

# 認知症患者の歯科的対応および歯科治療のあり方:

## 学会の立場表明 2015.6.22 版

本文は、増加する認知症患者の歯科的対応および歯科治療のあり方について、日本老年歯科医学会の現時点での立場を表明するものである。平野浩彦、渡邊 裕、枝広あや子の特任委員を含めたガイドライン委員会で草案し、理事および代議員のコメントを得て、最終的にガイドライン委員会でまとめ上げ、理事会の承認を得たものである。次の段階として系統的に臨床的疑問の整理等を行い、臨床ガイドライン作成に取り組んでいきたい。

### I. 本立場表明の背景と目的

世界保健機関（WHO）が発表した報告書「Dementia: A public health priority（認知症：パブリックヘルスの優先課題）」（2012年）<sup>1)</sup>によると、世界の認知症有病数は、約3,560万人と推定され、2030年までに2倍の6,570万人、2050年までに3倍の1億1,540万に増えると予測されている<sup>2)</sup>。我が国においても2013年に厚生労働省の研究班から、462万人の認知症患者が存在するとの報告がなされている<sup>3)</sup>。つまり認知症は特別の疾患ではなく、“身近な病気（Common disease）”になっている。

このような状況の中、2013年に北アイルランドロック・アーンで開催されたG8サミットにあわせて、認知症患者を抱える家族や医療介護関係者の負担、社会経済的影響が急速に増大している問題について、国際的な対応を具体化する目的でG8認知症サミットがロンドンで開催された。その中でG8認知症サミットディクレーション（宣言）が行われ<sup>2)</sup>、これによりG8諸国及び全世界で、認知症は正常な老化の一部ではないこと、そして高齢化及び精神保健関連の問題に取り組む重要性が共通認識となった。そして、2014年11月に東京にて政府主導により認知症サミット日本後継イベントが開催された。

一方、厚生労働省は2011年に「認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活を継続する」ことを目的として、認知症施策検討プロジェクトチームを立ち上げ、2012年6月の報告書「今後の認知症施策の方向性について」の中で、認知症施策の具体的な方針を打ち出した。また同年厚生労働省は、認知症施策の方向性として2013年度（平成25年度）から2017年度（29年度）までの取り組みを示した「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を提示した<sup>4)</sup>。さらに、新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）が発表され、オレンジプランをほぼ踏襲した内容だが、(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及びその成果の普及の推進, (7) 認知症の人やその家族の視点の重視の7本の柱に改められている. 以前より認知症初期集中支援チームとかかりつけ歯科医は連携を取ることを求められていたが<sup>5)</sup>, さらに早期診断・早期対応のための体制整備を目的に歯科医師の認知症対応力向上研修(仮称)実施が明文化されている.

このような認知症患者の増加は, 加齢とともに有病率が増し, 原因疾患の多くが本質的な治療法を欠くという本症の特性から, 寿命の延伸とそれに伴う高齢者人口の増加の必然的な帰結であると考えられる. 日本老年歯科医学会は, 世界に類を見ない高齢化と認知症患者の増加が進む我が国で, 認知症と口腔との関連について先駆的かつ積極的に取り組んできた. しかし, 歯科治療は外来診療を中心として行われてきた経緯もあり, 歯科医療関係者にとって, 歯科外来への受診に困難をきたした中等度以上の認知症患者に対する歯科口腔保健・歯科医療に対する取り組みは十分とはいえない. 同時に, 大学における卒前教育や歯科医師臨床研修でも, 十分な教育が行われていない状況である.

本文は, このような背景と現状を鑑み, 認知症患者に対する歯科口腔保健・歯科医療のあり方に関して整理を行い, 現時点での日本老年歯科医学会の立場を表すものである.

## II. 認知症とは

### 1) 認知症の定義と臨床症状

認知症とは, 一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続性に低下し, 日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態を言い, それが意識障害のないときに見られるものをいう<sup>6)</sup>.

