

日本老年学会（総会）合同ポスター | 日本老年学会（総会）合同ポスター：日本老年学会（総会）合同ポスター

2025年6月27日(金) 17:15 ~ 18:15 歯ポスター発表1（幕張メッセ展示ホール8）

## 日本老年学会（総会）合同ポスター

[EP4-1]

咀嚼能力の主観的評価と客観的評価の不一致が示す健康長寿に向けた歯科的介入の視点とは

○富永 一道<sup>1,2</sup>、齋藤 寿章<sup>1,2</sup>、清水 潤<sup>1</sup>、前田 憲邦<sup>1</sup>、井上 幸夫<sup>1</sup>、矢野 彰三<sup>2,3</sup>、安藤 雄一<sup>4</sup> (1. 一般社団法人島根県歯科医師会、2. 島根大学地域包括ケア教育研究センター、3. 島根大学医学部臨床検査医学講座、4. 国立保健医療科学院)

[EP4-2]

誤嚥のスクリーニングとしての湿性咳嗽判定の有用性について

○藤井 菜美<sup>1,3</sup>、野原 幹司<sup>2</sup>、上田 章人<sup>3</sup>、田中 信和<sup>1</sup>、尾花 綾<sup>1</sup>、濱田 理愛<sup>1</sup>、濱田 雅弘<sup>2</sup>、阪井 丘芳<sup>2</sup> (1. 大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部、2. 大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔機能治療学講座、3. 医療法人藤仁会 藤立病院)

[EP4-3]

認知症診断時にかかりつけ歯科医を有していない者の割合とその特徴

○中村 純也<sup>1</sup>、釘宮 嘉浩<sup>1</sup>、横山 惟子<sup>1</sup>、守谷 恵未<sup>1</sup>、中野 有生<sup>1</sup>、佐藤 穂香<sup>1</sup>、永井 彩絵<sup>1</sup>、村上 正治<sup>1</sup> (1. 国立長寿医療研究センター歯科口腔外科部)

[EP4-4]

市中病院における看護師立脚型の院内歯科チーム依頼システムの導入と実績

○尾崎 研一郎<sup>1,2</sup>、寺中 智<sup>1,3</sup>、河合 陽介<sup>1,3</sup>、堀越 悦代<sup>1</sup>、戸原 玄<sup>2</sup> (1. 足利赤十字病院 リハビリテーション科、2. 東京科学大学 大学院 医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野、3. 東京科学大学 大学院 医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野)

[EP4-5]

がん終末期患者に対する死に至るまでの口腔衛生管理

○岡本 美英子<sup>1</sup>、田中 紘子<sup>2</sup>、横井 美有希<sup>1</sup>、坂井 鮎<sup>2</sup>、蟹江 仁美<sup>2</sup>、川田 菜々子<sup>2</sup>、矢沢 麻生<sup>2</sup>、吉田 光由<sup>1</sup> (1. 藤田医科大学 医学部 歯科・口腔外科学講座、2. 藤田医科大学病院 歯科・口腔外科)

2025年6月27日(金) 17:15 ~ 18:15 歯ポスター発表1 (幕張メッセ展示ホール8)

**日本老年学会（総会）合同ポスター****[EP4-1] 咀嚼能力の主観的評価と客観的評価の不一致が示す健康長寿に向けた  
歯科的介入の視点とは**

○富永 一道<sup>1,2</sup>、齋藤 寿章<sup>1,2</sup>、清水 潤<sup>1</sup>、前田 憲邦<sup>1</sup>、井上 幸夫<sup>1</sup>、矢野 彰三<sup>2,3</sup>、安藤 雄一<sup>4</sup> (1. 一般社団法人島根県歯科医師会、2. 島根大学地域包括ケア教育研究センター、3. 島根大学医学部臨床検査医学講座、4. 国立保健医療科学院)

