ケアの第一歩です。リハビリの前後に深呼吸を加え、呼吸音（ゴロゴロ、ゼーゼーなど）の観察も行います。

## 2. 頭、頸、肩の運動



肩をすぼめるように上げてストンと落とします。



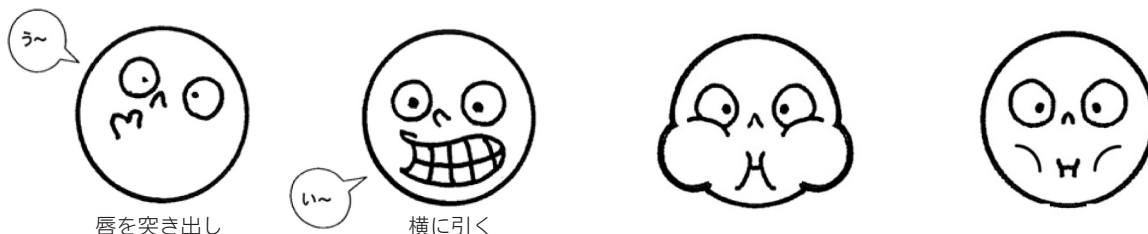
首を前後・左右に傾けます。

首をまわします。

## 3. 口のストレッチと運動

筋肉の筋にそって、口の周りの筋をマッサージするように少しずつストレッチします。唇が乾燥している場合には、保湿剤で保湿をしてしばらく経ってから行います。

### ① 唇、頬の運動



唇を突き出し

横に引く

大きく「ウー」で唇を突き出し、  
大きく「イー」で口角を広げます。

頬をできるだけふくらませる、  
すぼめる動作をくり返します。

### ② 舌の運動



舌の先で口の中から左右に  
頬を押します。

スプーンを舌の先で  
強く押します。

口を開けて舌を前方に突き  
出す、素早く引っ込めます。



舌で上と下の唇をなめます。

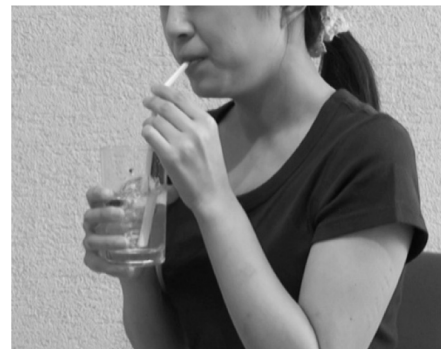


舌を前に出してさらに大きく回転させます。

#### 4. 特殊な運動や訓練（専門職の指導を受けてください）

##### ① ブローイング

ストローでコップの水をブクブク吹きます（できたら透明な容器の方が評価しやすいです）。



##### ② アイスマッサージ

マッサージ綿棒に少量の氷水をつけ、口蓋弓、咽頭後壁、奥舌～舌根部のマッサージを行います（アイスマッサージ綿棒は割り箸にカット綿を直径1cmぐらいになるように巻きつけて作ります）。

