

歯科医師

認知症対応力向上研修

1. 基本知識 編
2. かかりつけ歯科医の役割 編
3. 連携・制度 編

平成27年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業

歯科医師分科会 編

令和元年度 老人保健健康増進等事業「認知症対応力向上研修のあり方に関する調査研究事業」において一部修正

研修全体の目的・意義

- **早期発見・早期対応の重要性 および、
認知症の人と家族の生活を支える知識
と方法を習得する**
- **認知症の人への対応の基本と歯科診療
の継続のための方法を習得する**
- **認知症診療、ケア、連携に関する基本的
な知識を得る**

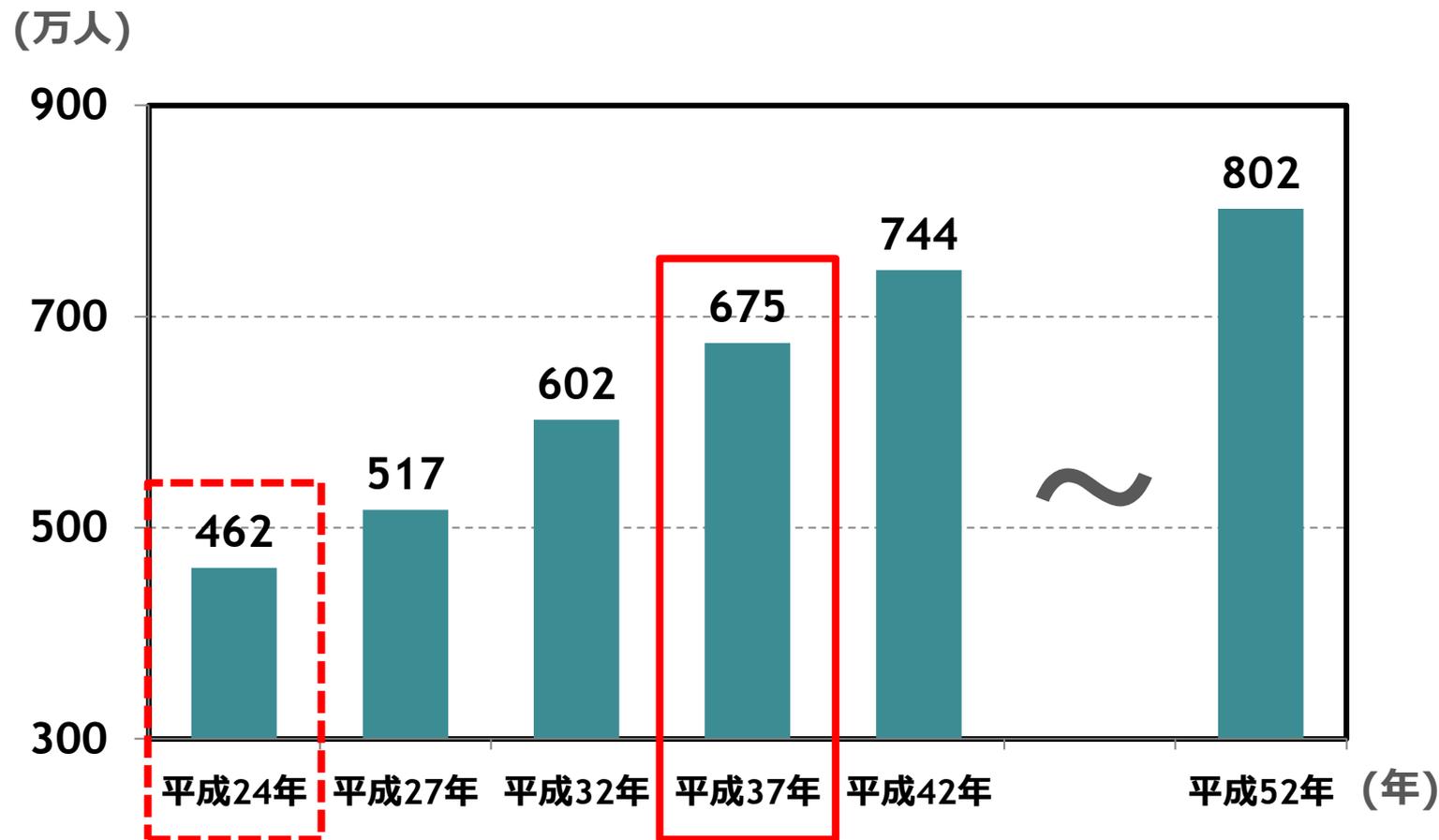
基本知識 編

ねらい : 認知症の人や家族を支えるために
認知症対応の基本知識を習得する

到達目標 :

- 認知症の現状や病態やその特徴を理解できる
- 認知症診療・ケアの概要・プロセスを理解できる

認知症の人の将来推計について



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授) による速報値

認知症施策推進大綱の概要

－令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定－

基本的考え方

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進

① 普及啓発・本人発信支援

② 予防

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

▶▶ 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

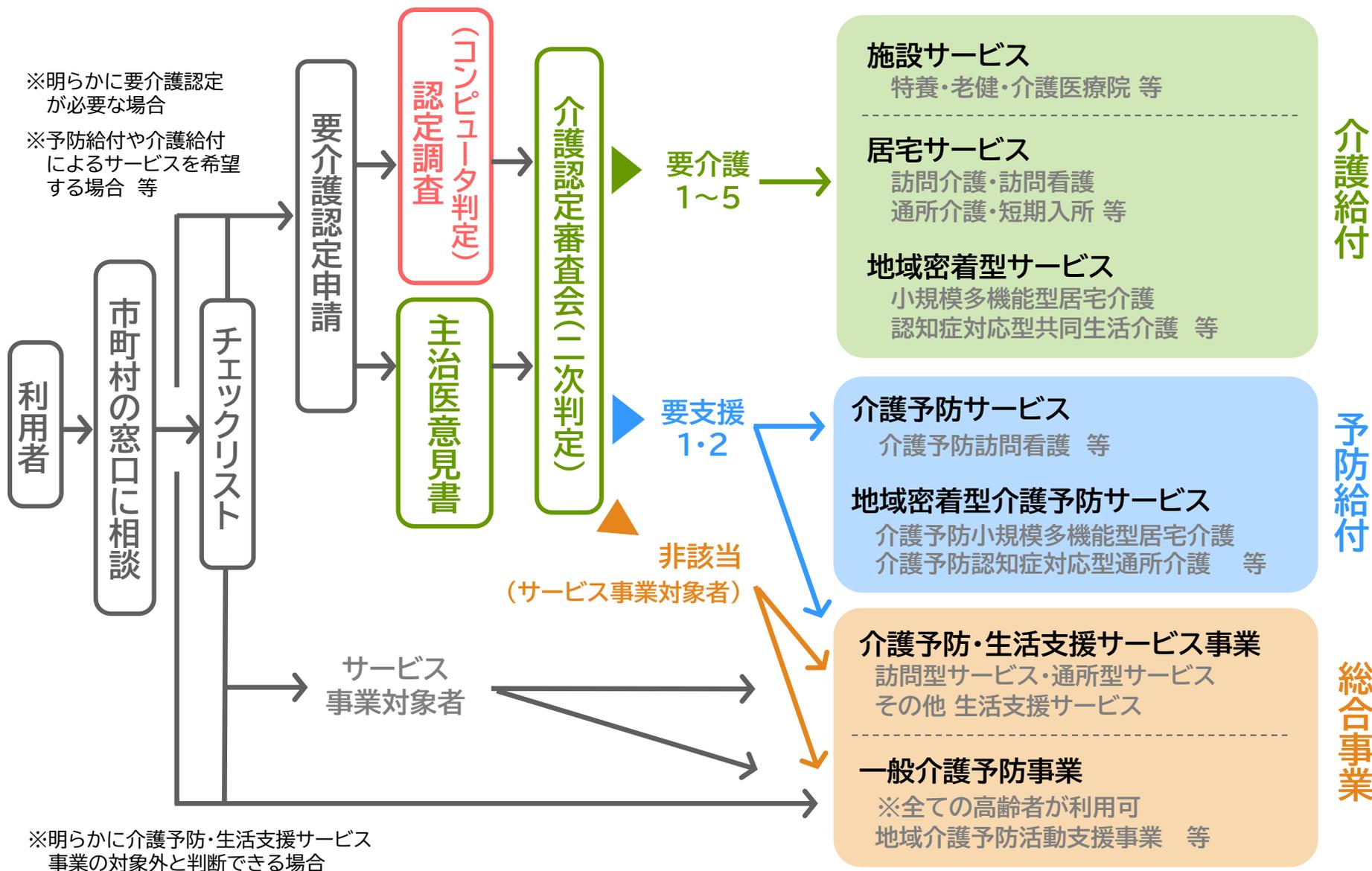
⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

具体的な施策の5つの柱

認知症の人や家族の視点の重視

《基本4》

介護サービスの利用の手続き



※明らかに要介護認定が必要な場合
 ※予防給付や介護給付によるサービスを希望する場合 等

※明らかに介護予防・生活支援サービス事業の対象外と判断できる場合

介護給付

予防給付

総合事業

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
	II a 家庭外で上記IIの状態が見られる
	II b 家庭内でも上記IIの状態が見られる
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする
	III a 日中を中心として上記IIIの状態が見られる
	III b 夜間を中心として上記IIIの状態が見られる
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

認知症の診断基準（DSM-5）

- A** 1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知）が以前の機能レベルから低下している。
- B** 認知機能の低下が日常生活に支障を与える。
- C** 認知機能の低下はせん妄のときのみには現れるものではない。
- D** 他の精神疾患（うつ病や統合失調症等）が否定できる。

認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)

認知機能障害

- 複雑性注意
- 実行機能
- 学習と記憶
- 言語
- 知覚・運動
- 社会的認知

行動・心理症状(BPSD)

- 抑うつ
- 興奮
- 徘徊
- 睡眠障害
- 妄想

ほか

家族が認知症を疑うきっかけとなった変化

(n:465)

- 忘れ物・もの忘れ・置き忘れを頻繁にするようになった ... 74.6%
- 時間や日にちが分からなくなった(忘れるようになった) ... 52.9%
- 仕事や家事が以前のようにできなくなり、支障をきたすようになった ... 46.7%
- クレジットカードや銀行通帳の取り扱いができなくなった ... 29.5%
- 服薬がきちんとできなくなった ... 28.4%
- ふさぎこんで、何をするのも億劫がり、嫌がるようになった ... 26.5%
- 気候に合った服を選んではいけないようになった ... 19.6%
- 入浴しても洗髪は困難になった ... 13.5%

加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ

加齢に伴うもの忘れ	アルツハイマー型認知症のもの忘れ
体験の一部を忘れる	全体を忘れる
記憶障害のみがみられる	記憶障害に加えて 判断の障害や実行機能障害がある
もの忘れを自覚している	もの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったということがある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
取り繕いはみられない	しばしば取り繕いがみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である

アルツハイマー型認知症とは

- 最も多い病型で、全ての認知症の**半分以上**を占める
- 病理学的には、**アミロイドの蓄積** ⇒ **老人斑を形成**
⇒ **タウの細胞内への蓄積** ⇒ **神経原線維変化**
- 最初に起こる症状は **記憶障害** である。
具体的には、同じことを何度も聞く、置忘れやしまい忘れから始まる場合が多く、続いて、段取りが立てられない、気候に合った服が選べない（遂行障害）、時間や場所の感覚があいまいになる（見当識障害）が加わる
- **忘れていることを「取り繕い」**をする。
「誰かに盗まれた」と疑うこと（物盗られ妄想）が見られることがある。

アルツハイマー型認知症の症例（68歳・女性）

1年ほど前から前日のことを忘れることが多くなった。
通帳や大切なもののしまい忘れが目立つようになり、物が見つからないときに夫のせいにする。

結婚した娘のところに何度も電話してくるが、前にかけてきた内容を覚えていない。

買い物へは行くが、同じものを大量に買ってしまい 冷蔵庫内で腐らせてしまう。

料理もレパートリーが減り 3日続けて同じ料理を作った。

最近好きで通っていた絵画教室にいろいろな理由をつけては行かなくなった。

レビー小体型認知症とは

- 変性性認知症ではアルツハイマー病について多い疾患
- 障害される神経系が多系統なため、認知機能症状以外に精神症状やパーキンソニズム、自律神経症状など多彩な症状がでることが特徴。

