

高齢者の心身の特性

○ 共同指導用研修（ケアカンファレンス・初診時の対応）

要介護高齢者において、口腔機能に大きな影響を与える基礎疾患を持つ者は多い。また、身体機能を回復させるリハビリが有効な場合と、これ以上大きな回復が望めないような**進行性疾患の特性**を理解した上で多職種共同カンファレンスに参加することが望ましい。なぜなら高齢者は、老化や疾病による障害⇒生活意欲や主体性の喪失⇒廃用症候群⇒寝たきりという背景がある。そして、認知症であっても悩みがあり、口腔ケア実施者が自分にとって好ましい相手かどうか『情』という側面から判断する。このような要介護者に生活意欲を取り戻すためには、医療者が『気持ちの距離：愛情』を持つことが大切になる。

○ 在宅医療を受ける患者の基礎疾患の特性

① 認知症

後天的な脳の器質的障害により、いったん正常に発達した知能が低下した状態をいう。医学的には「知能」の他に「記憶」「見当識：現在の年月や時刻、自分がどこにいるかなど基本的な状況把握のこと」の障害や人格障害を伴った症候群として定義される。単に老化に伴って物覚えが悪くなるといった現象や統合失調症などによる判断力の低下は含まれない。逆に頭部の外傷により知能が低下した場合は認知症と呼ばれる。

認知症の程度をスコアすることよりも、問題行動や身体的疾患（脱水）の原因を探り、落ち着いた生活づくりをつくる必要がある。→嚥下機能は比較的保たれている。

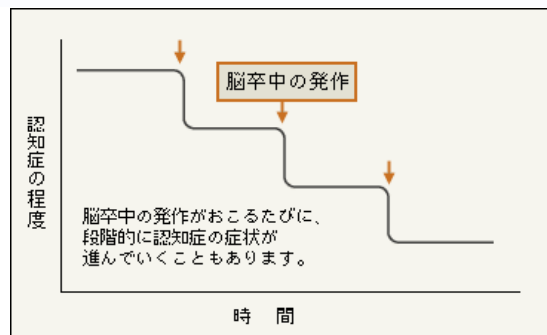
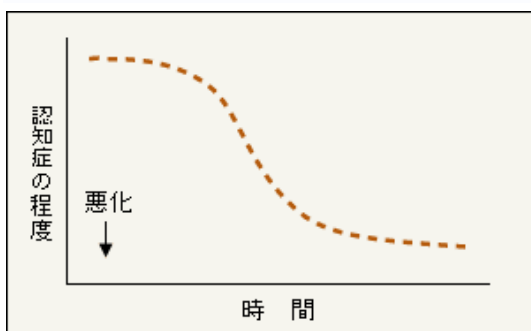
【症状】

- ・中核症状：記憶障害と認知機能障害（失語・失認・失行・実行機能障害）から成り、患者全員に見られる。病気の進行とともに徐々に増悪する。
- ・周辺症状：幻覚・妄想、徘徊、異常な食行動、睡眠障害、抑うつ、不安・焦燥、暴言・暴力など。神経細胞の脱落に伴った残存細胞の異常反応であり、一部の患者に見られる。