近年新たな疾患概念が提唱されており認知症の原因疾患は多岐に渡るが, 脳血管障害に関連すると判断されるもの(「血管性認知症」), 進行性に脳の萎縮が起こるもの(「変性性認知症」)に大きく分類される<sup>7)</sup>. それに加えて, その他の非アルツハイマー型認知症, 原因疾患の治療で改善が見込まれる「二次性認知症」と大きく分類できる(表1).

また, アルツハイマー病(AD: Alzheimer's disease), 血管性認知症(VaD: Vascular Dementia), レビー小体型認知症(DLB: Dementia with Lewy bodies)に前頭側頭葉変性症(FTLD: Frontotemporal lobar degeneration)を含め四大認知症と呼ばれる.

変性性認知症のなかでもADは認知症の原因疾患の多くを占めるため, 一般的にはADが認知症全体のイメージとなっている. 変性性認知症の原因疾患は進行性の疾患であるため, 時間経過とともに脳の萎縮が徐々に広がり, 脳の機能障害を起こしていくことで, 病状は進行する(図1). 臨床症状は経時的に変化して行き, それらは認知症患者一人一人で千差万別であるが, 歯科医療従事者として認知症の神経心理学的症状を理解して, 個別の認知症患者の神経心理学的症状を正しく見極めて, 歯科的対応と歯科治療を実践していく必要がある.

認知症患者の神経心理学的症状を理解する際に役立つのが、“中核症状”と“周辺症状”という概念である(図2)(近年,「周辺症状」は「BPSD: behavioral and psychological symptoms of dementia(認知症の行動と心理症状)」と称することが多い)<sup>8)</sup>.

## 2) 認知症患者の栄養状態と全身機能低下

認知症の発症によって通常の老化と比較し身体機能も急激に低下する. とくに意欲低下から身体活動が低下し, また重度化による栄養摂取量の減少から, 生理的予備能の低下, ストレスに対する脆弱性が亢進する. 全身の筋力や柔軟性の低下, 動作の俊敏性の低下が起こる. 栄養低下は免疫機能を低下させ, 創傷治癒遅延を引き起こし感染症のリスクが高まる. こうした変化は認知症のみならず, 不適切な食習慣, 家族関係や生活環境などの社会的変化, 活動低下, 慢性疾患, 糖尿病や腎臓病などの代謝性疾患, 呼吸器疾患, 消化器疾患, 消耗性疾患, 嚥下障害など様々な要因で加速する. 特に認知症においては, これらの要因が単独であることは稀で, 数々の要因が複雑に関連して存在していることが多く, 通常の高齢者医療の場以上に, 常に複数の要因を念頭に全身的なアセスメントを行うことが肝要である. つまり認知症患者は常に複数の疾患と加齢変化, 社会的変化を抱えており, 通常疾患よりも幅広い視点からのサポートが必要となる.

## 3) 認知症患者に対応する際の留意点

現時点では認知症の根治治療は困難(特に変性性認知症)であることから, 臨床症状への支援(ケア)が患者およびその家族への対応の主体となる. 効果的なケアを行うためには, 日常生活の不具合が生じた時点で困難が生じた機能を適切にアセスメントし, 維持されている機能を最大限に活用するための支援方法を検討することが必要となる. 認知症患者自身の自立心にも十分配慮することが重要である. また, 進行による変化に速やかに対応するため, アセスメント時から病態の進行を的確に予測した支援計画を検討する必要がある.

さらに変性性認知症は, 嚥下機能を含めた身体機能の急速な変化が生じる可能性がある点に配慮することと, 数年から数十年といった長期間にわたる緩和ケアといった視点を持つことが必要である.

