

# 認知症の人への 歯科治療ガイドライン

編集

一般社団法人 日本老年歯科医学会

日本医療研究開発機構研究費「認知症の容態に応じた歯科診療等の口腔管理及び  
栄養マネジメントによる経口摂取支援に関する研究」ガイドライン作成班

医歯薬出版株式会社

## 1.1 認知症の概要

### ■ 認知症の考え方

米国精神医学会による認知症の診断基準（DSM-5）では、複雑性注意（注意を維持したり、振り分けたりする能力）、実行機能（計画を立て、適切に実行する能力）、学習および記憶、言語（言語を理解したり表出したりする能力）、知覚 - 運動（正しく知覚したり、道具を適切に使用したりする能力）、社会的認知（他人の気持ちに配慮したり、表情を適切に把握したりする能力）の6つの神経認知領域のうち、1つ以上が障害され、その障害によって日常の社会生活や対人関係に支障をきたし、せん妄やその他の精神疾患（うつ病や統合失調症など）が除外されれば認知症とされる<sup>1)</sup>。

### ■ 認知症の原因

認知症や認知症様症状をきたす疾患・病態には、アルツハイマー型認知症、血管性認知症などさまざまな原因疾患や病態が含まれる（表1）。このなかで、慢性硬膜下出血、正常圧水頭症などの脳外科的疾患、甲状腺機能低下症、ビタミンB<sub>12</sub>欠乏症などの内科的疾患の一部は、治療可能な認知症（treatable dementia）として扱われ、早期の診断と適切な治療や処置が求められる<sup>2,3)</sup>。

### ■ 認知症の症状

認知症の症状は、記憶、言語、視空間認知などの認知機能の障害と、それにとまなう行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD）からなる。認知機能障害は疾患ごとの機能低下部位を反映する。一方、BPSDは認知機能障害を基盤に、身体的要因、環境的要因、心理的要因などの影響を受けて出現する。焦燥性興奮、攻撃性、脱抑制などの行動症状と、不安、うつ、幻覚・妄想をはじめとする心理症状がある。これらの症状は介護のうえで問題となるが、環境の調整、対応上の工夫、対症的な薬物療法などで改善する可能性がある<sup>2,3)</sup>。

### ■ 認知症の診断

認知症の診断では病歴聴取により、認知症の有無、症状、重症度を包括的に把握する。認知機能症状、BPSDの有無について、また、生活機能（手段的ADL、基本的ADL）障害の有無を聞き取る。

認知症と区別すべき病態として、加齢に伴う正常な認知機能低下（生理学的健忘）、せん妄、うつ病、その他の学習障害、精神遅滞、統合失調症がある。うつ病、せん妄、アルツハイマー

CQ

4-2

## 歯科診療を実施するうえで認知症ケアの手法を学ぶのは有効か

### 推奨文

介護職・看護職が実践しているケア手法の理論と実技を歯科医療従事者が理解し、歯科診療へと応用することは、医療者と認知症患者との信頼関係の構築に有効であると考えられ、推奨される。しかし、歯科という特殊な環境や治療内容など考慮し、個々の症例に応じて工夫することが必要である。

### 解説文

#### 背景

認知症患者では、医療行為に関する患者の理解を得ることが困難な場合が多く、口を開けない、声を荒げるといった歯科診療に対する拒否行動が生じることもしばしばない。これは介護現場においても同様で、ケアへの理解が得られず、拒否する事例が多く報告されている。それらを受け近年では、認知症患者と良好なコミュニケーションを形成するためのケア手法が多く提唱され、実践されている。これらのケアについて知ることによって、認知症患者と歯科医療従事者との間に信頼関係が構築され、歯科診療の受容に寄与する可能性がある。

#### 解説

介護の現場で有用性が報告されているケア手法の文献検索を実施したところ、パーソンセンタードケア (person-centered care : PCC)<sup>1, 2)</sup> やユマニチュード® (Humanity)<sup>3, 4)</sup>、バリデーション (validation)<sup>5, 6)</sup>、タクティール® ケア<sup>7, 8)</sup> 等のケア手法を実践したさまざまな事例 / 症例報告が抽出された。これらケア手法は認知症患者との良好なコミュニケーションを形成し、認知症ケアの質を向上させることを目標としており、抽出されたいずれの報告においても認知症患者におけるケアへの不安や拒否の軽減に有用であったと報告されている。