認知機能症状

初期には記憶障害よりも、遂行障害や問題解決能力の低下、構成障害や視空間認知障害、注意の障害がめだつ

精神症状

リアルで具体的な幻視や妄想

パーキンソン症状

動きが遅くなる、手が震える、転び易くなる

自律神経症状

たちくらみ、排尿障害、失神

- しっかりしているときと居眠りをするときの差が激しいなど、症状の変動が大きく現れる。（数分から日の単位まで多様）

レビー小体型認知症の症例

主訴：意欲低下、動きが遅くなり眠ってばかりいる

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：平成X年頃から夜中に大声をだす。

平成X+4年10月頃から 会話が筋道をたててできない。
洋服がうまく着られない。機械を扱う仕事をしていたにもか
かわらずカメラが使えない。目覚まし時計があわせられない。
1日中うとうと眠っているかと思うと易怒性あり。
正常に戻ったかのように調子のよい日と全くなにもしない
日がある。この頃から家の中に子供がいる、電線の上に
女の人がいる、という。

平成X+6年1月 大学病院の神経内科に受診。筋固縮と
歩行障害を指摘された。また、不眠を訴えるようになり、
眠剤を投与されたところ、翌日の午前中まで起きなかった。

前頭側頭型認知症とは

- 前頭葉と側頭葉前部を病変の主座とする変性性認知症、
タウ蛋白の異常蓄積が原因
- 前頭葉が主として障害されると、**人格や行動の変化** がみられる
(自らをおさえることができず衝動的な行動や、同じ行為を繰り返す。
時に反社会的な行動につながることもある。あらゆることに意欲がなく
何もしなくなる 等)
⇒ **行動変容型前頭側頭型認知症**
- 側頭葉が障害されると、**言葉の障害**が初期から目立ってくる
 - ◎ 言葉数が減り、字を読んだり、書いたりすることが難しくなる
⇒ **進行性非流暢性失語**
 - ◎ 言葉の意味が失われる(「電車って何ですか」など)
⇒ **意味性認知症**

前頭側頭型認知症（62歳・女性）

主 訴：異常行動

家族歴：姉が認知症

現病歴：平成X年4月頃から不眠、7月頃から無口になった。本来は社交的でおしゃれな性格だったが、家族とも口をきかなくかった。

平成X+2年6月頃から異常行動出現

- 安全ピンを1日に何回も買いにいき、お金を払わずに帰ってくる。
- スーパーのビニール袋を際限なく引っ張り出す。
- 全裸で洗濯物を乾かす。
- ヘアドライヤーで洗濯物を乾かし続ける。
- 他人のゴミ袋に自分の家のゴミをいれる。

これらの異常行動を夫が非難すると反抗的になり暴力をふるった。

平成X+2年10月 銀行から大金をおろしてしまい、どこへしまったかわからない。部屋の中は泥棒が荒らしたかのように散らかっている。夫が片づけても再び散らかす。

血管性認知症とは

- アルツハイマー型認知症の次に多い病気。
脳の血管が詰まったり(脳梗塞)、破裂したり(脳出血)して起こる
- 高血圧症や糖尿病などの生活習慣病や心臓病などを治療し、規則正しい生活をするすることで、発症や進行の予防が可能

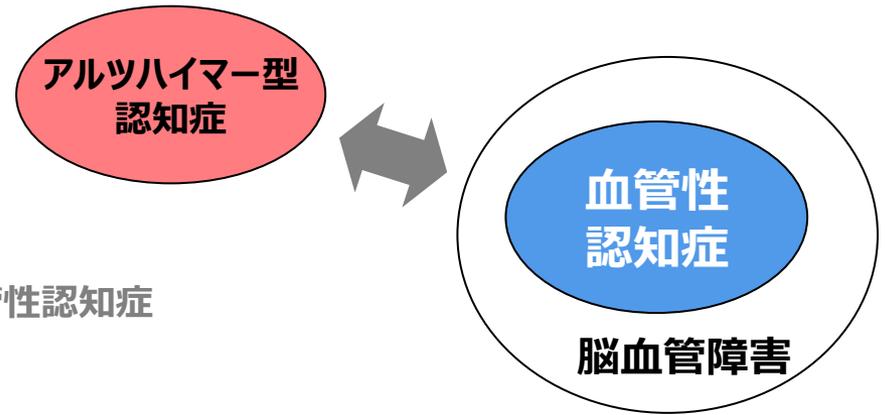
[特徴]

- ◎ 症状が突然現れたり、段階的に悪化・変動したりする。
- ◎ 認知症だけでなく、脳が障害を受けた場所によって、歩行障害、言葉が理解できない、感情のコントロールができないなどの随伴症状が早期から見られる。

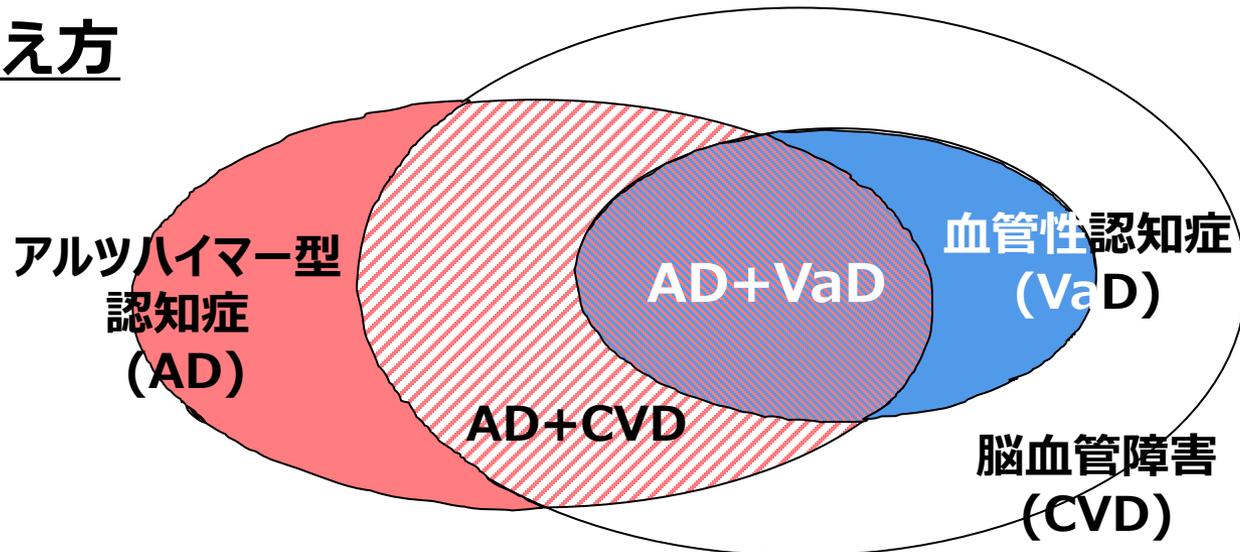
血管性認知症の考え方の変化

これまでの考え方

- 脳卒中の既往があれば 血管性認知症
- 画像で脳梗塞を指摘されれば 血管性認知症
- 画像で無症候性脳梗塞を指摘されても 血管性認知症
- 運動麻痺や構音障害があれば 血管性認知症



最近の考え方



若年性認知症の特徴

認知症高齢者との違い

- 発症年齢が若い
- 男性に多い
- 初発症状が認知症特有でなく、診断しにくい
- 異常であることには気が付くが、受診が遅れる
- 経済的な問題が大きい
- 主介護者が配偶者に集中する
- 本人・配偶者の親等の介護が重なり、時に複数介護となる
- 家庭内での課題が多い（就労、子供の教育・結婚 等）

画像診断の目的

1. 除外診断

脳出血や慢性硬膜下血腫、脳腫瘍等の他の疾患によって、
認知症症状が引き起こされていないかどうか を除外

2. 認知症の病型診断の補助

3. 軽度認知障害が認知症に移行しやすいかどうかの指標

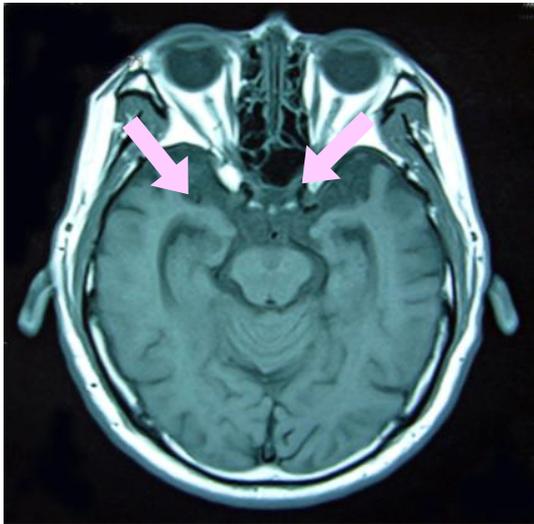
※ 薬剤の効果判定のバイオマーカーとしての役割

… 今後期待されるが現時点では探索的段階

代表的疾患の画像鑑別診断のポイント

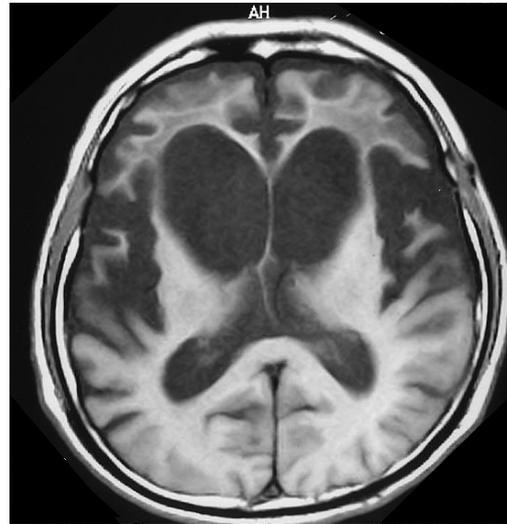
	AD アルツハイマー型	DLB レビー小体型	FTD 前頭側頭型	VaD 血管性
MRI CT	海馬、側頭葉の萎縮 (初期には目立たない)	(特異なものはない)	前頭葉、側頭葉の萎縮	両側視床、側頭葉梗塞 多発する皮質下梗塞 高度の白質病変
SPECT FDG-PET	頭頂側頭連合野 後部帯状回 楔前部 前頭葉	頭頂側頭連合野 後頭葉	前頭葉 頭頂側頭連合野 (ADに比べて軽い)	血管障害の病巣により一定の傾向をもたない
その他		<ul style="list-style-type: none"> ・MIBG心筋シンチで取り込み低下 ・DATスキャンでのドパミントランスポーター取り込み低下 		

認知症各病型の典型的なMRI画像

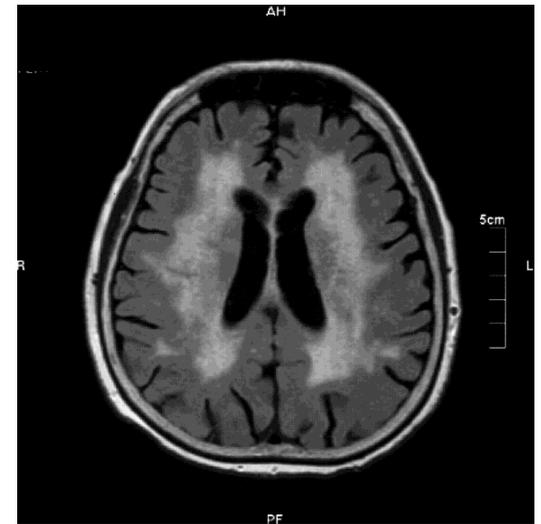


**アルツハイマー型
認知症**

(側脳室下角の開大
と海馬の萎縮)