# III. 認知症と口腔

## 1) 認知症患者の齲蝕と歯周疾患の罹患状況

認知症の発症により, 自発的な清潔行動が障害されることから, 口腔衛生状態は悪化し, 健常者よりう蝕が多く<sup>9-11)</sup>, また歯周病も多い<sup>10-14)</sup>. 中等度の認知症高齢者は認知症のない高齢者と比較して, 専門的口腔ケア, 齲蝕治療, 歯周治療の必要性が, それぞれ, 2.5倍, 5.5倍, 15.9倍高いとの報告がある<sup>15)</sup>. つまり中等度認知症以上で残存歯が多く, 口腔衛生がセルフケアのみの者は歯科疾患のリスクが高いと推測される. また, 理解力が高く会話ができる程度の軽度認知症患者においても, 自発性の低下, 手指の巧緻性の低下, 視空間認知障害などにより口腔のセルフケアが不十分になることから, 歯

周疾患や歯頸部齶蝕などが多発進行する可能性がある。

## 2) 補綴装置の管理

認知症の発症により、義歯の取り扱い（着脱や清掃など）も困難となり<sup>16)</sup>、支台歯や口腔粘膜は不潔になり、咬合関係の不均衡などを引き起こして<sup>11)</sup>、口腔内環境をより悪化させる。やがては義歯の使用そのものが困難になり、義歯の誤飲誤嚥などの事故の危険が高まる。新規の義歯などの新たな口腔環境への適応も困難になる。しかし認知症高齢者でも義歯を装着していることが栄養に影響を及ぼし<sup>17)</sup>、縦断調査でも義歯の未装着が栄養状態低下につながるという報告もある<sup>18)</sup>。これらのリスクや効果を考慮した歯科治療計画を立案する必要がある。

## 3) 認知症患者の粘膜疾患

認知症患者では、口腔清掃の必要性または行為自体の理解が困難となり開口を拒否することも多い。そのような場合、口腔内は不潔になり、口内炎、カンジダ症など口腔粘膜の疾患が生じやすく難治性になることが多い。また、口腔清掃時など介護者が口腔内を観察することが困難になり、また歯科受診の機会も著しく減少することから、口腔粘膜の潰瘍や、癌など腫瘍性疾患の発見が遅れ、重症化するリスクが高い。

## 4) 認知症患者の咀嚼機能

認知症を発症している患者では、重度認知症のものほど咀嚼機能低下があり、また咀嚼可能な食品の減少にも影響することが明らかになっている<sup>19)</sup>。特に中等度認知症からは義歯使用困難に起因する機能歯数（残存歯数と補綴歯数の和）の有意な減少を認め、また歯の破折など様々な原因で咬合支持が失われるリスクが高まり、咀嚼に関連する筋肉活動量も低下する。

重度認知症では廃用による筋機能の低下や、認知症進行による協調運動の低下、著明な咀嚼機能の低下により咀嚼可能食品は減少する。咀嚼機能が低下し、摂食可能食品も制限されることにより栄養状態が悪化することは想像に難くないが、認知症が重度化することにより栄養状態（MNA<sup>®</sup> : Mini Nutritional Assessment）が有意な低下を認め、ほとんどの重度 AD 高齢者では低栄養リスクが高まっていると推察される<sup>19)</sup>。

## 5) 認知症患者の摂食嚥下機能

AD における摂食嚥下機能の低下は中等度から顕在化することが多く、先行（認知）期の障害から生じることが多い<sup>20)</sup>。特に巧緻性（ストローなどを刺すこと、食品パックの開封方法など）の障害は軽度の段階でも3割近くに見られる<sup>12)</sup>。さらに認知症が進行し重度になると、身体機能は維持されているものの、生活機能のほとんどが困難になり、すべてに介助が必要になる。食事に関しては、食具使用の失行による手づかみ食べ、一口量が調整できなくなることによる誤嚥や窒息のリスク、食べこぼしなども顕著になってくる。さらに進行すると、嚥下機能自体に低下が起こり<sup>21)</sup>、誤嚥性肺炎など身体合併症や急性疾患発症のリスクが高まる<sup>22)</sup>。DLB の場合は AD より早期に嚥下機能等の身体機能低下を呈する<sup>23)</sup>。