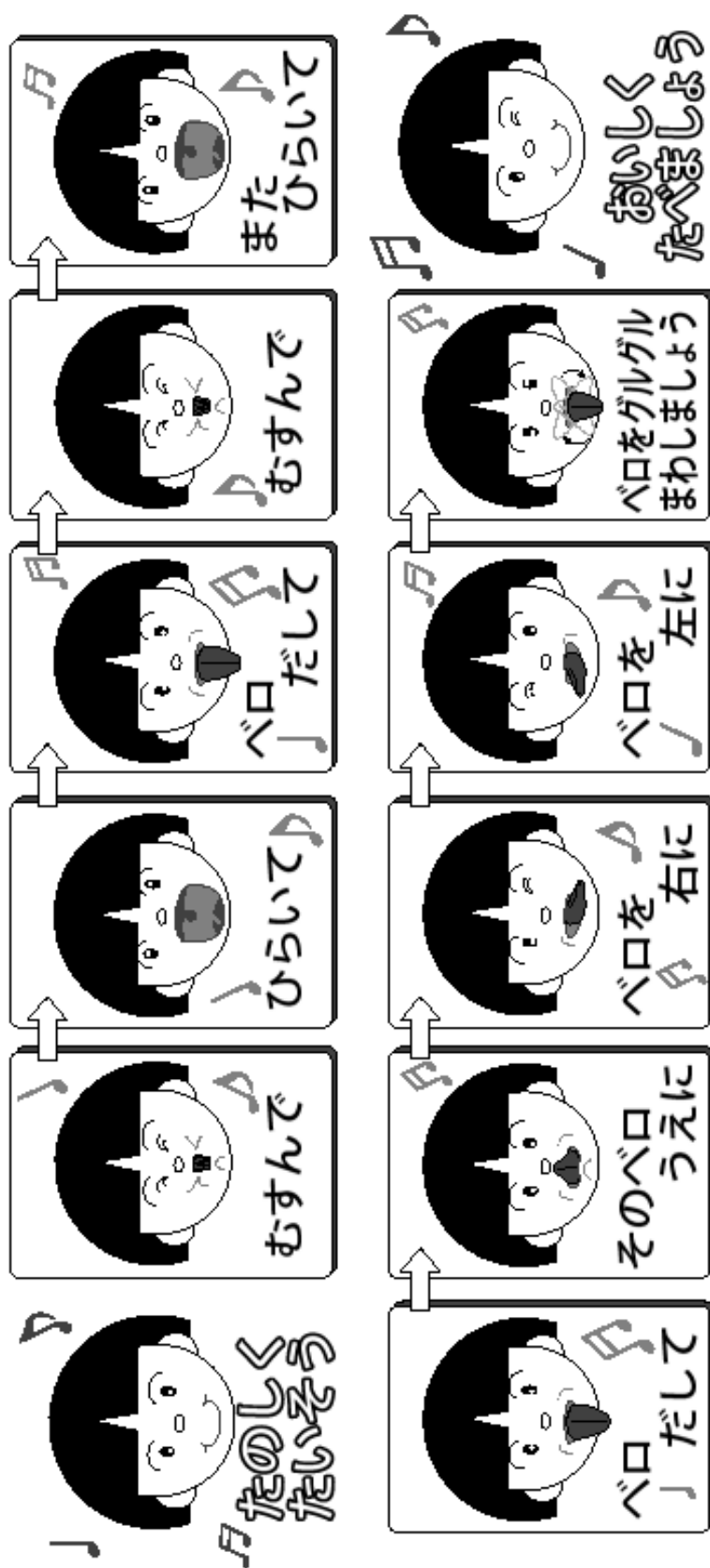
マッサージをしてからゴックン（空嚥下）をします。マッサージは患者様の反応を見ながら、休憩を含めて5分位とします。



# けんこう たいそう げんご たいそう

## 音楽 健口体操 音楽

舌・口唇などの動きがよくなると、だ液がよく出て、飲みこみやすくなります。お顔の表情もいきいきして発音もはつきりします。



(公社)大阪府歯科衛生士会

## (4) 口腔ケアの実践

### 認知症特有の障がいと口腔保健指導のアプローチ法

認知症に特徴的な症状には、健忘・記憶障がい、言語障がい、認知障がい（失認）・空間認識障がい、失行、実行機障がいなどがある。

#### ① 健忘・記憶障がい

健忘とは言語で表現できる種類のもの、エピソード記憶や意味記憶の障がいである。

行動の問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔ケアを行ったか思い出せない</li> <li>・今、行っている行動がわからない</li> <li>・口腔ケアを行う時間帯がわからない</li> <li>・口腔ケアの手法がわからない</li> </ul>
対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・静かな環境作り</li> <li>・声掛けや身振りで促す</li> <li>・口腔ケアを開始したら、注意がそれないように声かけ、続けられるように促す</li> <li>・口腔ケアの時間を決め、その時間になったら始めるように声をかける</li> </ul>

#### ② 言語障がい

言語障がいのうち失語という症状があるが、これは脳の言語機能の中枢（言語野）が損傷されることにより、一旦獲得した言語機能（「聞く」「話す」といった音声に関わる機能、「読む」「書く」といった文字に関わる機能）が障がいされた状態。