**【目的】**

高齢者の咀嚼能力の主観的評価と客観的評価は必ずしも一致しない。しかし、その不一致が介護認定や死亡に与える影響を調査した研究はほとんど無い。本研究では、島根県後期高齢者歯科口腔健診（LEDO健診）の咀嚼能力指標（主観的・客観的評価）をもとに“組み合わせ指標”を作成し、健康寿命との関係を明らかにすることを目的とした。

**【方法】**

令和元年から3年のLEDO健診受診者と医療・介護保険情報を突合した12888名（男性5700名、平均年齢78.80歳±2.94）の後方視的データを使用した。客観的咀嚼能力は、グミゼリーを15秒間努力咀嚼した後の分割数に基づき、第1四分位を噛めない（A群）、第2～4四分位を噛める（B群）とし、主観的咀嚼能力は問診票から「噛めない」（a群）と「噛める」（b群）に分類し、(Aa, Ab, Ba, Bb)の組み合わせ指標4群を作成した。基本属性や既往歴等とのクロス集計を行い、主要解析として要介護2以上または死亡の発生をアウトカムとするCox比例ハザード分析を実施した。

**【結果と考察】**

平均観察期間は要介護2；21.15±9.91ヶ月、死亡；21.41±9.87ヶ月だった。組み合わせ指標の内訳は、Aa:1486名、Ab:1748名、Ba:1509名、Bb:8145名。クロス集計では、Aa群でプレフレイル、BMI<18.5、高血圧、骨粗鬆症、関節症、うつ病、低栄養、多剤服用などが有意に多く、Ab群ではサルコペニア肥満、BMI≥25、糖尿病、アルツハイマー病が有意に多かった。主要解析では、既往歴の傾向スコアによる交絡調整後も要介護2以上の発生リスク（Bb群参照）はAa群でハザード比HR=1.91（95%CI:1.47-2.48）、Ab群でHR=2.30（95%CI:1.83-2.94）だった。死亡のリスクではAa群がHR=1.88（95%CI:1.38-2.56）だった。

客観的・主観的に噛めない場合（Aa群）は、介護認定と死亡の共通リスク因子であり、客観的に噛めないが主観的には噛める場合（Ab群）介護認定のリスクが高かった。背景因子から、Aa群は低栄養やサルコペニアの傾向が強く、Ab群はメタボリック症候群関連疾患の可能性が示唆された。主観的評価のみならず客観的評価の改善を前期高齢者から取り組むことは重要な介入指針と思われた。(COI開示なし) (島根大学医学部医学研究倫理委員会承認番号20220723-1)

■ 2025年6月27日(金) 17:15 ~ 18:15 ■ ポスター発表1（幕張メッセ展示ホール8）

**日本老年学会（総会）合同ポスター****[EP4-2] 誤嚥のスクリーニングとしての湿性咳嗽判定の有用性について**

○藤井 菜美<sup>1,3</sup>、野原 幹司<sup>2</sup>、上田 章人<sup>3</sup>、田中 信和<sup>1</sup>、尾花 綾<sup>1</sup>、濱田 理愛<sup>1</sup>、濱田 雅弘<sup>2</sup>、阪井 丘芳<sup>2</sup> (1. 大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部、2. 大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔機能治療学講座、3. 医療法人藤仁会 藤立病院)

**【目的】**

咳嗽は誤嚥物を喀出するための防御機構のひとつである。咳嗽は痰などの分泌物が存在する湿性咳嗽と乾性咳嗽に分類される。湿性咳嗽は気道分泌を反映しており、喀出しきれない誤嚥物が残存する場合や慢性的な誤嚥により気道が炎症を起こしている場合に湿性咳嗽になると推測される。すなわち、誤嚥による湿性咳嗽は、肺炎リスクの高い誤嚥の指標となる可能性がある。本研究では、検査場面での誤嚥と湿性咳嗽の関連の有無を明らかにするために調査を実施した。