## 6) 認知症の予防・発症と口腔との関連

65 歳以上の健常者を対象として、歯と義歯の状況を質問紙調査し、その後 4 年間、認知症の認定状況を追跡 (n=4,425 名) した結果、年齢、疾患の有無や生活習慣等に関わらず (年齢、所得、BMI、治療中の疾患、飲酒、運動、物忘れの自覚の有無を調整済み) 歯がほとんど無く義歯を使用していない人は、20 本以上歯を有する人と比較して、認知症発症のリスクが高くなることが示され、ほとんど歯がなくても義歯を使用している人は認知症の発症リスクに差がなかったと報告されている<sup>24)</sup>。このように、認知症の発症、予防という視点からは、口腔衛生、歯の喪失、咀嚼能力の低下などの口腔の要因と認知症との関連を示唆する報告もある<sup>25-28)</sup> が、その関係を否定する報告<sup>29)</sup>もあり明確な結論はまだ得られていない。

認知症患者の誤嚥防止、栄養状態の保持などに関しては咬合支持を含めた口腔機能管理の有効性も示されている<sup>18,30)</sup>。

## IV. 認知症患者の歯科対応と治療の留意点と今後の課題

### 1) 認知症患者の歯科治療におけるインフォームドコンセント

米国で確立された生命倫理学 (bioethics) の影響で、本人の意思の尊重といえば「自己決定」を指すという考え方が日本の医療現場においても一般化した。米国との社会的・文化的相違を考慮すると、日本の高齢者の終末期医療においては、認知症患者本人の「自己決定」を超えて、家族や医療側が本人を尊重して検討した方針決定のプロセスが求められている<sup>31)</sup>。2012年に日本老年医学会で「高齢者の終末期の医療およびケア」の立場表明がなされ、「認知機能低下や意識障害などのために患者の意思の確認が困難な場合であっても、以前の患者の言動などを家族などからよく聴取し、家族などとの十分な話し合いのもとに、患者自身の意思を可能な限り推定し、それを尊重することが重要」であるとしている<sup>32)</sup>。

同様に歯科医療においても、歯科医師が積極的に認知症患者の歯科医療にかかわる場合、認知症患者の自己決定能力を鑑みた適切な説明と同意およびそのプロセスのあり方の指針を提示しておく必要があるものの、まだ整備されていない。

認知症患者における歯科治療の意思決定に際して、歯科治療の特殊性を考慮しなければならない。歯科治療の多くは生命予後に直接影響しないものも多い反面、口腔疾患による疼痛は強く、栄養摂取を困難にするなど QOL を大きく損ない、間接的に生命予後に影響するという側面がある。また歯科治療には痛みを伴う侵襲的な治療もあり、患者自身の健康状態を十分配慮する必要があること、複数回の受療が必要となることが多く、これを支援する介護者などの負担が大きいことを考慮する必要がある。さらに、保険外診療という特殊な治療形態も一般化しており、補綴装置などが装着された時に治療費が発生するなど、治療費支払いの特異性の理解が、患者、介護者において不十分である。以上のような歯科治療の特殊性を鑑みた治療計画の策定や、その計画の同意に至るプロ

セスの指針が必要であり、併せてそれらに対する社会的な理解を得るために、広く情報提供を行っていく必要がある。

## 2) 認知症患者の早期発見，早期対応への歯科診療機関の貢献

認知症を早期に発見し、早期に対応することは認知症患者の自立を支援する機会を広げることになる。歯科受診の際に、従来と比べ、プラークコントロールが急に悪化したり、齲蝕の増加や歯周疾患が悪化したりしてきた等の状況を単に老化と捉えるのではなく、認知症も視野に入れた対応をする必要がある。口腔内に変化がなくても、会計や予約時の不安な様子や、頻回の予約の間違い、また診療室内の挙動やユニットへの移乗、うがいなどの場面でのたどたどしい様子、診察時の会話の内容、診療に対する不安などからも、認知症を推測することができる<sup>33)</sup>。ケースによっては、もの忘れの状態を問診したり、専門医療機関への受診を促したりすることは認知症の早期発見、早期対応につながる。つまり、地域で最も充実した医療資源であり、かかりつけとして機能している地域の歯科医療機関は認知症の早期発見にもっとも貢献できる場の一つであると歯科医療関係者自身が十分に認識すべきである。