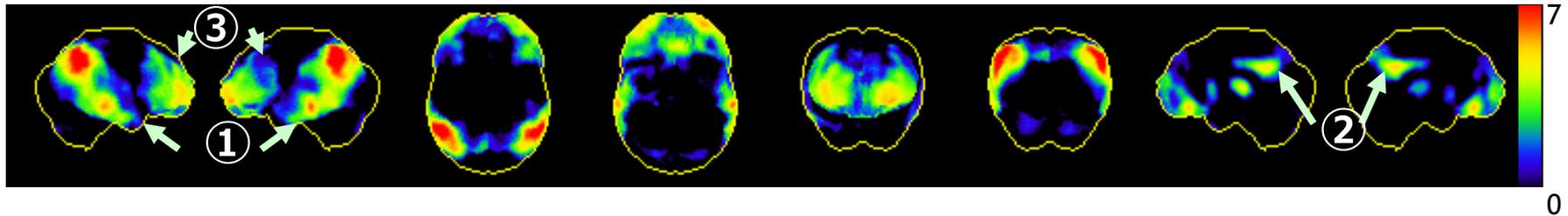
**前頭側頭型
認知症**



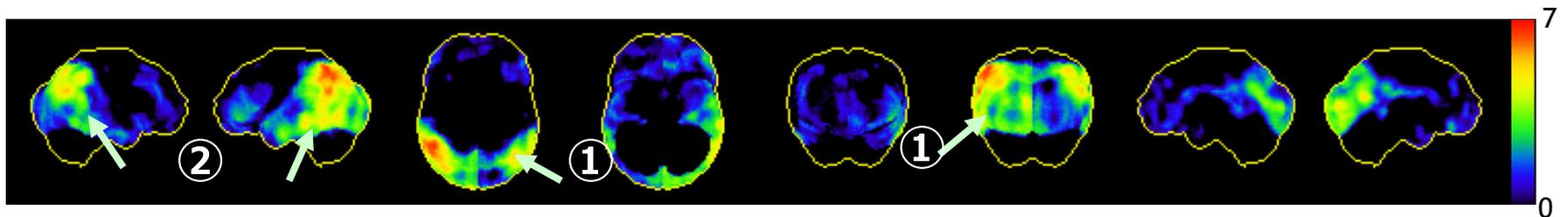
血管性認知症

認知症各病型の典型的なSPECTパターン

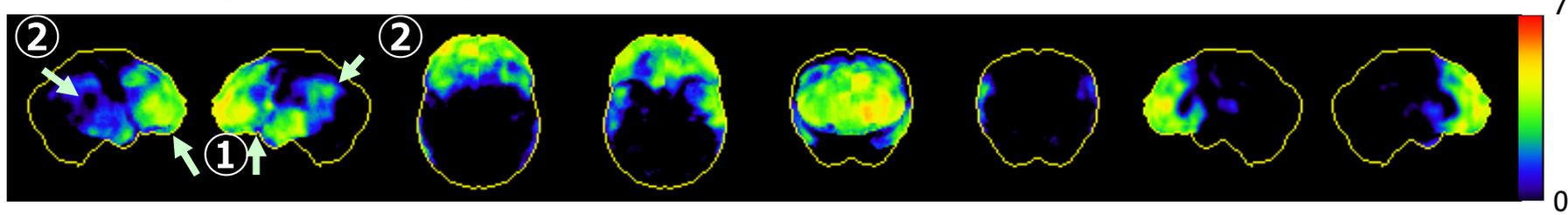
AD ①頭頂側頭連合野 ②楔前部から後部帯状回 ③前頭葉



DLB ①後頭葉 ②頭頂側頭連合野



FTD ①前頭葉 ②頭頂側頭連合野 (ADと比べて軽い)



軽度認知障害とは

1. 記憶障害の訴えが本人または家族から認められている
2. 日常生活動作は正常
3. 全般的認知機能は正常
4. 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
5. 認知症ではない

Petersen RC et al. Arch Neurol 2001

本人と家族の

- 「将来認知症になってしまうのではないか」という **不安** に応え、
- 「認知症ではないから病気ではない、だから、病院へもかかる必要はない。」という **誤解** に対応していくこと

記憶障害のアセスメント

- **最近の記憶**
 - ・食事の内容
 - ・受診の交通手段、目的
 - ・家族との外出など
- **昔の記憶**
 - ・生年月日
 - ・出生地
 - ・学校時代の話など

について、予め介護者から問診票などで情報を得てから、本人と面接する

見当識障害のアセスメント

- 今日の年月日、曜日、午前・午後
- 自宅の住所
- 今いる場所の認識
- 家族の認識

判断・実行機能障害のアセスメント

● 家族からの情報

- ・気候にあった服を着ているか
- ・適切に着替えをしているか
- ・雨天時に傘をもっていくか
- ・料理の味付けはどうか
- ・いつも同じ料理ばかりではないか

● 本人への質問

- ・火事に出会ったらどうするか
- ・道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか

認知症の重症度（FASTより）

1. 正常	
2. 年相応	物の置き忘れなど
3. 境界状態	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。新しい場所に旅行することは困難。
4. 軽度の アルツハイマー型認知症	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。
5. 中等度の アルツハイマー型認知症	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもなんとか、なだめすかして説得することが必要なこともある。
6. やや高度の アルツハイマー型認知症	不適切な着衣。入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。トイレの水を流せなくなる。失禁。
7. 高度の アルツハイマー型認知症	最大約 6 語に限定された言語機能の低下。 理解しうる語彙はただ 1 つの単語となる。歩行能力の喪失。 着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡。

認知症のスクリーニングのためのアセスメントツール

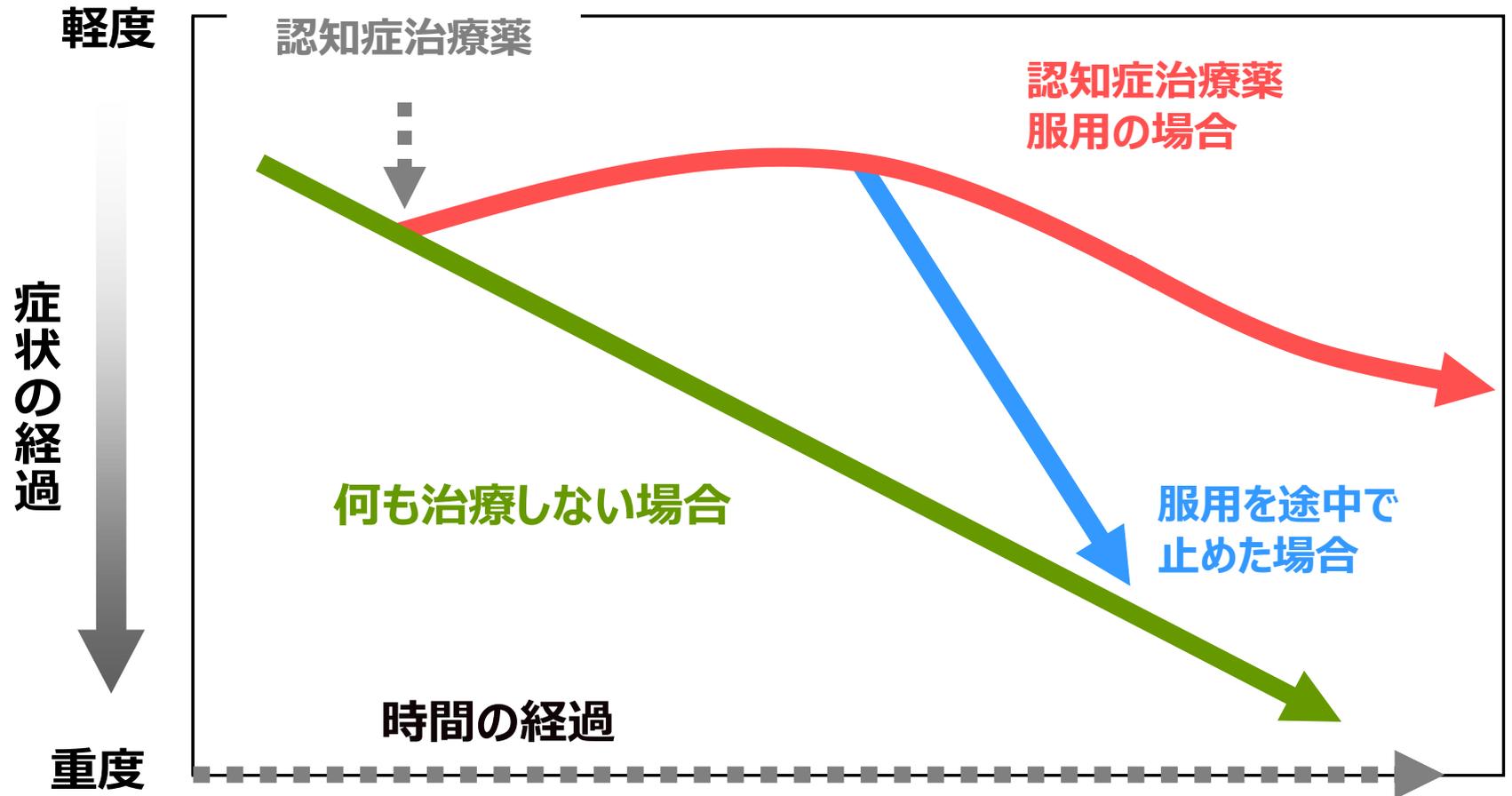
〈質問式〉

- ① 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)
- ② ミニメンタルステート検査 (MMSE)

〈観察式〉

- ① **DASC-21** (The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items)
- ② 初期認知症徴候観察リスト (OLD)

認知症の経過の中での投薬の意義



認知症治療薬の特徴

	ドネパジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
作用機序	AChE*阻害 *アセチルコリンエステラーゼ	AChE阻害/ ニコチン性ACh 受容体刺激作用	AChE阻害/ BuChE*阻害 *ブチルコリンエステラーゼ	グルタミン酸受容体 の拮抗薬
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度	中等度～高度
一日用量	5-10mg	8-24mg 液剤あり	4.5-18mg 貼付剤	20mg 5mg から毎週漸増
初期 投与方法	3mgを1-2週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与後 16mgで維持	4週ごとに4.5mgずつ 増量し18mgで維持	
用法	1	2	1	1
半減期	70-80	5-7	2-3	
代謝	肝臓	肝臓	非CYP	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	DLBが適応 (2014)		1ステップ ^① 漸増法が 承認 (2015)	

投薬に際しての支援のポイント

- **薬の保管・管理と定期的な服薬ができること**
(本人または介護者が行う)
- **薬の効果と副作用の観察が行えること**
(本人が独居の場合は訪問看護や訪問介護などを利用して適宜支援と確認ができる)
- **定期的な受診と服薬指導が受けられること**

かかりつけ歯科医の役割 編

- ねらい：
- 認知症の人の神経心理学的症状を理解し、配慮した歯科治療を行う
 - 歯科医療機関全体で認知症の人や家族への支援を行う基本的知識を得ること

到達目標：

- かかりつけ歯科医の役割の理解
- 認知症の人(疑いを含む)の神経心理学的症状の理解
- 神経心理学的症状に配慮した歯科治療上の配慮
- スタッフ教育および歯科医院全体で行う患者・家族への支援
- 必要に応じた適切な連携

かかりつけ歯科医(歯科医療機関)の役割

認知症に対応できる歯科医師の役割

- 認知症を理解し徴候などに気づくことができる
- 認知症の人に対する継続的な歯科治療を行う
- 全てのスタッフが認知症を理解し、認知症の人やその家族を支援することができる
- 必要に応じ他の医療施設や必要なサービスと連携できる

歯科の特殊性

そもそも歯科の特殊性とは

- 本人の希望が前提
- 診断に対して複数の治療方針がある
- 契約は本人と歯科医師の間で行う

加えて、**認知症の人**に対するの歯科診療は

- ① 認知症は目に見えない機能障害
- ② 生活の困難に対応する必要（本人任せにできない）
- ③ 高齢者の口腔の多様性（義歯やインプラントなど）
- ④ 身体の機能低下に口腔の機能低下がリンクする
- ⑤ 栄養摂取への影響
- ⑥ 契約と診療費は本人の希望だけで行えない可能性

認知症の人がたどる経過のなかでの 歯科治療の関わり

本人の暮らし

認知機能低下の進行

	グレーゾーン	中核症状 出現期	BPSD 多出期	障害 複合期	ターミナル期
自立 した 暮らし	本人におこる暮らしの中での変化（主なもの）				
	<ul style="list-style-type: none"> 物の置き忘れ 人や物の名前が出づらい 	<ul style="list-style-type: none"> 本人が「おかしい」と感じるが増える 不安・イライラ 疲れやすい 	<ul style="list-style-type: none"> わからないが増える パニックに陥りやすい 	<ul style="list-style-type: none"> できないが増える ふらつく、転びやすい、動けない 	<ul style="list-style-type: none"> 食べられなくなる 体温調節が乱れる