PCC は、認知症患者が呈している状態を理解するために脳神経障害、性格傾向、生活歴、健康状態・感覚機能、社会心理の5要素に着目し、認知症患者を脳神経症状だけで考えるのではなく、個人の性格や置かれている環境、今の健康状態などにも焦点を当てて理解することが重要であるとしたケアの理念である。英国政府が公開している、高齢者のための公正で高品質な保健医療サービスを確保するための包括的な方略である“National service framework : older people”においても高齢者ケアの基本としてPCCの記載がある<sup>9)</sup>。

PCCの実践には、観察評価である認知症ケアマッピング (dementia care mapping : DCM) を作成し、実施する。評価方法を研修で学び、マッパー (mapper) の

CQ

5-4

## 認知機能が低下した者に対して 歯科疾患の発症および口腔機能の低下を 予防することは可能か

### 推奨文

歯科疾患等の重症化を予防・低減することは、家族・介護者等によるサポートの充実にも配慮した管理・支援を行うことで可能だと考えられるが、現時点では調査が不足しており、今後さまざまな視点での追加調査が必要である。

### 解説文

#### 背景

認知機能が低下すると、新たなことを学習するのは困難となる。健常時より習慣化された口腔清掃は行えるものの、十分な歯垢除去は困難となり口腔衛生状態が低下することが多い。認知機能の低下を認めた場合には、口腔衛生状態の管理のため周囲のサポートが必要である。

#### 解説

介護予防として長期的で複合的なサービス（口腔衛生管理介入など）を地域的にも実施することは、対象者の生活意欲の向上や口腔機能の維持・改善に効果的であることが示唆されている<sup>1)</sup>。

軽度認知症患者に口腔衛生指導を行ったものの、患者の認識、プラーク指数、歯肉炎指数ともに経時的に有意な改善は認めなかった。認知症発症前の中年期からの口腔管理の習慣化に加えて、認知症発症初期からの家族による口腔管理の導入と早期からの歯科医療担当者による介入により口腔環境を維持・改善していくことが必要と考えられる<sup>2)</sup>。

現時点では調査が不足しており、今後追加調査が必要である。

#### 検索式

##### ● PubMed

((“dementia” [MeSH Terms] OR “dementia” [All Fields]) OR “alzheimer disease” [All Fields] OR “cognitive dysfunction” [All Fields]) AND ((“oral disease” [All Fields] OR “tooth disease” [All Fields] OR “dental disease” [All Fields]) OR ((“decline” [All Fields] OR “depression” [All Fields] OR “lowering” [All Fields]) AND “oral function” [All Fields])) AND (“Prevent” [Journal] OR “prevent” [All Fields]): 3 hits

##### ● 医中誌

((認知症/TH or 認知症/AL) or (認知機能低下/TH or 認知機能低下/AL) or (Alzheimer 病/TH or アルツハイマー病/AL)) and ((口顎疾患/TH or 歯科疾患/AL) or (オーラルフレイル/TH or 口腔機能低下/AL)) and 予防/AL: 全体で 347 編, 原著論文 33 編  
このなかから参考文献 2 編を選定した。

CQ

9-2

## 認知症患者の義歯の修理・調整は、 新義歯製作よりも有効か

### 推奨文

中等度以上の認知症患者においては、使用率の点からは義歯修理・調整のほうが新義歯製作よりも有利であると考えられ、やむを得ず新義歯製作する場合には現義歯の欠点を補い、その特徴を可及的に変えない設計を考慮する。

### 解説文

#### 背景

リリーフや咬合調整といった小規模な義歯調整であれば問題になることは少ないが、新義歯製作や義歯形態が変わってしまうような大きな修理・調整を行った場合、新しい義歯に適応できなくなる場合がある。