## 3) 実際の対応時の留意点

認知症患者は、周囲の環境の変化に適応して行動を変えることが徐々に困難になってくる。そのため歯科診療所など自宅とは異なる環境では、歯科治療や専門的口腔ケアなどを受け入れることが困難になる。また、口腔は身体の中でも非常に個人的（デリケート）な部分なので、介入の意義が理解できない場合は、強い拒否を示すことになる。一方で、記憶障害がある認知症患者でも、“慣れ”や“なじみ”という感覚は残存していることが多く、歯科治療や専門的口腔ケアを続けることで受け入れられることもよく経験する。しかしこういったケアの継続性の根拠は依然として不足している。今後、認知症が進行すると歯科治療や専門的口腔ケアが難しくなるということを念頭に、できるだけ軽度のうちから“定期的な”歯科的な介入を継続することの重要性を明らかにする必要がある。認知症患者の歯科治療においても病態の進行を予測した治療計画を立案し、その後の症状の変化に対して柔軟な対応を行うことが必要である。そのためには原因疾患や神経心理学的症状を理解し、治療および継続的なケア計画を立てることが重要である。

また、歯科医療実施に際してのインフォームドコンセントについても配慮が必要である。前述の通り、認知症患者の自己決定能力を鑑みた適切な説明と同意、家族や介護者への配慮をすると同時に、学会としてはそのプロセスの在り方の指針を提示しておく必要がある。

このように、認知症患者の歯科治療で最も重要なのは、“歯科と認知症患者との関わりを絶やさない”ことである。日本の認知症患者の現状では、認知症発症により通院困難となり、歯科医療（専門的口腔ケア含む）との関わりが途切れてしまうことで、口腔環境が急激に悪化し、口臭、歯痛、歯の動揺、顎顔面の腫脹、義歯使用困難、食事拒否などに至って初めて、歯科診療が依頼されるケースが多い。家族、介護者がある変化に

気づいた時点は、多くの場合、本人は認知症の重度化により症状を正確に訴えることができないステージである。このような状態のほとんどは積極的な歯科治療が困難で救急の対応のみになり、口腔内の状況はさらに悪化することが少なくない。全身麻酔下の歯科治療が必要となり、麻酔によりさらに認知症が進行してしまう症例、インプラント治療を受けており消炎、撤去等に難渋する症例も経験される。認知症を理解し、予知性のある歯科治療、口腔衛生管理を継続的に認知症患者に提供することが重要である。

認知症患者の摂食嚥下障害を考えた場合、治療・訓練の効果は少ない。食物形態や食事方法の工夫による代償法などの対応も、口から食べること、栄養摂取を支援する面から必要であり、歯科医療関係者からの対応も重要となる。

## V. 学会としての今後の責務

急激に進む超高齢社会のなかで、高齢者、要介護高齢者の健康、医療、福祉は、関係者が一体となり、地域として取り組むこと、つまり、地域包括ケアが我が国の施策の中で重要なミッションの一つになっている。併せて医療も、「疾病の治癒、延命」から“QOLの維持・向上”へ方向転換をし、高齢者の尊厳の保持、“Quality of Death”と真正面に取り組み始めており、その中で口腔の果たす役割は極めて大きくなっている。そして、認知症は根治的治療がないことから、医療提供ではなく、生活の場での対応が主体になるわけで、まさしく家族、地域などとともにこれを支援、支えていくという観点から、歯科の役割を考えていかなければならない。そして認知症が誰しも避けられない加齢と深く関わっていることから、歯科関連学会の中でも日本老年歯科医学会の果たす役割は極めて大きく、これまでも評価される貢献を行ってきたと考える。