どの時期、段階（ステージ）での治療なのか、認知症によっておきている本人の暮らしの変化や有する力に配慮・留意した対応が必要となる

認知症の進行過程に応じた歯科におけるケア視点

<p>軽度認知障害 から 認知症初期</p>	<p>認知症初期 から 認知症中等度</p>	<p>中等度以上 (在宅や施設)</p>
<p>ガーグリング、リンシングは自立しているが口腔清掃のセルフケアが不十分になる、忘れてしまうこともある。 清掃用具の支援に加え、口腔清掃行為の誘導や、日々の習慣化などに配慮する必要がある。 介助の受け入れは自尊心に配慮する必要がある。</p>	<p>ガーグリングが困難になる。 口腔清掃を一人で遂行することは困難。 口腔清掃行為に誘導や介助が必要だが拒否がおこらないように、本人のリズムに合わせる必要がある。 義歯しまいこみ、紛失に注意が必要。</p>	<p>口腔清掃したがらず、複雑な義歯の着脱、取り扱いが困難になってくる。 うがいの水を飲んでしまう事がある。 口腔清掃の介助を嫌がる。 理解力低下に伴う口腔清掃介助拒否に配慮し、セルフケアもうながしながら介助を行う。 水分の誤嚥に配慮する。</p>

認知症になって歯科へのアクセスが途絶えると・・・



かかりつけ歯科医に求められる認知症の人への対応(まとめ)

- **認知症の徴候に気づく**
- **認知症の人に対応する**
- **認知症の人の歯科治療を行う**
- **認知症の人の家族を気遣い支える**
- **地域でみることを意識し、連携体制を構築する**

かかりつけ歯科医が早期に気づき対応する意義

- 早期に気づき、他の職種につなぐ役割を担う
- より早期からの継続的にかかわりによって変化を捉えることが可能となる
- 認知症初期の段階では、配慮すれば歯科治療は十分可能である
- BPSDが顕著で歯科治療困難な期間を短くでき、その後の暮らしに備えるため、予知的な治療を行うことが出来る
- 家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能になり、病気の進行に合わせたケアやサービス利用により、認知症の進行抑制や家族の介護負担の軽減ができる

歯科診療において注意すべき気づきのポイント

- 予約の日時を忘れる・間違える
- 忘れ物が増えた
- 同じことを何回も質問する
- 職員に対する態度がきつくなるなど変化した
- 健康保険証・診察券・お釣りを受け取っていないという
- 履物を間違える
- 整容・身だしなみが変化した
- 口腔清掃状態が悪化した
- 義歯をたびたび紛失する
- 義歯が口腔内に装着されているかどうかわかっていない
- 診療室からの出口がわからない(出入口を間違える)

歯科における認知症はデリケート

対応を分けて考える

認知症が疑われる人

に対して

CASE 1

いきなり認知症扱い
をすると家族ごと
患者を失う可能性

認知症と診断されている人

に対して

CASE 2

認知症対応を
しないと混乱を
引き起こす可能性

どちらか分からなくても・・・

初診時のチェックポイント

- ① 独居か否か
- ② キーパーソンの有無（見極め）

DVD:1

受付にて

「保険証 返してよ」

認知症が疑われる人への対応

認知症が疑われる人

CASE 1

いきなり認知症扱い
をすると家族ごと
患者を失う可能性

認知症と診断されている人

CASE 2

認知症対応を
しないと混乱を
引き起こす可能性

CASE 1

認知症と診断されていないが、
認知機能が低下している人
に対する対応の基本知識と総論

認知症が疑われる人に対する 歯科医療職の対応

Point ①

- 共感と傾聴をベースに観察に徹する
- ミスなど指摘することは避ける
- 感情の高ぶりには穏やかに対応する
- 病歴や投薬の聴取は頻繁に行う
- 主治医や家族との連絡が重要

認知症が疑われる人に対する かかりつけ歯科医の対応の視点①

Point ②

① 一人で受診した場合

- 本人の身体的および精神的な訴えに耳を傾ける
- 身体合併症に関する問診には、認知機能障害の特徴を考慮する
- 現在の服薬内容について情報を収集する
- 必要に応じて家族への連絡や家族とともに来院することが必要であることを説明する
- 家族に連絡し、本人とともに来院することを促す
- 本人の状況に配慮し、その日に可能な歯科診療を行う

認知症が疑われる人に対する かかりつけ歯科医の対応の視点②

Point ③

② 家族と一緒に受診した場合

- 本人と家族(または付添人)それぞれから聴取する
- 本人や家族の「生活障害」にも焦点をあて情報を収集する
- ケアマネジャーなどからも情報を収集する
(介護保険利用時)
- 認知症が疑われることを説明し、情報を集めて、本人と家族の了解を得た上で、かかりつけ医等に紹介する

認知症と診断されている人への対応

認知症が疑われる人

CASE 1

いきなり認知症扱い
をすると家族ごと
患者を失う可能性

認知症と診断されている人

CASE 2

認知症対応を
しないと混乱を
引き起こす可能性

CASE 2

認知症と診断されている人
に対する対応の基本知識と総論

認知症の人の歯科治療を スムーズに進めるための4つの視点の整理

Point ①

認知症の人は、一般の人以上に、身体的、環境的、
心理・社会的な要因による影響を受けやすい特徴がある

そのために、以下の4点が重要

- ① 認知症の人がたどる経過を理解すること
- ② 歯科治療の際に留意が必要な認知症の症状と
要因・誘因を知ること
- ③ 本人が体験している世界を知ろうと努めること
- ④ 認知症の人の尊厳を保持すること

認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)

Point ②

認知機能障害

- 複雑性注意
- 実行機能
- 学習と記憶
- 言語
- 知覚・運動
- 社会的認知

行動・心理症状(BPSD)

- 抑うつ
- 興奮
- 徘徊
- 睡眠障害
- 妄想

ほか

BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

歯科診療の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因

Point ③



要因・誘因 (主なもの)

身体的要因	基礎疾患、血圧の変動、便秘、下痢、疼痛、掻痒感、冷え、発熱、水分・電解質の異常、薬の副作用等
環境的要因	なじんだ住環境からの入院、転室、転棟、転院、退院などによる環境変化、本人にとっての不適切な環境刺激 (音、光、風、暗がり、広すぎる空間、閉鎖的な空間、心地よい五感刺激の不足など)
心理・社会的要因	不安、孤独、過度のストレス、医療従事者の口調が早い・強い、分かりにくい説明、自分の話を聞いてくれる人がいない、何もすることがない暮らし、戸外に出られない暮らし

認知症の人へのかかりつけ歯科医の支援

Point ④

- 物の忘れがあっても充実感を持ち、安心して暮らせるように、できる限りの治療や支援を行うことを本人に伝える
- 物の忘れを自覚する辛さを受け止め、残された能力が十分あることを伝える
- 認知症に起因すると考えられる口腔症状に関する説明は、本人には慎重に行い、家族に対しても支援を促す
- 家庭の中で何らかの役割を持ってもらうこと、状況に応じて社会参加や介護保険サービスの利用をすすめる
- 歯科口腔疾患を早めに見つけ、予知性を持った治療をする

キーパーソンとの状況共有と配慮

Point ⑤

認知症の人の記憶が曖昧であったり、意思疎通に不安があるような際は早めにキーパーソンと情報共有する

- 家族介護者の労をねぎらいつつ、認知症の人の症状の変化や介護の状況、家族の不安などに傾聴する
- 本人の病状・家族の状況に合わせて負担に配慮する
通院負担が高ければ、通院回数が少ない治療方法をすすめる等工夫する、訪問診療を行う など、介護者の負担の少ない方法をとる

歯科医療機関で起こるBPSDに対する対応

Point ⑥

認知症の人が感じる
不安と恐怖

慣れていない歯科医療機関

何をされるかわからない

適切に治療してもらっているか不安

BPSDの出現

安心
できる
対応

- 不適切な環境や対応方法のチェックと改善（騒音、不適切な説明など）
- 内服薬の変更に伴う副作用の変化や急激な日常生活変化、身体疾患の悪化の聞き取り

これからの対応を検討する

DVD:2

診療室にて①

「帰りたいんですけど・・・」

認知症の人に歯科治療を行う上で必要な視点

- ① 歯科医療機関は治療優先の場であり、認知症の人にとって馴染みにくい場であることを認識する
- ② 痛み、状態変化や環境の変化は、認知症の症状の悪化、BPSDの発生や悪化につながりやすい
- ③ 治療に伴う緊張は、BPSDの発生や悪化の要因にもなる

認知症に対する理解が十分とは言えないケアが、BPSDを悪化させる可能性もあることを認識する

歯科治療の不安に対応した環境整備

認知症の人は、急激な環境変化に適応するまでに不穏や混乱を起こし、帰宅願望を強く訴えることが多い

環境への不安

- できるだけ本人の様子を観察しやすいユニットに通す
- 治療内容や治療時間の終了の見通しを伝え、安心感を与える
- なるべく家族に同席してもらうように協力を得る

治療行為への不安

- 口腔・顎顔面、頭頸部への急な接触による不安の誘発に配慮する
- 口腔の過敏、水分や音の出る機械による恐怖に配慮する
- 信頼関係を保つ配慮、理解を促してから介入により安心を与える
- 顔を見せて話をする、見えないところから話しかけない

治療内容の理解を助ける説明

認知症の人は「治療内容が理解できない」と考えるのではなく、低下した認知機能に見合った情報提供の方法と時間を考える

- 認知症の人の理解のため、同じ説明方法を繰り返し用いるようにする。
- 認知症の人の理解力に合わせた説明方法を探る
- 治療内容について、図や模型をまじえた説明用紙等を利用する
- 説明後、忘れていても根気よく同じメッセージを繰り返す

歯科治療中の不安を予測した治療上の配慮

認知症の人は、予測しない状況に即座に対応できないことが多い

忍耐が必要とされる歯科治療の際

- 困難である可能性も考慮の上、少しずつ様子を見ながら行う
- 水の出る治療は除石など 簡単なものから行い様子を見る
- 印象採得・義歯修理など 認知症の人が緊張する治療には十分配慮する
- 休憩をはさみながら行うなど安心を与える

協力が必要な治療行為の際

- 印象採得や咬合採得など、協力が必要な治療は 家族にも説明し協力を依頼する
- 理解困難な治療は、適宜 練習しながら実施する
- 一定期間の継続通院が必要な治療の可否を、あらかじめ検討してから治療を始める

治療中の**観察**とストレスの軽減を図る対応

認知症の人は訴えが少ない、あるいは多様であることから、何が起きているのかを観察から判断する必要がある

- 身体的な観察（呼吸、血圧、むせなど）
- 声かけを行ったときの反応（拒否的な発言など）
- 経時的な表情や訴えの変化（表情が険しくなるなど）
- 落ち着きのなさや興奮などの観察

歯科医療機関のスタッフの適切な声掛けは
認知症の人の不安・ストレスを軽減させる

歯科治療計画を立案する上での視点

- ① その人らしく存在していただけることを支援
- ② “分からない人”とせず、自己決定を尊重
- ③ 治療方針や診療費用等の相談は家族も交える
- ④ 心身に加え社会的な状態など全体的に捉えた治療方針
- ⑤ 家族やケアスタッフの心身状態にも配慮
- ⑥ 生活歴を知り、生活の継続性を保つ治療方針とする
- ⑦ 最期の時までの継続性を視野においた治療計画

歯科治療の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因(再掲)



要因・誘因 (主なもの)

身体的要因	基礎疾患、血圧の変動、便秘、下痢、疼痛、掻痒感、冷え、発熱、水分・電解質の異常、薬の副作用等
環境的要因	なじんだ住環境からの入院、転室、転棟、転院、退院などによる環境変化、本人にとっての不適切な環境刺激（音、光、風、暗がり、広すぎる空間、閉鎖的な空間、心地よい五感刺激の不足など）
心理・社会的要因	不安、孤独、過度のストレス、医療従事者の口調が早い・強い、分かりにくい説明、自分の話を聞いてくれる人がいない、何もすることがない暮らし、戸外に出られない暮らし