【分類】

変性性認知症（アルツハイマー型認知症
パーキンソン病・ピック病）

血管性認知症



【経過】

短期記憶の消失→問題行動→歩行不全・食事介助→寝たきり・誤嚥性肺炎・胃瘻→死
→現実との葛藤→過去の自分に戻る→現実から遊離する

【コラム】臥位（がい）：寝ている状態の体位のこと。仰臥位（あお向け）、側臥位（横向き）腹臥位（うつ伏せ）がある。口腔ケア時は 30° 以上仰臥位が望ましい。

② 脳血管障害

弛緩（ブラブラ）→痙性（何かの拍子で動く）→共同運動（筋肉がつられて動く）
→少し分離した動きが可能→分離した運動が可能

【ブルンストロームのステージ】

I. 下肢の麻痺：歩行不能でも立つ事が可能かどうかで介護度は大きく変わる。

健側の脚のひざを立てて、麻痺した脚をひざを伸ばしたまま上げられる→歩行可能
足先を手前に動かすことができる→障害の程度

II. 上肢の麻痺

麻痺側の手を握る→認知・体力・信頼・治療に対する熱意

グー・パー→握ることができる。 チョキ→ボタンかけや細かな歯ブラシができる。
バンザイをする→麻痺側の手を挙げる→顔まで挙げれば歯ブラシができる。

【FIM：機能的自立度評価法】

実際に「している」状況を記録して、介助者を要するのか？どれくらいの介助を要する
のか？という介護料を測定する評価方法。運動（セルフケア・排泄コントロール・
移乗）等13項目あり、認知には5項目がある。各項目1～7点の点数で評価。

【口腔内評価】

開口・閉口の指示→舌出し・可動域→頬ふくらまし→鼻咽腔閉鎖（ミラーを鼻にあて
る）→口唇閉鎖を確認→麻痺側の確認（舌出し・カーテン兆候・鼻唇溝）→再度頬ふ
くらまし→パタカラ→唾液嚥下・1ml冷水嚥下の頸部聴診→口腔ケア→聞き取り

【顔面の麻痺】

顔面下部：口唇の非対称・流涎・鼻唇溝の消失・口角下垂

顔面上部：前額部にしわを寄せることを指示すると麻痺側にしわをつくれない。

咀嚼や嚥下に直接大きな影響を与えないが、中枢性の障害の場合、舌咽
・迷走神経支配の運動麻痺が合併していることもあるので要注意とする。

【構音障害】鼻咽腔閉鎖不全（軟口蓋の挙上不全）による開鼻音の場合 PLP が有効

1、バビブベボやパピブペポ⇒マ（ファ） ミムメモ・ダデド⇒ナネノとなり、このよ
うな患者さんには、頸部前屈姿勢で嗽をすることを DH に指示する。

2、失語症の方でも知能は賢い方は多い

【知識】

1、ウェルニッケ失語：側頭葉の損傷にて感情や言葉を聞いて理解する力（感覚性）
が衰える。

2、ブローカー失語：前頭葉を損傷すると運動性言語中枢が障害を受け、頭では言
葉を理解できているのに、話そうとすると言葉にならない。

3、全失語：言葉を理解することも話すこともできない。

4、健忘性失語：言葉を理解できても、簡単な単語を忘れてしまう。

5、左半側空間失認：左側半分の空間が認識できなくなる。

【コラム】拘縮（こうしゅく）：長い間、寝たきりなどによって体を動かさずにいたために、
筋肉や関節が固まってしまって動かなくなる。→重度の場合は座位で重力を利用する。
右麻痺場合、失語症を伴うことがあり、左麻痺では失行、失認・性格変容するケースがある。

③ 神経筋疾患

I. パーキンソン病(PD)：脳内のドーパミンが減少する進行性の病気



3 大徴候：固縮（筋肉が固くなる）・動作緩慢・振戦（しんせん）

- 1、口・舌・喉の筋肉が固まり、食べる動作が遅くなったり、うまく飲み込めなくなったり、構音障害が起こる。
- 2、身体を動かすときの最初の動作がなかなか出来ない。身体を動かすのに大変な意志と努力が必要で、小声や仮面様顔貌となる。
- 3、片方の手から出始めて足や顎もふるえてきますが軽い場合は、日常生活は可能。

【食事・口腔ケア】

食事やケアで上記症状が強い場合は、薬の時間を調節する。長期投薬者は薬が効いている時（服用1時間後）とされる時の運動機能は別人のように違う。パーキンソン病の薬は1日量さえ変わらなければ、服用時刻は調節して良いものがほとんどである。また、汁物⇒ご飯・お粥⇒主菜⇒副菜の順番で飲み込みやすくするのも良い。