本論文で指摘した認知症発症と口腔との関係、認知症初期段階での早期発見への関わりの整備、歯科医療の意思決定プロセスの整備、歯科治療・口腔機能の管理などの指針の作成を科学的根拠のもとに進め、他の医療、介護・福祉関係者だけでなく、国民に十分な理解を得て、認知症患者の歯科的対応と歯科治療を充実させ、認知症患者のQOLの維持と尊厳保持を進めていくことが日本老年歯科医学会の使命と考える。そのために、日本老年歯科医学会は、ほかの老年学会の構成学会、歯科関連学会と協働し、学際的および多職種と連携して認知症の諸問題の解決に取り組み、正しく必要な情報を社会に発信していく決意をここに示す。

本立場表明は、2015年5月21日に本学会理事会が承認したものである。

## 文献

- 1) World Health Organization and Alzheimer's Disease International. Dementia: a public health priority, 2012.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1)
- 2) 厚生労働省仮訳 G8 認知症サミットディクラーション（宣言）.  
[http://www.ncgg.go.jp/topics/dementia/documents/G8\\_DEMENTIA\\_SUMMIT\\_DECLARATION\\_JP.pdf](http://www.ncgg.go.jp/topics/dementia/documents/G8_DEMENTIA_SUMMIT_DECLARATION_JP.pdf)
- 3) 朝田班) 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応 平成23年度～平成24年度総合研究報告書（研究代表者朝田隆）平成25年3月  
[http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report\\_Part1.pdf](http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf)
- 4) 厚生労働省「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html>
- 5) 第102回社会保障審議会介護給付費分科会資料 資料1 認知症への対応について（参考：社保審議会介護給付費分科会資料第102回（H26.6.11）資料1）  
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000047999.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000047999.pdf)
- 6) 一般社団法人日本神経学会監修，「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会編集，第一章 認知症の定義，概要，経過，疫学．認知症疾患治療ガイドライン2010，P1～3，医学書院，東京，2010.
- 7) 埴原秋児：I 基本知識 2. 背景疾患の病理．認知症 臨床の最前線（池田学編），P7～17，医歯薬出版株式会社，東京，2012.
- 8) 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，29:22～27，2013.
- 9) Avlund, K., Holm-Pedersen, P., Morse, DE., Viitanen, M. and Winblad, B.: Tooth loss and caries prevalence in very old Swedish people: the relationship to cognitive function and functional ability, Gerodontology, 21: 17-26, 2004.
- 10) Wu, B., Plassman. BL., Crout. RJ. and Liang. J.: Cognitive function and oral health among community-dwelling older adults, J. Gerontol., 63A: 495-500, 2008.



- 11) Syrjälä, AM., Ylöstalo, P., Ruoppi, P., Komulainen, K., Hartikainen, S., Sulkava, R. and Knuuttila, M.: Dementia and oral health among subjects aged 75 years or older, *Gerodontology*, 29: 36-42, 2012.
- 12) Stewart, R., Sabbah, W., Tsakos, G., D'Aiuto, F. and Watt, RG.: Oral health and cognitive function in the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), *Psychosom. Med.*, 70: 936-941, 2008.
- 13) Sabbah, W., Watt, RG., Sheiham, A. and Tsakos, G.: The role of cognitive ability in socioeconomic inequalities in oral health, *J. Dent. Res.*, 88: 351-355, 2009.
- 14) Noble, JM., Borrell, LN., Papapanou, PN., Elkind, MS., Scarmeas, N. and Wright, CB.: Periodontitis is associated with cognitive impairment among older adults: analysis of NHANES-III, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 80: 1206-1211, 2009.
- 15) Morishita, S., Watanabe, Y., Ohara, Y., Edahiro, A., Sato, E., Suga, T. and Hirano, H.: The need for oral hygiene management by dental professionals among older adults, *Geriatr. Gerontol. Int.*, 2015. (in press)
- 16) Adam, H. and Preston, AJ.: The oral health of individuals with dementia in nursing homes, *Gerodontology*, 23: 99-105, 2006.
- 17) Sadamori S1, Hayashi S, Hamada T. The relationships between oral status, physical and mental health, nutritional status and diet type in elderly Japanese women with dementia. *Gerodontology*, 25: 205-209 2008.
- 18) Sadamori, S1., Hayashi, S., Fujihara, I., Abekura, H., Hamada, T. and Akagawa, Y. :Nutritional status and oral status of the elderly with dementia: a 2-year study, *Gerodontology*, 29: 756-760, 2012.
- 19) 平野浩彦：平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学研究開発事業）研究要介護高齢者等の口腔機能および口腔の健康状態の改善ならびに食生活の質の向上に関する研究，(H25-長寿-一般-005)報告書
- 20) Edahiro, A., Hirano, H., Yamada, R., Chiba, Y., Watanabe, Y., Tonogi, M. and Yamane GY.: Factors affecting independence in eating among elderly with Alzheimer's disease, *Geriatr. Gerontol. Int.*, 12:481~490, 2012.