継続的な口腔管理の必要性と治療計画の立案

本人の暮らし

認知機能低下の進行



〈例〉

家族

通所

病院

施設

主治医

訪問介護員
訪問看護師

主治医
看護師
医療スタッフ

主治医
施設看護師
施設職員

シームレスな歯科診療を行うためのアプローチ
⇒ 歯科医療機関と社会的インフラの連携

ステージごとに異なる 家族・介護者教育と
認知症の人の歯科的ニーズのアセスメント

治療計画とケアの計画の立案のしかた

計画立案時のアセスメントポイント

- 認知症の進行の程度
- BPSDの強く出る時期かどうか（治療の時期のアセスメント）
- 治療に関する身体的な負担（基礎疾患、加齢等）
- 口腔の過敏、水や音の出る機械による恐怖の程度
- セルフケア（ブラッシング、うがい等）の可否と度合
- 家族の同居の有無、家族や介護者の協力体制、時間や経済的な問題
- 家族や介護者の口腔に関する理解、継続的な情報提供の必要性

患者の病状（保存治療に耐えられるか？）と家族の予備力（何カ月通えるか？意思が揺らぐ可能性はあるか）をアセスメントし、治療にかける時間と回数の配慮のうえ治療内容を判断する

患者の多様な希望

実現可能な治療

最大限の効果が
得られる治療

認知症の人への歯科診療方針

認知症の人と歯科診療のつながりを継続させる

- 治療負担の大きい保存・補綴治療は、治療への協力が可能な時期をみはからう
- 希望があったとしても効果が薄いことが予想されることの判断
- 口腔にとって第一選択であっても、認知機能低下の様子によっては妥協も必要

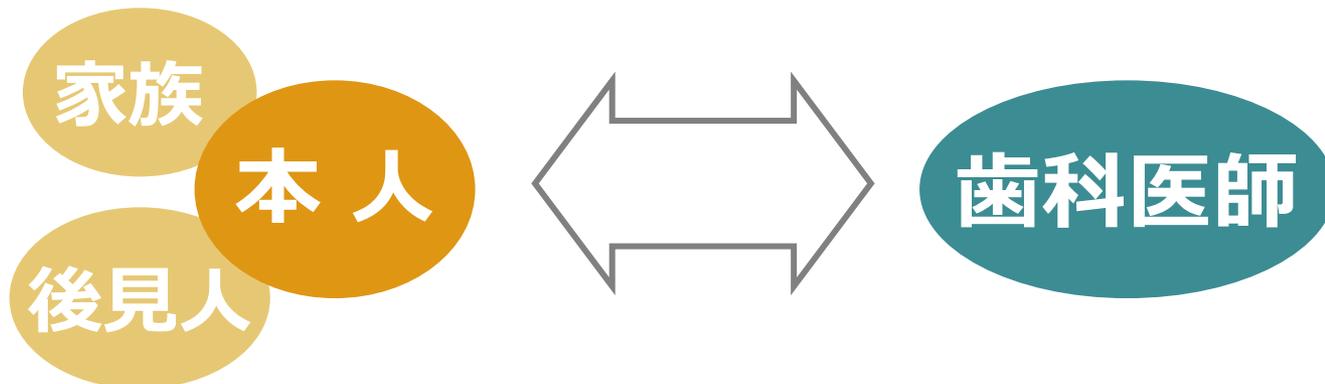
認知症 軽度 : 十分な配慮により治療は可能だが、いずれ治療困難になることを踏まえて予知的な治療を行う

認知症 中等度 : 理解力低下により拒否的になる可能性もあるため、心理的負荷がかかる治療は十分な配慮が必要

認知症 重度 : 治療困難な場合は、可及的にQOLを重視した治療を重視する。その時点での口腔機能・衛生の維持に配慮

認知症の人の歯科診療を円滑に進めるための インフォームドコンセントの考え方

- 社会的インフラ（後見人制度等）を理解する
- 明確な意思表示・意思決定が可能かどうか配慮しつつ、必要に応じ家族にも説明する。
- 説明内容は書面で残すように努める
- 本人の意思を尊重しつつ、家族や後見人などの社会的状況を加味して治療計画を立てる



DVD:3

診療室にて②

「バカにしないで・・・」

歯科診療において注意すべき気づきのポイント(再掲)

- 予約の日時を忘れる・間違える
- 忘れ物が増えた
- 同じことを何回も質問する
- 職員に対する態度がきつくなるなど変化した
- 健康保険証・診察券・お釣りを受け取っていないという
- 履物を間違える
- 整容・身だしなみが変化した
- 口腔清掃状態が悪化した
- 義歯をたびたび紛失する
- 義歯が口腔内に装着されているかどうか分かっていない
- 診療室からの出口がわからない(出入口を間違える)

観察ポイントのバックグラウンド

記憶障害

最近の記憶

食事の内容／受診の交通手段、目的
／家族との外出など

昔の記憶

生年月日／出生地／学校時代の話など

見当識障害

- ・今日の年月日、曜日、午前・午後
- ・自宅の住所
- ・今いる場所の認識
- ・家族の認識

判断・実行 機能障害

- ・気候にあった服を着ているか
- ・適切に着替えをしているか
- ・雨天時に傘をもっていくか
- ・料理の味付けはどうか
- ・いつも同じ料理ばかりではないか
- ・(本人への質問) 火事に出会ったらどうするか

歯科外来でフォローするときの視点

<p>心理面の 配慮</p>	<ul style="list-style-type: none">● 認知症の症状は基本的に理解可能として接する● 本人は強い不安の中にいることを理解して接する● 感情面は保たれているという認識で接する● より身近な者に対して、認知症の症状がより強く出ることが多いという認識で接する● 介護者に同伴してもらうこと（安心感）● 家族の介護負担に常に配慮する
<p>変化への 対応</p>	<ul style="list-style-type: none">● 口腔機能の低下等の変化● 日常の口腔清掃行為の変化● 問診による 2～3カ月の状況変化<ul style="list-style-type: none">① 行動・心理症状(BPSD)② 精神科薬剤等の変更・追加処方③ 身体疾患（発熱、痛み、基礎疾患の悪化など）④ 副作用（コリンエステラーゼ阻害薬等）
<p>日常の心得</p>	<ul style="list-style-type: none">● 地域の医療・介護資源の情報(相談先・連絡先)をもつこと

管理者の役割の重要性

認知症の人に、いつでも安心して歯科治療を受けられるようにするためには、管理者としての意識・取り組みが重要となる。

- 安心して通院できる環境
- 必要な職員の研修
- 院外の関係機関と積極的な連携
- 訪問診療の体制整備

認知症への対応ができることが、
高齢者医療への対応力を高めることにつながる

歯科医療機関の管理者の役割

- 原則として、認知症を理由に受診を断らない
- 認知症の人の歯科疾患の急性症状に対してのトリアージを行う
- 症状に応じた適切な医療機関、また、認知症の人を支える地域の関係機関（地域包括支援センター等）との連携体制をつくる
- 認知症や高齢者に関する研修受講、およびスタッフの受講を支援する
- 院内設備等の環境の整備を行う

認知症の人を受け入れるにあたって

- 認知症の人を受け入れるにあたり、現状を評価し、必要な歯科診療を行える環境を整える
 - ・ スタッフの意識
 - ・ 院外の連携体制
 - ・ 専門職への相談体制 等
- 定期的に全職員を対象とした研修を行う
- 認知症に関してリスクマネジメントを行う

対応のポイント

話す技術 聴く技術

- ゆっくりと優しい口調で話す
- 同じ高さの目線で話す
- 遠くや後ろから話しかけない

行動面 での技術

- 周り・後ろ(死角)で大きな音を出さない
- 騒がしくない環境を作る

観察の ポイント

- いつもと様子・行動が違うときは合併症に気をつける
- 動き、表情や言葉の変化に注意
- 他のスタッフが関わっているときの反応を観察する

かかりつけ歯科医の役割編のまとめ

認知症の人への対応を難しく考え過ぎず、
高齢者医療への対応力を高めることが基本

- 長年培ってきたかかりつけ歯科医として情報と信頼関係
- 安心して通院できる心配りや施設の整備
- 歯科医師とスタッフに必要な認知症の知識の研修
- かかりつけ医や他の関係機関と積極的な連携

連携・制度 編

ねらい：認知症の人を支えるための医療・介護、
地域が連携した生活支援の重要性を
理解する

到達目標：

- 認知症の人を地域の連携体制で支える仕組みと
かかりつけ歯科医の役割について理解する
- 介護保険制度で利用できるサービスについて、
本人・家族に説明することができる
- 成年後見制度・高齢者虐待防止法等の権利擁護
の仕組みの概要を説明することができる

かかりつけ歯科医にとっての「多職種連携」の意味

●生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる

- * 1 今後増加が予想される独居の認知症高齢者ではケアマネジャーを含めた介護職員からの情報は欠かせない。特にアルツハイマー病では“取り繕い”が特徴であるため、本人以外から情報を得る必要がある。
- * 2 継続的な歯科診療において、本人の生活状況を把握できていれば、本人の訴えに振り回されることが減る

●口腔管理(セルフケア)の確認ができる

- * 診察時のみでは継続管理期間の口腔管理・セルフケアの状況を確認できないが、訪問看護・介護関係者等から情報を得ることができる

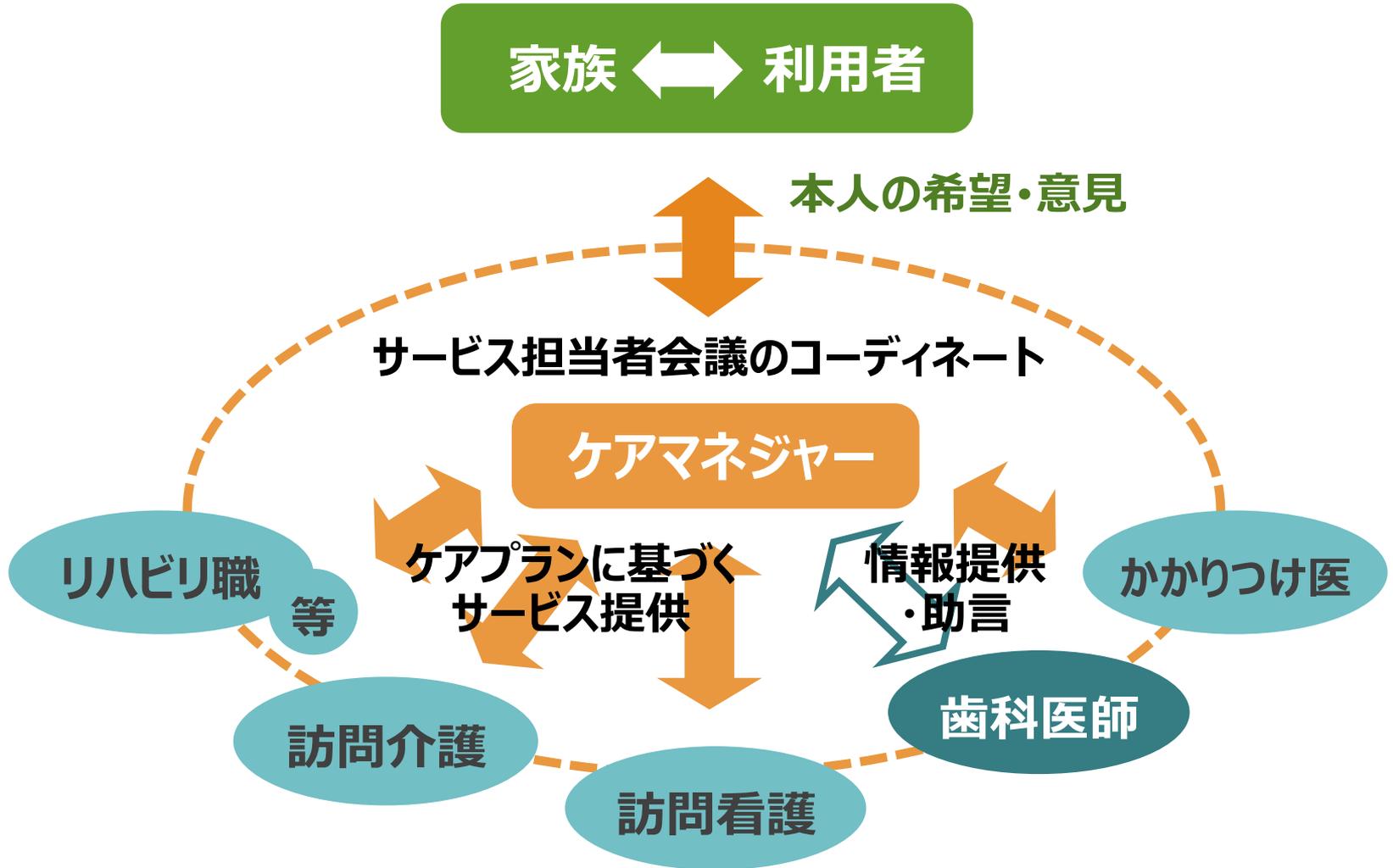
●かかりつけ歯科医が生活上の課題を把握していると、**歯科治療**に関する本人・家族の協力や満足度が向上する