重度の嚥下障害者は夜間10～15°程度のギャッチアップ（少しずつ）で痰のからみが解消する場合がある。

【自立神経症状】

動作が少なく遅くなる・体温調節ができなくなる・汗が出る、流涎あるいは口渇・心拍数が低くなる・暗いところで目が見にくくなる

【疾患への誤解と対応】

表情にとぼしい、依存心（甘えている。そばにいと介助を要求する）、サボっている。誰もいないと動ける、日内変動が大きい等、誤解される病気である。

この疾患だけは要求に全て答えて、快く介助してあげるほうが良い。

II. 脊髄小脳変性症(SCD)

協調運動障害（運動が正確に効率よく行うことができなくなる）を症状とする神経変性疾患。いくつかの疾患に分類され、10年以上の長い経過を辿る進行性疾患。経過とともに、固縮や無動などパーキンソン症候も加わるが、呼吸機能は比較的維持される。

起立性低血圧の方には、ギャッチアップを10°位したら、5分程度間隔をおき、ゆっくと起こす。

【小脳の働きと嚥下機能】

小脳は歩行に関する機能や頭を動かしたりする機能、また手足の協調運動を司る。同じように、嚥下機能も協調運動が障害される。すなわち嚥下の5期の1つ1つは機能が残存していても、協調運動能力が低下するため、窒息や誤嚥が生じる。リハビリでは、疲労度合が大きく消極的になりやすい。出来るところを出来る範囲で間接訓練をする。咀嚼力も低下するため、食物の粉碎や咽頭への送り込みも困難になる。構音面では鼻腔閉鎖不全がみられるため、頸部前屈姿勢での含嗽が望ましい。

Ⅲ. 筋萎縮性側索硬化症（ALS）

球麻痺（球とは延髄のこと）とは延髄の障害により起こる麻痺で、主に下位脳神経麻痺（嚥下障害や構音障害など）を指すことが多い。一方、仮性球麻痺とは、症状的には延髄機能障害を示唆するが、皮質球路とくに両側内包部の障害により下位脳神経麻痺（嚥下障害や構音障害、顔面筋麻痺など）を来した状態を言う。（すなわち、延髄がやられていないのに同様の症状を呈するため、「仮性」球麻痺と言う）

ALSでは、球麻痺症状として、舌の萎縮、嚥下障害、構音障害が出現する。末期には経口摂取は不可能となり人工呼吸管理下となる。しかし、感覚障害や知能低下は現れにくく、眼球運動障害や失禁も見られにくく、瞬目やまぶたの動きでコミュニケーションをとる場合が多い。

【口腔症状と対処法】

筋の萎縮（筋肉が痩せること）は遠位から近位へおよび、舌筋、咬筋やオトガイ筋に及ぶ。当初は、嚥下機能は保たれている場合も多く、摂食・嚥下障害は、準備期と口腔期が中心となる場合が多い。すなわち、舌の可動域（特に上に持ち上げる筋力）が低下することで、咀嚼障害や咽頭へ送り込み障害が中心となる。

対処法としては、食品の選択（口内に残留しにくく、送り込みのしやすい、べたつかない、まとまりの良い食品）を検討する。また、PAP（舌接触補助床）や PLP（軟口蓋挙上装置）が有効であるが、口内の違和感が強いことより、器具の練習期間が必要。しかし、現実的には運動障害が顕著になるとその効果は乏しい。

Ⅳ. 間接リュウマチ

中年以降の女性に多く、骨・軟骨・関節・周囲組織に左右対称に疼痛や炎症を伴う疾患。『朝の病気』といわれるほど午前と午後では体調が異なる。

Ⅴ. 廃用症候群

口腔ケアに口腔機能向上の体操を付加する。

○ 高齢者の社会環境

後期高齢者は、前期高齢者に比べ、生理的機能の低下や日常生活動作能力の低下による症候が増加するとともに、生活習慣病を原因とする疾患を中心に、入院による受療が増加する傾向にある。

1、就業状態

就業している者は、前期高齢者では27.6%であるのに比べ、後期高齢者では9.0%に過ぎない。（平成16年度労働力調査（総務省統計局））

2、所得の状況

1人当たり平均収入（年額）は、前期高齢者で218万円、後期高齢者で156万円となっている。（平成13年国民生活基礎調査（厚生労働省統計情報部）をもとに集計）

○ 高齢者の基礎疾患（添付資料2:医療研修）

○ 医療現場での共通言語（添付資料3:メディカル略語）