行動の問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔ケアの方法に関する疑問や希望などを表現できない</li> <li>・口腔ケアについての指示を理解するのが困難</li> </ul>
対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の意思をくみ取れるよう、表情やしぐさに注意</li> <li>・絵や身振り、表情を駆使する</li> <li>・口腔ケアの方法がわからなくなっているときは、言葉や文字ではなく、実際に一部介助してあげる</li> </ul>

#### ③ 認知障がい（失認）・空間認識障がい

失認とは、視覚、聴覚、触覚に異常はないのに、物を認識できない障がい。この認識障がいの特徴は、当たり前のように知っていることがわからなくなってしまうということである。空間認識障がいには、半側空間無視がある。

行動の問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔ケアに必要な器具の置き場所がわからなくなる</li> <li>・口腔ケアの器具を認識できなくなる</li> <li>・距離の判断ができない</li> </ul>
対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔ケアに用いる器具を直接本人に手渡ししてあげる</li> <li>・洗面台を利用し、不必要なものを片付けて、口腔ケアに必要なものだけにする</li> </ul>

④ 失行（体肢運動失行、口腔運動失行）

運動遂行器官に麻痺などの障がいがないにもかかわらず、認知機能障がいの結果、ある行為が遂行できない状態。

行動の問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔ケアにとりかかることが出来ない</li> <li>・歯ブラシやコップなどがうまく使えない</li> <li>・歯ブラシを口にに入れることや、歯に当てて細かく動かすなどの運動がうまく行えなくなる</li> </ul>
対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔ケアを始める際に、歯ブラシを手に持たせて「はい」などと言いながら、口腔ケアの動作を開始するきっかけ作りをする</li> <li>・手がうまく使えない場合は、歯ブラシの柄やコップの把持部を持ちやすい形状に工夫する</li> <li>・歯ブラシがうまく当たらない場合は、毛束部が広いものや、電動歯ブラシにする</li> <li>・どうしてもできない場合は介助する</li> </ul>

⑤ 実行障がい

実行機能とは、目的を果たすためにいくつかの作業を順序立てて行う能力。その能力が低下する。

行動の問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯みがき粉を食べる、うがいの障害、水をのむ</li> <li>・うがいを忘れる</li> </ul>
対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飲んでしまう可能性のある危険なものを周囲から取り除く</li> <li>・口腔ケアのうがいでは、含嗽剤などを使わずに水だけにする</li> <li>・静かな環境作り</li> </ul>

文献

- 1) 野原幹司, 編著. 認知症患者の摂食・嚥下リハビリテーション. 南山堂, 東京, 2011
- 2) 渡邊 誠 森戸光彦 植田耕一郎, 編著 介護の味方 これからはじめる認知症高齢者の口腔ケア・永末書店, 2009
- 3) 藤本篤士 他編著 5 疾病の口腔ケア. 医歯薬出版, 東京, 2013
- 4) 中島紀恵子 他編著 新版 認知症の人々の看護, 医歯薬出版, 東京, 2014
- 5) 一般社団法人日本口腔ケア学会 編集. 認知症高齢者の口腔ケアの理解のために. 財団法人口腔保健学会, 東京, 2011
- 6) 平野浩彦 編著 認知症高齢者への食支援と口腔ケア. 株式会社ワールドプランニング, 東京, 2014
- 7) 清水充子. 摂食・嚥下障害の理解とケア, 学習研究社, 東京, 2003