●BPSDに関連する要因についての情報が得られる

サービス担当者会議でのかかりつけ歯科医の役割

- 口腔状況・口腔機能状況の情報提供
- 歯科疾患の経過、投薬内容・副作用等の注意事項
- 傷病と口腔状況・口腔機能状況との関わりについての情報提供
- 投薬内容と口腔状況・口腔機能状況との関わりについての情報提供
- 発生の可能性が高い歯科疾患とその対処方針についての具体的指示
- 日常生活上の歯科医学的な注意事項
(特に介護サービス提供時の留意事項)

ケアマネジャーとの連携



社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士等との連携

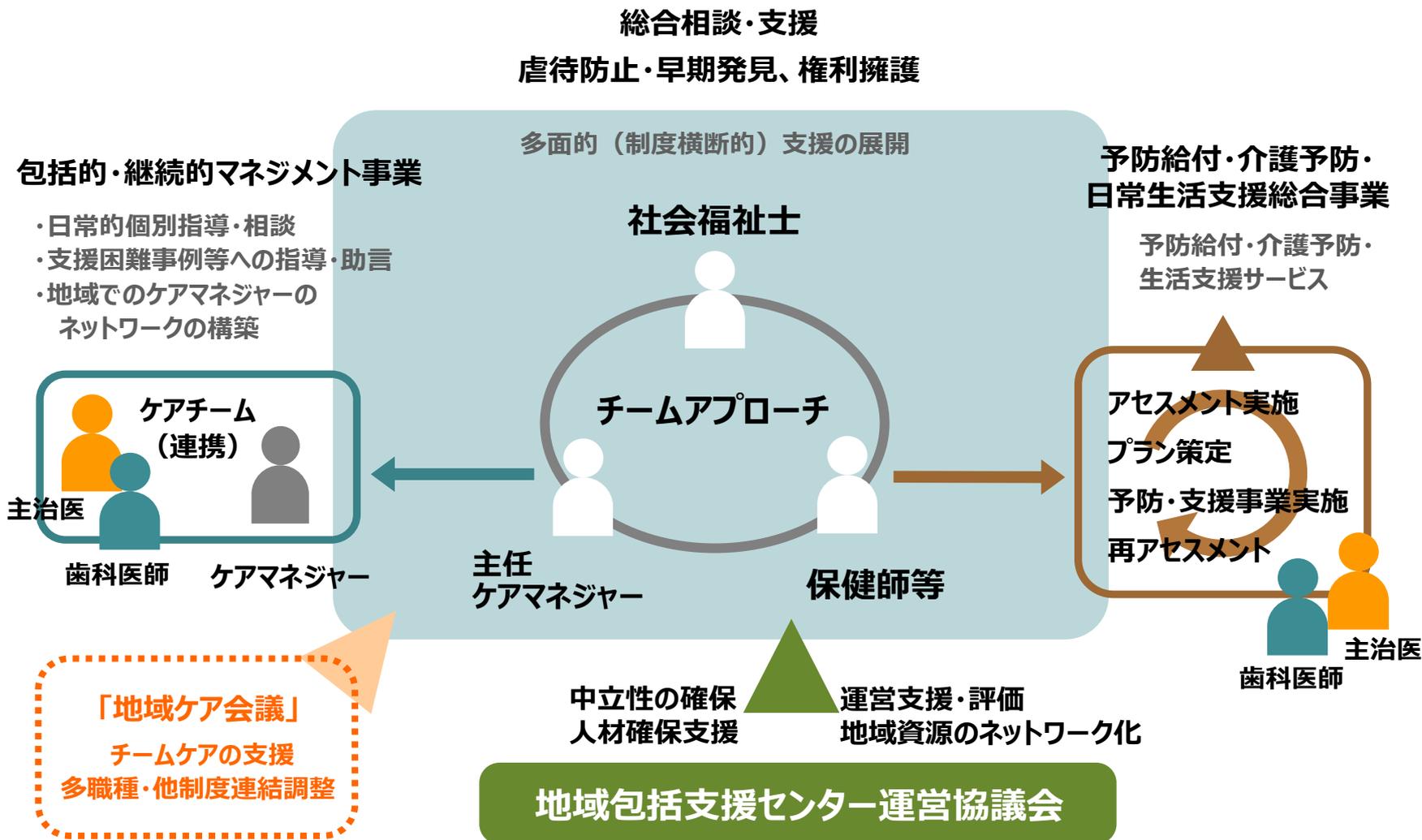
社会福祉士・精神保健福祉士

- 権利擁護
- 受診援助
- 家族支援
- 地域の見守り体制の構築
- 社会参加支援

介護福祉士(ホームヘルパー・介護職員含む)