**【方法】**

対象は主治医より嚥下評価依頼のあった入院高齢患者60名（男女比34：26平均年齢84.9SD5.8歳）とした。①嚥下内視鏡検査および②咳嗽音の記録を実施した。①嚥下内視鏡検査では唾液誤嚥の有無、検査日まで継続的に摂取していた飲食物における誤嚥の有無を評価した。②咳テストの手技を応用し、複数回の誘発咳嗽音を記録した。記録した音声データを手動で区切り咳嗽音1つ1つのデータとした。全ての咳嗽音は30年以上の臨床経験のある呼吸器内科医が音声のみの情報をもとに湿性咳嗽と湿性でない咳嗽に分類した。本研究では咽頭貯留などによる湿性咳嗽の判定を拾わないために、湿性咳嗽が2回以上確認された場合に湿性咳嗽の患者と定義した。

**【結果と考察】**

唾液誤嚥を認めたのは10/60名、飲食物において誤嚥を認めたのは11/60名であり、どちらか(もしくは両方)において誤嚥を認めたのは19/60名であった。湿性咳嗽の患者は23/60名であった。湿性咳嗽が唾液誤嚥を検出する感度は0.90、特異度は0.72であり、飲食物の誤嚥を検出する感度は0.64、特異度は0.67であった。また、湿性咳嗽が唾液もしくは飲食物の誤嚥を検出する感度は0.74、特異度は0.78であった。本調査における湿性咳嗽の唾液誤嚥の陽性尤度比は3.21(陰性尤度比は0.10)であり、唾液誤嚥がある患者は唾液誤嚥がない患者に比べて3倍湿性咳嗽となりやすいという結果が示された。以上より、湿性咳嗽は唾液誤嚥のスクリーニングとして有用である可能性が示された。今後、以前に報告した咳嗽音の自動分類機器を用いて対象人数を増やし検証を継続する予定である。

(COI開示：なし)

(大阪大学歯学部附属病院倫理審査委員会承認番号：R3-E20)

■ 2025年6月27日(金) 17:15 ~ 18:15 ■ ポスター発表1（幕張メッセ展示ホール8）

**日本老年学会（総会）合同ポスター****[EP4-3] 認知症診断時にかかりつけ歯科医を有していない者の割合とその特徴**

○中村 純也<sup>1</sup>、釘宮 嘉浩<sup>1</sup>、横山 惟子<sup>1</sup>、守谷 恵未<sup>1</sup>、中野 有生<sup>1</sup>、佐藤 穂香<sup>1</sup>、永井 彩絵<sup>1</sup>、村上 正治<sup>1</sup> (1. 国立長寿医療研究センター歯科口腔外科部)

**【目的】**

認知症の有病者数は2022年時点で約443万人、軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment, 以下MCI)患者も含めると1000万人を超えているとも言われており、今後も増加傾向が続くと見込まれている。認知機能低下とともに口腔環境が悪化することは先行研究からも明らかであり、認知症基本法においても保健医療サービスの提供体制整備の必要性が明記されているにもかかわらず、認知症診断時から診断後にかけての医科歯科連携はまだ十分とは言えない現状がある。そこで今回我々は、認知症疾患医療センターと歯科との連携構築に向けて、認知症診断時、かかりつけ歯科医を有していない者の割合とその特徴を調査検討した。

**【方法】**

対象は2023年4月～2024年3月の当院もの忘れセンター初診患者から問診票に記載が無い者を除外した814名(年齢78.2歳、女性494名、BMI 22.0kg/m<sup>2</sup>)とした。診断結果から認知症、MCI、正常認知機能(以下NC)の3群に分類、かかりつけ歯科医を有していない者(初診時問診票にて本人、もしくは家族が回答)の割合を算出し3群を比較した(カイ二乗検定)。さらに、目的変数をかかりつけ歯科医の有無、先行研究から関連要因の可能性のある変数として認知機能、教育年数、居住環境、栄養状態、日常生活動作、手段的日常生活動作、要介護度、認知症行動障害尺度、老年期うつ病評価尺度、意欲、経済状況、併存疾患を調査し、これらと年齢、性別、BMIを説明変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った。