- 21) 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—, 日老医誌, 50:651~660, 2013.
- 22) Sato, E., Hirano, H., Watanabe, Y., Edahiro, A., Sato, K., Yamane, G. and Katakura, A.: Detecting signs of dysphagia in patients with Alzheimer's disease with oral feeding in daily life, *Geriatr. Gerontol. Int.*, 14: 549~555, 2014.
- 23) Shinagawa, S., Adachi, H., Toyota, Y., Mori, T., Matsumoto, I., Fukuhara, R. and Ikeda, M.: Characteristics of eating and swallowing problems in patients who have dementia with Lewy bodies, *International Psychogeriatrics*, 21: 520~525, 2009.
- 24) Yamamoto, T., Kondo, K., Hirai, H., Nakade, M., Aida, J. and Hirata, Y.: Association between self-reported dental health status and onset of dementia: a 4-year prospective cohort study of older Japanese adults from the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES), *Project Psychosomatic Medicine*, 74: 241~248, 2012.
- 25) Kondo, K., Niino, M. and Shidom, K.: A case-control study of Alzheimer's disease in Japan—significance of life-styles, *Dementia*, 5: 314~326, 1994.
- 26) 久佐賀眞理, 向山直美, 立道裕子, 上村妙子 : 脳活性化訓練 (痴呆予防) 事業における咀嚼の効用 (第 2 報) : 咀嚼能力簡易評価値の検討, 九州看福大紀, 4 : 179~183, 2002.
- 27) Noble, J.M., Scarmeas, N. and Papapanou, P.N.: Poor oral health as a chronic, potentially modifiable dementia risk factor: review of the literature, *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.*, 13:384, 2013.
- 28) Okamoto, N., Morikawa, M., Tomioka, K., Yanagi, M., Amano, N. and Kurumatani, N.: Association between Tooth Loss and the Development of Mild Memory Impairment in the Elderly: The Fujiwara-kyo Study, *J. Alzheimers Dis.*, 44: 777~786, 2015.
- 29) Stewart, R., Stenman, U., Hakeberg, M., Hagglin, G., Gustafson, D. and Skoog, I.: Associations Between Oral Health and Risk of Dementia in a 37-Year Follow-Up Study: The Prospective Population Study of Women in Gothenburg, *J. Am. Geriatr. Soc.*, 63: 100~105, 2015.
- 30) Kikutani, T., Yoneyama, T., Nishiwaki, K., Tamura, F., Yoshida, M. and Sasaki, H.: Effect of oral care on cognitive function in patients with dementia, *Geriatr. Gerontol. Int.*, 10: 327~328, 2010.
- 31) 会田薫子 : 第54 回日本老年医学会学術集会記録〈シンポジウム5 : 高齢者の終末期医療をめぐる諸問題—これからの終末期医療はどうあるべきか?〉 4. 患者の意思

を尊重した医療およびケアとは：意思決定能力を見据えて，日老医誌，50：487～490，2013.

- 32) 日本老年医学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012. <http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf>
- 33) 枝広あや子：～口腔から見る～認知症の方へのアプローチ(2) 認知症の方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: 1176～1179, 2012.