#### 解説

一般的な診療に対し、日本補綴歯科学会のガイドラインでは、義歯床が不適合、かつ下顎位・咬合高径・咬合関係が誤っており、調整により改善しない場合には新義歯製作が必要としている。認知症患者や要介護高齢者において、新義歯製作と修理・調整とを直接比較した論文は存在しない。しかし、介護力強化型病院に入院中の要介護高齢者を対象として義歯製作時期と義歯の使用率を調査した報告<sup>1)</sup>では、入院前に義歯を製作していたすべての人が入院後も使用していたのに対し、入院後に義歯を製作した人の使用率は低く、さらに認知症患者ではその差は顕著であったとされている。また、British Society of Gerodontology と British Society for Disability and Oral Health のガイドライン<sup>2)</sup>でも、義歯を再製作する場合には、義歯に対する受容性の観点から複製義歯などを使い旧義歯の特徴を踏襲しつつ、徐々に形態を整えていくべきであるとされている。

一方で、新義歯製作をした場合と修理・調整のみの場合の比較において、使用率以外のもの、つまり咀嚼や嚥下などの機能的な観点や栄養摂取、食事内容などをアウトカムとする報告はみられない。

これらの点より、義歯修理・調整のほうが新義歯製作よりも有効であるとする確たる根拠はない。しかし、装着して使用できる義歯が存在するのであれば、まず調整・修理を行うことを推奨する。

さらに、新義歯を製作する必要性が生じた場合には、認知症の重症度や進行度を考慮に入れたうえで、現義歯の特徴を生かしながら徐々に新義歯製作を行うことが奨められる。

CQ

10-5

## 認知症患者の摂食嚥下リハビリテーション (狭義) には何が有効か

### 推奨文

全症例に共通して有効な方法はないが、症例によっては嚥下体操やアイスマッサージ、筋機能訓練、直接訓練などを考慮してもよい。

意思疎通が可能な認知症患者においては、認知症が原因で生じた廃用に対し、間接訓練として舌骨上筋群の電気刺激、筋機能訓練、および頸部の可動域訓練が奏効する可能性がある。

### 解説文

#### 背景

認知症患者ではさまざまな摂食嚥下障害の症状が認められるため、それらへの対応、リハビリテーションが求められている。しかし、変性性認知症によって生じる摂食嚥下障害を訓練で改善することは困難である。一方、認知症が原因で生じた廃用に対しては狭義の摂食嚥下リハビリテーション（訓練）の有効性が期待できる。

全症例に共通して有効な嚥下訓練は存在しないものの、各症例の症状に合わせて種々の間接訓練や直接訓練を試みるとよい。

#### 解説

現状では、認知症患者において嚥下訓練が奏効したという症例報告は多くあるものの、集団を対象として有効性が示された嚥下訓練は少ない。ランダム化比較試験（randomized controlled trial : RCT）で有効性が示されているものとしては意思疎通が可能な中等度のアルツハイマー型認知症を対象とした報告がある<sup>1)</sup>。その報告ではコントロール群の50例には嚥下訓練のみを、治療群の53例には嚥下訓練に加えて顎下部の電気刺激と筋電図によるバイオフィードバックを12週間行った結果、治療群において30cc水飲みテストのスコアと栄養状態の改善、および肺炎発症率の減少が認められた。頸部に過緊張がある重度認知症患者を対象としたクロスオーバー試験（cross-over trial : COT）により頸部の可動域訓練に関して調査したところ、被験者数は15例と少ないものの、最大嚥下量の増加に有効に働いたとの報告がある<sup>2)</sup>。

わが国ではRCTやCOTの報告は確認できなかった。症例報告では、嚥下体操やアイスマッサージ<sup>3)</sup>、筋機能訓練<sup>4)</sup>、直接訓練<sup>5)</sup>、鉛舐め訓練<sup>6)</sup>などが有効であったというものが散見されるが、認知症の原因疾患に関する記載がないものや、急性疾患罹患後のものが多く、それらでみられた摂食嚥下機能の改善が訓練によるものなのか自然に改善したものなのかは不明である。しかしながら、それら嚥下訓練の効果は完全に否定されるものではなく、症例の症状に合わせて日本摂食嚥下リハビリテーション学会の「訓