ご家族へ口腔ケアの必要性を  
説明するためのリーフレット

# 「口腔ケア」でいつまでも元気に過ごしましょう！！

「お口」のトラブルありませんか。

歯みがきを嫌がり、口を開けていただけません。



お部屋がなんとなく臭います。

食事時間がかかり、食事中に寝てしまわれます。



おしゃべりされることがほとんどありません。

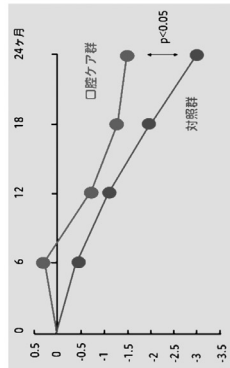
食事中にむせて苦しそうです。

そのままにしていると

低栄養、脱水、誤嚥、窒息、運動機能の低下等、生きる楽しみや喜びの消失に繋がるかも・・・

## 口腔ケアは

「認知症」の進行予防につながります。



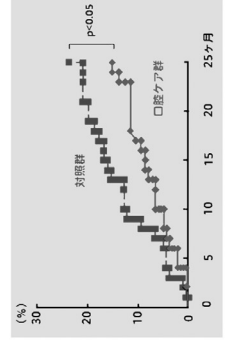
口腔ケアによる認知機能(MMSE)低下予防 ※

また、「口腔ケア」は、栄養状態の向上、転倒防止、コミュニケーション能力の改善、認識能力の改善などにもつながるといわれています。

口腔ケアは、「認知症の進行予防」や「肺炎の予防」につながります。特に、認知症は症状が進行するとお口の管理が難しくなります。お口のトラブルがあれば、歯科医・歯科衛生士等の専門家に早めに相談しましょう。

## 口腔ケアは

「肺炎」の予防につながります。



口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防効果※

そのため、食前、食後の口腔ケアと食事時の誤嚥防止が大切です。専門的な口腔ケアを受けた場合、肺炎の発症に対して予防効果があることが報告されています。 ※



裏面に「お口の子エックポイント」を記載しています。

日本歯科医師会PRキャラクターよ坊さん

# 日々の口のおチェックポイント

食事に時間がかかったり  
以前食べていたものを嫌がり  
食べなくなったりされていませんか？

お口の中にトラブルがあるかもしれません  
お口の中を見てください！

右のような症状があれば  
歯科医へ相談しましょう。

「歯科治療」、「口腔ケア」  
を行うと。

下記のような  
効果が見られました。

ご本人・家族より

- かめるようになった
- 美味しくいただいている
- むせなくなつた
- よだれが止まつた
- 発熱しなくなつた

介護関係者より

- 食事を嫌がらなくなり、時間も短縮できている
- 表情が明るくなった
- コミュニケーションの改善
- 部屋の臭いがなくなった
- 誤嚥性肺炎の予防に繋がった

いきいきライフへ繋がります  
(QOLの向上)

歯ぐきがブヨブヨしていたり、出血していたり、歯がぐらぐらしていませんか？

入れ歯が落ちてきたり、壊れていたり、痛みがられることはありませんか？  
入れ歯を外して手入れしていますか？

入れ歯の止め金が壊れていたり、歯が折れたままになっていませんか？

舌に白や黒っぽい汚れ(舌苔)はついていませんか？

歯の根元にむし菌はありませんか？

唇が乾いてひび割れていませんか？  
上あごがネバネバやカピカピに汚れていませんか？

頬の奥に食物が飲み込めず、残っていませんか？

触ると痛がつたり、かみ傷があつたりませんか？(尖った歯が原因かもしれません)

編集：大阪口腔衛生協会 発行：大阪府健康医療部



## 認知症対応施設歯科口腔保健推進事業実施に係る手引書作成委員会名簿

委員長	小正裕	大阪歯科大学高齢者歯科学講座教授
委員	松本一生	医療法人圓生会松本診療所（ものわすれクリニック）院長
〃	高橋一也	大阪歯科大学高齢者歯科学講座准教授
〃	野原幹司	大阪大学歯学部附属病院顎口腔機能治療部助教
〃	戸田ちか子	大阪府歯科衛生士会常務理事
〃	山口千里	大阪府歯科衛生士会理事
〃	津田高司	大阪口腔衛生協会常務理事（大阪府歯科医師会常務理事）
〃	北垣英俊	大阪口腔衛生協会常務理事（大阪府歯科医師会理事）
オブザーバー	畑山英明	大阪府健康医療部保健医療室健康づくり課 生活習慣病・歯科・栄養グループ 主査

編集…大阪口腔衛生協会

〒543-0033 大阪市天王寺区堂ヶ芝 1-3-27 大阪府歯科医師会館内  
電話番号 06-6772-8885

発行…大阪府健康医療部保健医療室健康づくり課

〒540-8570 大阪市中央区大手前 2-1-22 電話番号 06-6941-0351 (代表)