表1 認知症の原因疾患の大別

四大認知症		略称
血管性認知症		VaD
変性性認知症	アルツハイマー病	AD
	レビー小体型認知症	DLB
	前頭側頭葉変性症	FTLD
その他の認知症		
非アルツハイマー型認知症	皮質基底核変性症	
	進行性核上性麻痺など	
二次性認知症	特発性正常圧水頭症	
	慢性硬膜下血腫, 外傷性脳損傷など	
	感染性認知症 (脳膿瘍, 髄膜炎, 神経梅毒など)	
	腫瘍性認知症	
	内分泌・代謝・中毒性認知症など	
	(甲状腺機能低下症, ビタミンB12欠乏症, Wilson病, 薬物中毒)	

(池田 学編 認知症 臨床の最前線. 医歯薬出版, 東京, 2012. をもとに作成)

図1 認知症の進行と症状

(東京都福祉保健局編；東京都認知症対策推進会議医療支援部会報告書をもとに作成  
 平野浩彦. 特集認知症高齢者の食べる機能の課題と対応 認知症の人の円滑な食支援・  
 口腔のケアを行うために. 日本認知症ケア学会誌, 12 ; 661~670, 2014. を改変引用)

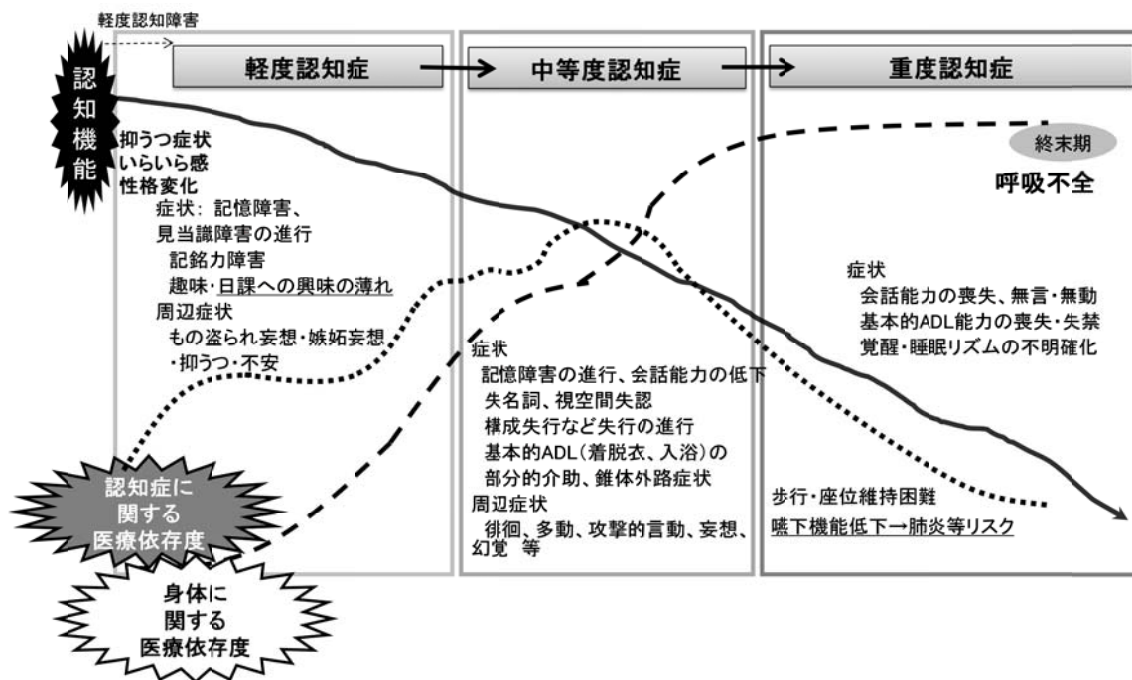


図2 中核症状と周辺症状

(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, 29:22~27, 2013. を改変引用)