**【結果と考察】**

認知症群149/433名(34.4%)、MCI群62/213名(29.1%)、NC群16/105名(15.2%)がかかりつけ歯科医を有しておらず、認知症群・MCI群とNC群間に有意差が存在した。かかりつけ歯科医を有していない者の特徴としては年齢、性別(男性)、教育年数と認知機能低下が抽出された。今回の結果から、認知機能の低下がかかりつけ歯科医をもつことの障壁となっている可能性が示された。このことから、認知症診断時において認知症疾患医療センターと歯科が口腔管理状況を共有し、継続的な口腔健康管理に取り組むための連携体制構築が必要であると考えられた。

(COI 開示：なし)

(国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 倫理・利益相反委員会承認番号1730)

■ 2025年6月27日(金) 17:15 ~ 18:15 ■ ポスター発表1（幕張メッセ展示ホール8）

**日本老年学会（総会）合同ポスター****[EP4-4] 市中病院における看護師立脚型の院内歯科チーム依頼システムの導入と実績**

○尾崎 研一郎<sup>1,2</sup>、寺中 智<sup>1,3</sup>、河合 陽介<sup>1,3</sup>、堀越 悦代<sup>1</sup>、戸原 玄<sup>2</sup> (1. 足利赤十字病院 リハビリテーション科、2. 東京科学大学 大学院 医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野、3. 東京科学大学 大学院 医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野)

**【目的】**

入院患者における口腔問題は国内外で多くの報告があるが、その口腔問題に対して歯科が早期介入まで踏み込んだ報告は限られている。本邦では保険導入された周術期等口腔機能管理により予防的な口腔管理が充実してきたが、歯科職種が病棟看護師の口腔ケアのニーズに対してタイムリーに対応をできているかは明らかではない。当院では、医師内諾のもと看護師からの院内歯科チーム依頼システムを構築している。今回、院内歯科チーム依頼の実態について調査したので報告する。

**【方法】**

対象は、2019年4月から2022年3月までに院内歯科チーム依頼があった1,159人とした。当院医事課が管理するThe Japanese Diagnosis Procedure Combinationデータ、歯科レセプトデータ、歯科チーム依頼データを用いて調査を行った。調査項目は、性別、年齢、主科、入院経路、入院の契機となった病名（International Classification of Diseases Version 10）、在院日数、Body Mass Index、院内歯科チームへの依頼内容、入院から院内歯科チーム依頼までの日数、院内歯科チーム介入の形態、歯科診療回数などについて調査した。

**【結果と考察】**

対象は、男性 676人（58.3%）、女性 483人（41.7%）、年齢は中央値 79歳（IQR 71-85）であった。主科は、内科 626人（54.0%）、循環器科 95人（8.2%）、脳神経外科 90人（7.7%）と続いた。入院経路は自宅 1,015人（87.6%）、介護施設や福祉施設 98人（8.5%）、転院 46人（4.0%）であった。入院の契機となった病名は、循環器系の疾患（主に心疾患、脳血管疾患） 319人（27.5%）、腫瘍 184人（15.9%）、呼吸器系の疾患 182人（15.7%）と続いた。在院日数は中央値 30日（IQR 17-56）、Body Mass Indexは中央値 21.2 kg/m<sup>2</sup>（IQR 18.6-23.8）であった。院内歯科チームへの依頼内容（重複あり）は口腔内汚染 734人（41.0%）、口腔内乾燥 412人（23.0%）、義歯不適合 183人（10.2%）、動揺歯 128人（7.2%）、口腔内出血 115人（6.4%）、疼痛 93人（5.2%）、口腔粘膜炎 54人（3.0%）と続いた。入院から院内歯科チーム依頼までの日数は中央値 6日（IQR 3-14）、院内歯科チーム介入の形態として、「無償での診察と看護師指導もしくは有事診察」は380人（32.8%）、「有償での歯科診療」は779人（67.2%）、有償での歯科診療回数は中央値 3回（IQR 2-5）であった。歯科チームへの依頼内容は口腔内汚染が約4割と最も多かったが、歯科医師の介入が必要となる義歯不適合や動揺歯や口腔内出血などを合わせる35%となった。つまり歯科医師と歯科衛生士はOne Teamとして周術期等の加算とは別に、看護師のニーズにタイムリーに対応できるシステム構築が望まれる。（COI 開示：なし）（足利赤十字病院 倫理委員会 倫理番号 2020-12）