- 身体介護等のケアの提供
- 服薬確認や生活リズム維持の支援
- 緊急時の医療サービスへの連携

地域包括支援センター



総合相談・支援

虐待防止・早期発見、権利擁護

多面的（制度横断的）支援の展開

社会福祉士

チームアプローチ

主任
ケアマネジャー

保健師等

包括的・継続的マネジメント事業

- ・日常的個別指導・相談
- ・支援困難事例等への指導・助言
- ・地域でのケアマネジャーのネットワークの構築

ケアチーム
（連携）

主治医

歯科医師

ケアマネジャー

予防給付・介護予防・
日常生活支援総合事業

予防給付・介護予防・
生活支援サービス

アセスメント実施
プラン策定
予防・支援事業実施
再アセスメント

歯科医師

主治医

「地域ケア会議」

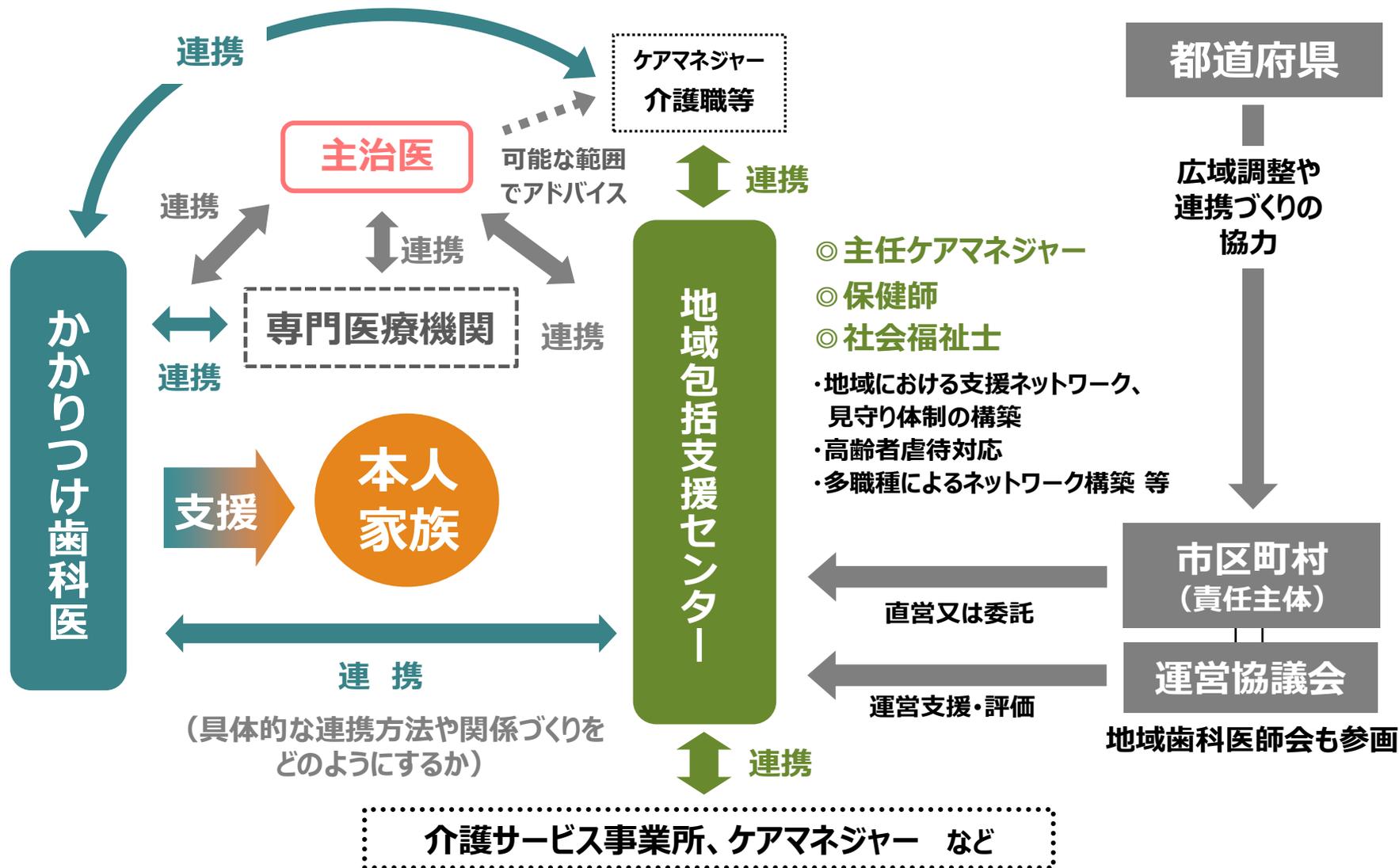
チームケアの支援
多職種・他制度連結調整

中立性の確保
人材確保支援

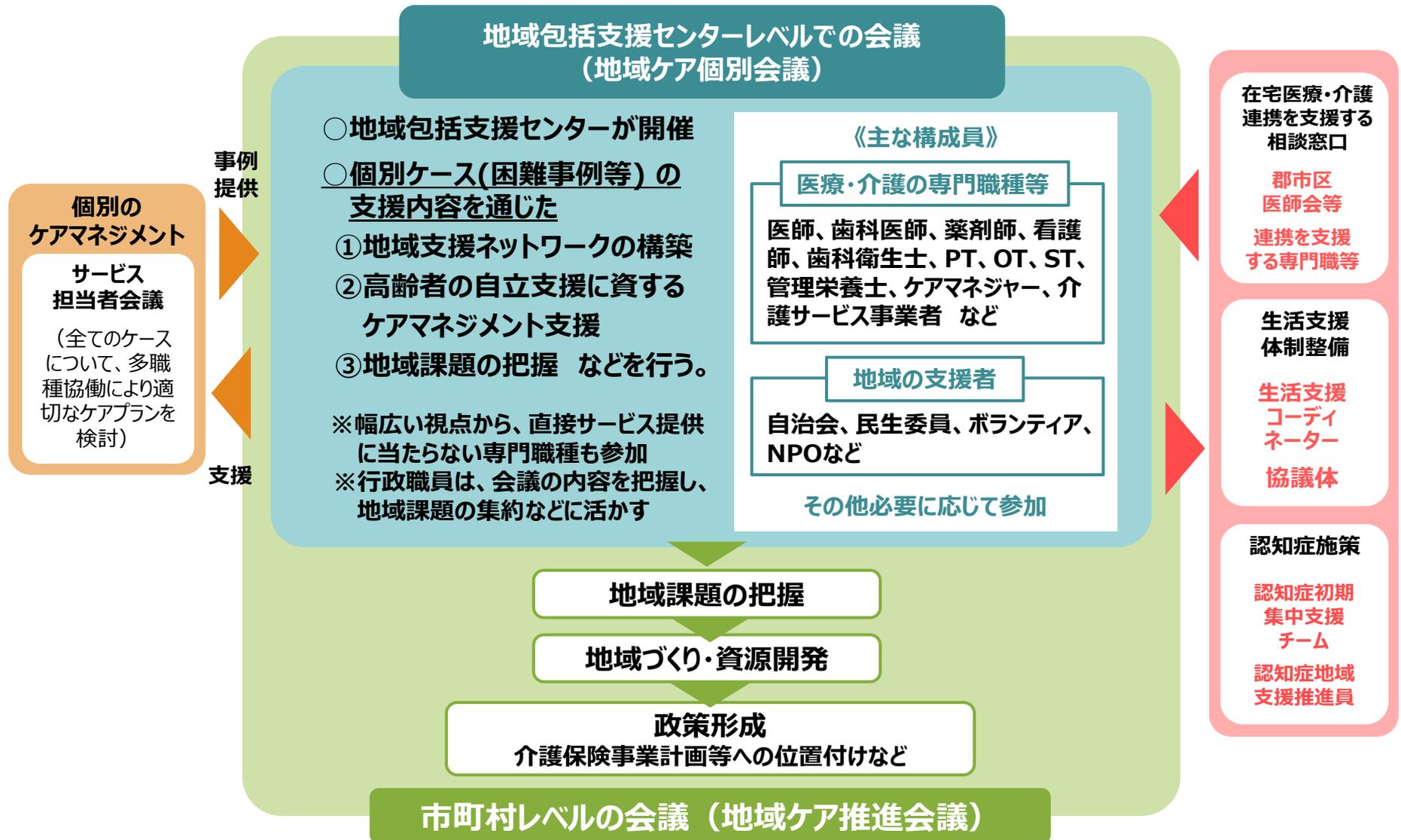
運営支援・評価
地域資源のネットワーク化

地域包括支援センター運営協議会

地域包括支援センターとの連携



地域ケア会議



認知症サポート医



機能・役割

- ① 認知症の人の医療・介護に関わる **かかりつけ医**や**介護専門職**に対する**サポート**
- ② **地域包括支援センター**を中心とした**多職種**の**連携作り**
- ③ **かかりつけ医**認知症対応力向上**研修**の**講師**や**住民等**への**啓発**

認知症疾患医療センター

地域における認知症医療体制
日常生活支援に関する相談支援

認知症初期集中
支援チーム

地域包括支援
センター

かかりつけ医
・歯科医

認知症
サポート医

連携

認知症疾患医療センター(早期診断等を担う医療機関)

連携型

地域型

基幹型

(1)専門的医療機能

- ・鑑別診断
- ・BPSD・身体合併症への急性期対応
- ・専門医療相談

(2)地域連携拠点機能

- ・連携協議会の設置
- ・研修会の開催

(3)日常生活支援機能

- ・診断後の相談支援

認知症の人の医療とケアの目標

- 1 : 生活機能の1日でも長い維持
- 2 : 行動・心理症状(BPSD)の緩和
- 3 : 家族の介護負担の軽減

認知症高齢者ケアの基本

～ 尊厳を支えるケアの確立 ～

認知症高齢者の特性

- ・記憶障害の進行と感情等の残存
- ・不安・焦燥感
⇒行動障害の引き金
- ・環境適応能力の低下
(環境変化に脆弱)

生活そのものを ケアとして組み立てる

- ・環境の変化を避け、生活の継続性を尊重
- ・高齢者のペースでゆっくりと安心感を大切に
- ・心身の力を最大限に引き出して充実感のある暮らしを構築

認知症高齢者ケアの基本

～ サービスのあり方 ～

望ましい条件

- ・小規模な居住空間
- ・家庭的な雰囲気
- ・なじみのある安定的な人間関係
- ・住み慣れた地域での生活の継続

普遍化に向けた展開

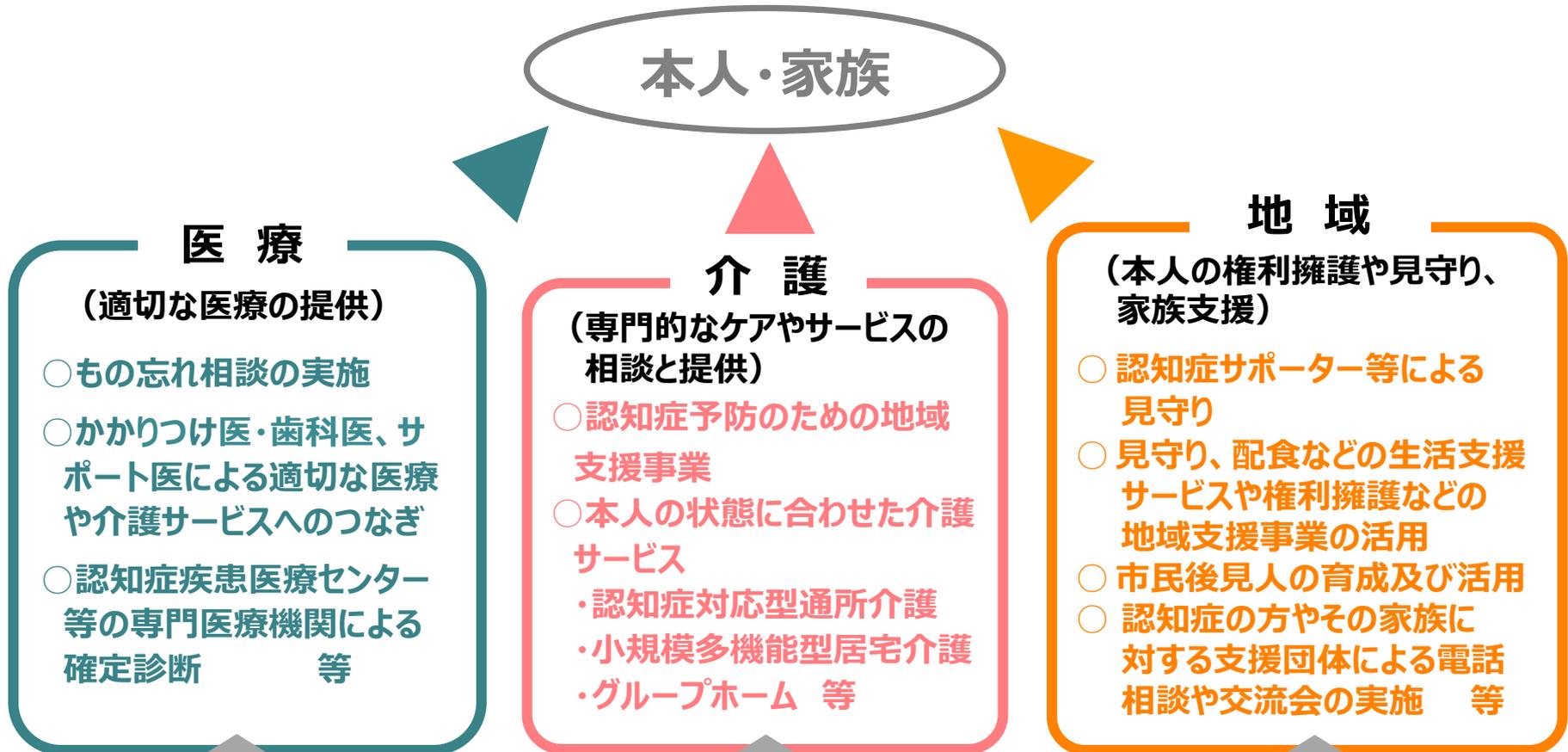
- ・グループホーム
- ・小規模・多機能ケア
- ・施設機能の地域展開
- ・ユニットケアの普及
- ☆事業者・従事者の専門性・資質の確保向上

終末期を視野に入れた
生活に配慮した医療サービス

認知症の人への支援体制

～医療・介護・地域の連携～

認知症の人やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたり展開

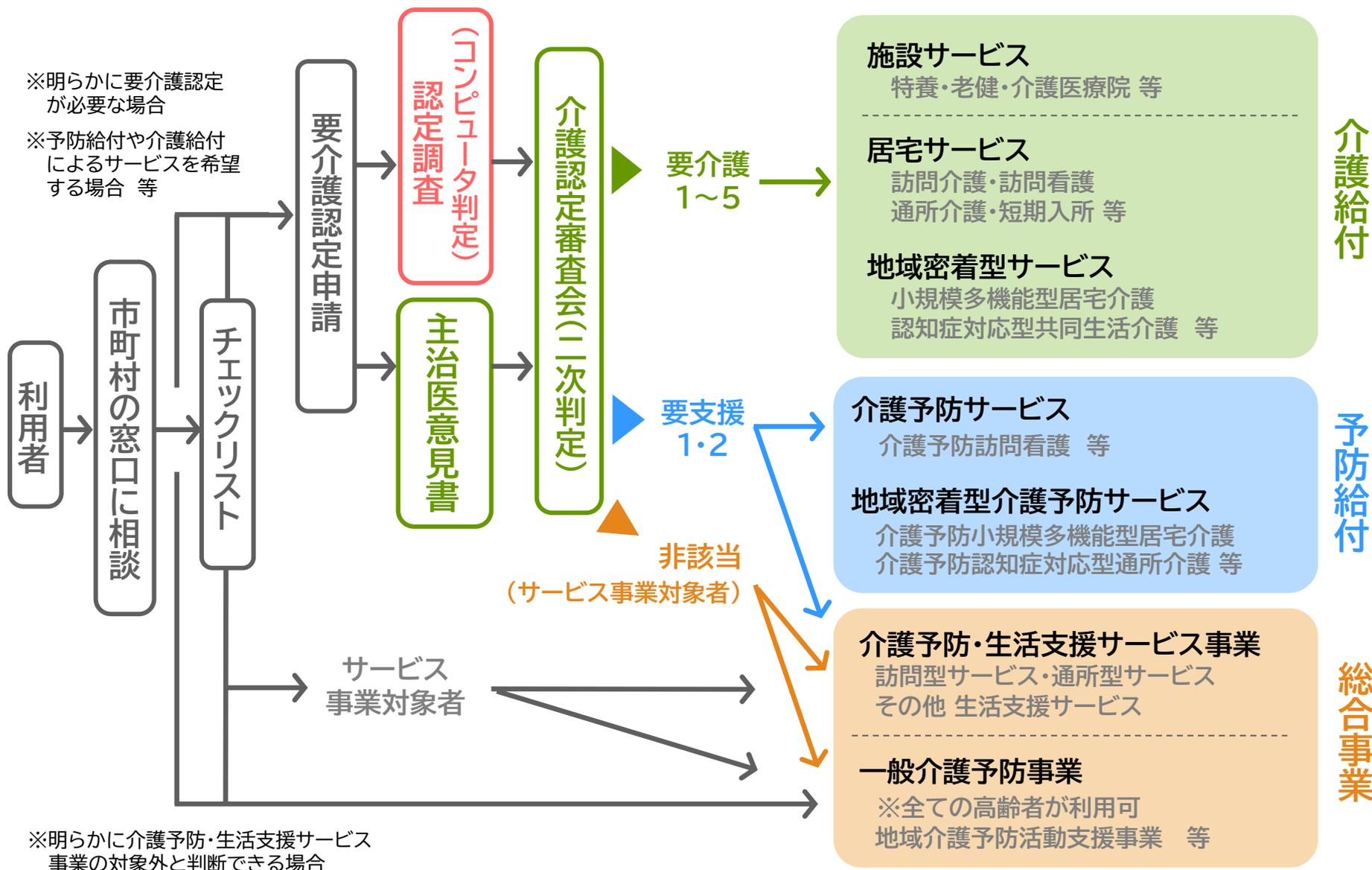


市町村は必要な介護サービスを確保するとともに、それぞれの分野の活動支援、推進を図る。

地域の相談窓口

- 地域包括支援センター
- もの忘れ外来（相談可能な）
- 保健所・保健センター
- 精神保健福祉センター
- 認知症疾患医療センター
- 市町村、福祉事務所、社会福祉協議会
- 若年性認知症コールセンター・相談窓口
- 認知症の人と家族の会
- その他

介護サービスの利用の手続き



介護給付(介護保険サービス)

居宅サービス

訪問サービス、通所サービス
短期入所サービス、福祉用具貸与サービス
福祉用具と住宅改修に関する費用支給 など

地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護
認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護(H28～)
認知症対応型共同生活介護(グループホーム) など

施設サービス

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院(H30～)
介護療養型医療施設(~R5)