■ 2025年6月27日(金) 17:15 ~ 18:15 ■ ポスター発表1（幕張メッセ展示ホール8）

## 日本老年学会（総会）合同ポスター

## 【EP4-5】がん終末期患者に対する死に至るまでの口腔衛生管理

○岡本 美英子<sup>1</sup>、田中 紘子<sup>2</sup>、横井 美有希<sup>1</sup>、坂井 鮎<sup>2</sup>、蟹江 仁美<sup>2</sup>、川田 菜々子<sup>2</sup>、矢沢 麻生<sup>2</sup>、吉田 光由<sup>1</sup> (1. 藤田医科大学 医学部 歯科・口腔外科学講座、2. 藤田医科大学病院 歯科・口腔外科)

【緒言】がん終末期患者では口腔乾燥が発現しやすいと報告されている。我々の先行研究においても、専門的な歯科介入がされていない場合、口腔環境は死亡2週前までに著しく悪化し、そのまま死亡していくことが明らかとなった。そのため、がん終末期患者に対する口腔衛生管理が必須であると考えられるが、この時期の口腔衛生管理の効果はほとんど検討されていない。本研究では、がん終末期患者の死亡直前までの口腔衛生管理の効果について検討したので報告する。【対象】2022年6月から2023年5月までに藤田医科大学病院緩和ケアセンターならびに七栗記念病院に入院し、入棟時を含め週1回の歯科衛生士による口腔衛生管理を2回以上受けた後に死亡退院となった患者20名（男性14名、女性6名）を対象とした。対象者に対しOral Health Assessment Tool (OHAT) を用いた口腔内評価を行った後に、歯ブラシやスポンジブラシを用いたプラークや口腔剥離上皮膜の除去と口腔保湿剤による保湿を中心とした口腔衛生管理を行い、その介入時間を測定した。また、介入前後で口腔水分計ムーカス®を用いた口腔乾燥度とFace Rating Scaleを評価した。【結果】入院理由となった主疾患は肺癌が7名、胃癌が4名、直腸癌が2名、それ以外は7名であった。入院期間は平均27.3±19.0日であり、歯科の最終介入日から死亡退院までは平均2.8±1.8日であった。入棟時と比較して死亡前の最終介入時では、会話ができる者や自発的な開口ができる者は減少し、鎮痛剤や酸素を使用している者は増加していた。口腔衛生管理にかかる所要時間は入棟時と最終介入時で差はなく、口腔衛生管理前後でのFace Rating Scaleにも変化はなかった。口腔衛生管理前後の口腔乾燥度は、入棟時では21.0±8.3から26.7±3.2へ、最終介入時でも16.8±8.4から25.8±3.7へと有意に改善していた。【結論】終末期がん患者では口腔環境が悪化することが報告されているが、歯科専門職による口腔衛生管理により死亡直前の時期においても口腔乾燥を緩和できることが明らかとなった。最後の時を少しでも快適に過ごしてもらうためには、最期まで継続した口腔衛生管理が重要であると言える。（COI開示：なし）（藤田医科大学倫理審査委員会承認番号：HM21-415）