予防給付と地域支援事業

介護給付（要介護1～5）

予防給付（要支援1・2）

地域支援事業

新しい介護予防・日常生活支援総合事業（要支援1・2、それ以外の者）

- 介護予防・生活支援サービス事業
 - ・訪問型サービス
 - ・通所型サービス
 - ・生活支援サービス(配食等)
 - ・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
- 一般介護予防事業

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営（従来3事業に加え、地域ケア会議の充実）
- 在宅医療・介護連携推進事業
- 認知症総合支援事業（認知症初期集中支援推進事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等）
- 生活支援体制整備事業（コーディネーターの配置、協議体の設置 等）

任意事業

地域密着型サービス

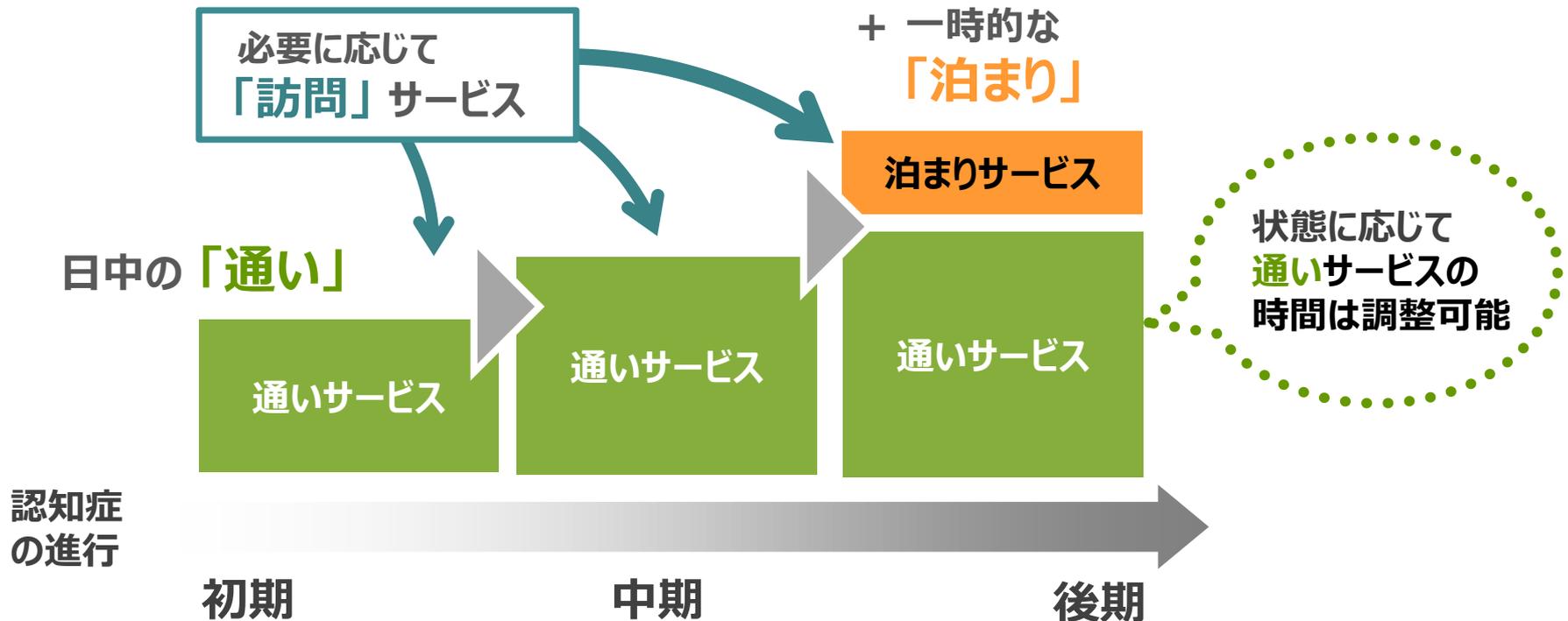
1. 市区町村長が事業者の指定・指導監督
2. 原則、市区町村の被保険者が利用可能
3. 住民に身近な生活圏域単位で整備
4. 地域ごとの指定基準、介護報酬設定が可能

- ▶▶ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ▶▶ 夜間対応型訪問介護
- ▶▶ 地域密着型通所介護
- ▶▶ 認知症対応型通所介護
- ▶▶ 小規模多機能型居宅介護
- ▶▶ 看護小規模多機能型居宅介護
- ▶▶ 認知症対応型共同生活介護
- ▶▶ 地域密着型特定施設入居者生活介護
- ▶▶ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

小規模多機能型居宅介護

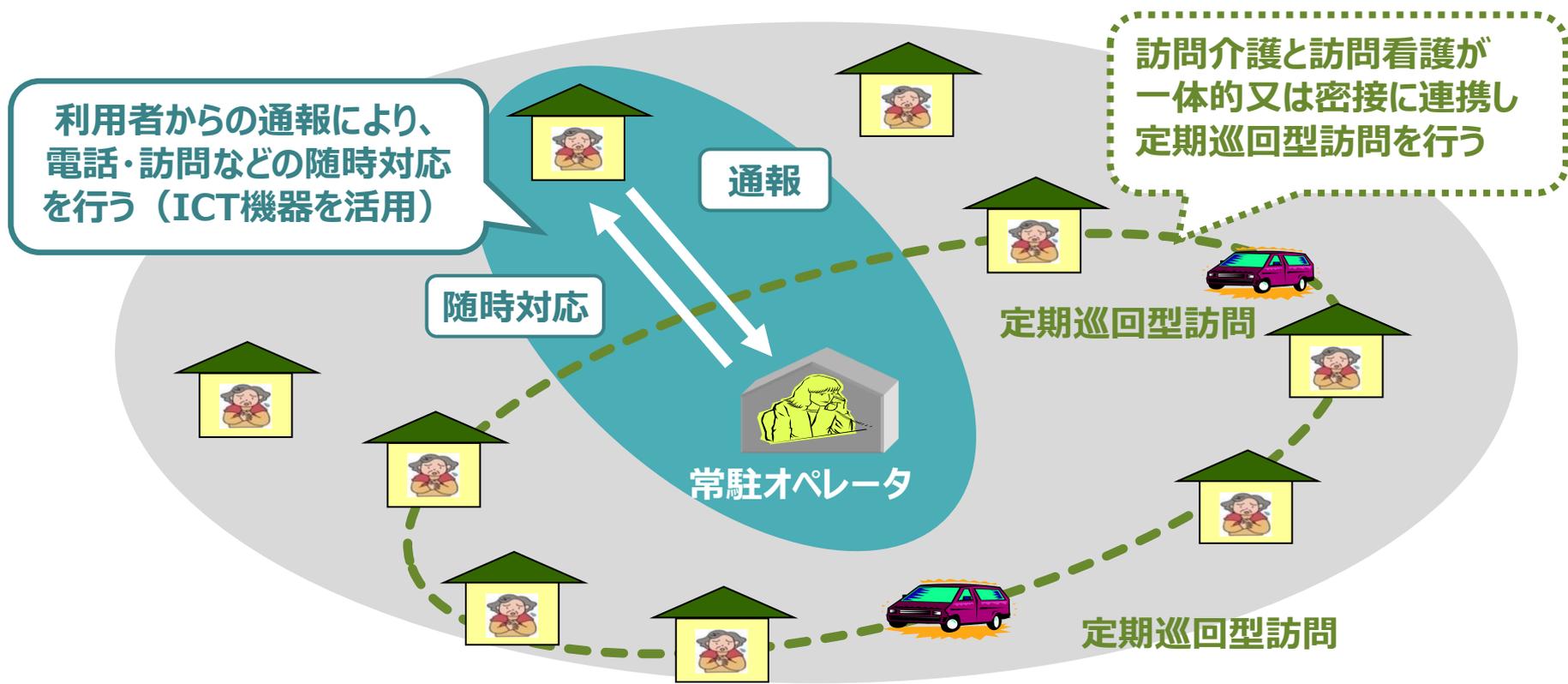
通いを中心に、要介護者の様態や希望に応じて、随時訪問や泊まりを組み合わせるサービスを提供し、中重度になっても在宅生活が継続できるように支援

サービス機能 通い・訪問・泊まり のイメージ



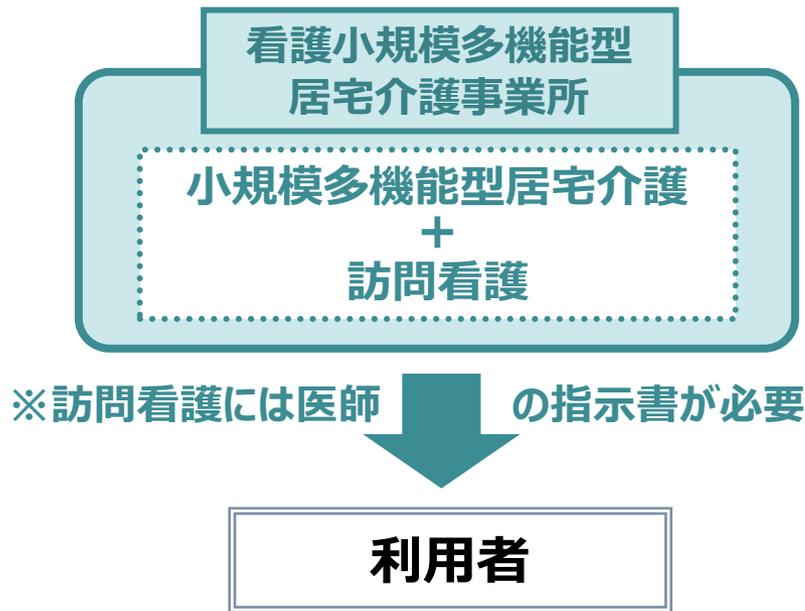
定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- 日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が一体的または密接に連携
- 定期巡回型訪問と随時の対応を行う



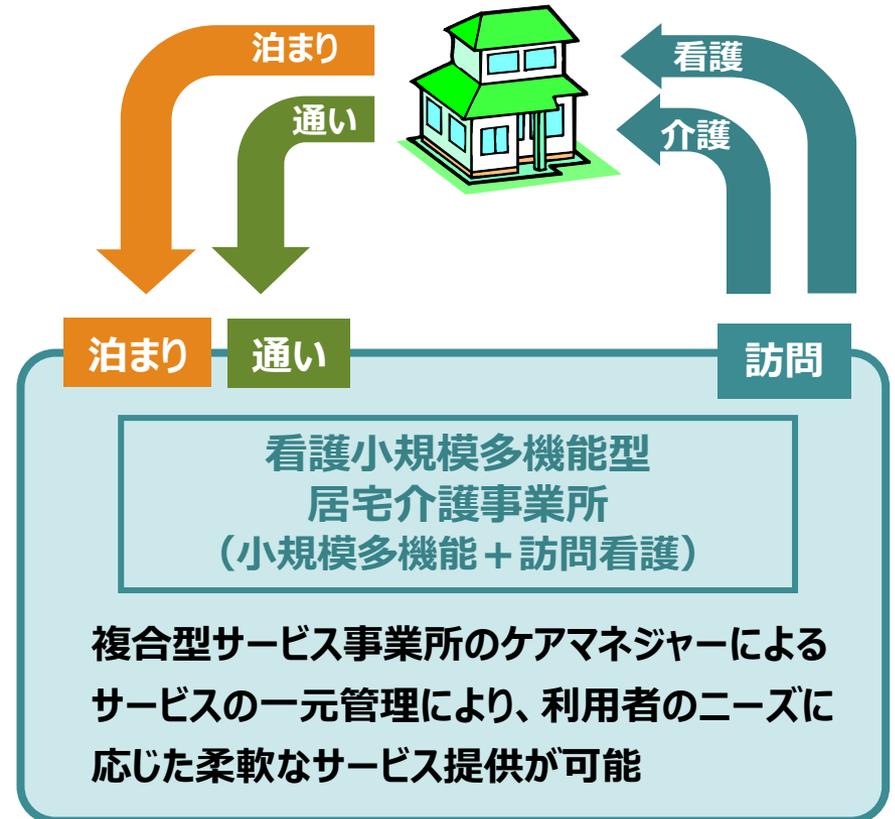
看護小規模多機能型居宅介護

- 複数の居宅・地域密着型サービスを組み合わせて提供するサービスを創設（平成24年度～、まずは小規模多機能型居宅介護と訪問看護）
- 利用者は、医療・看護ニーズにも対応した小規模多機能型サービスなどを利用できるようになる



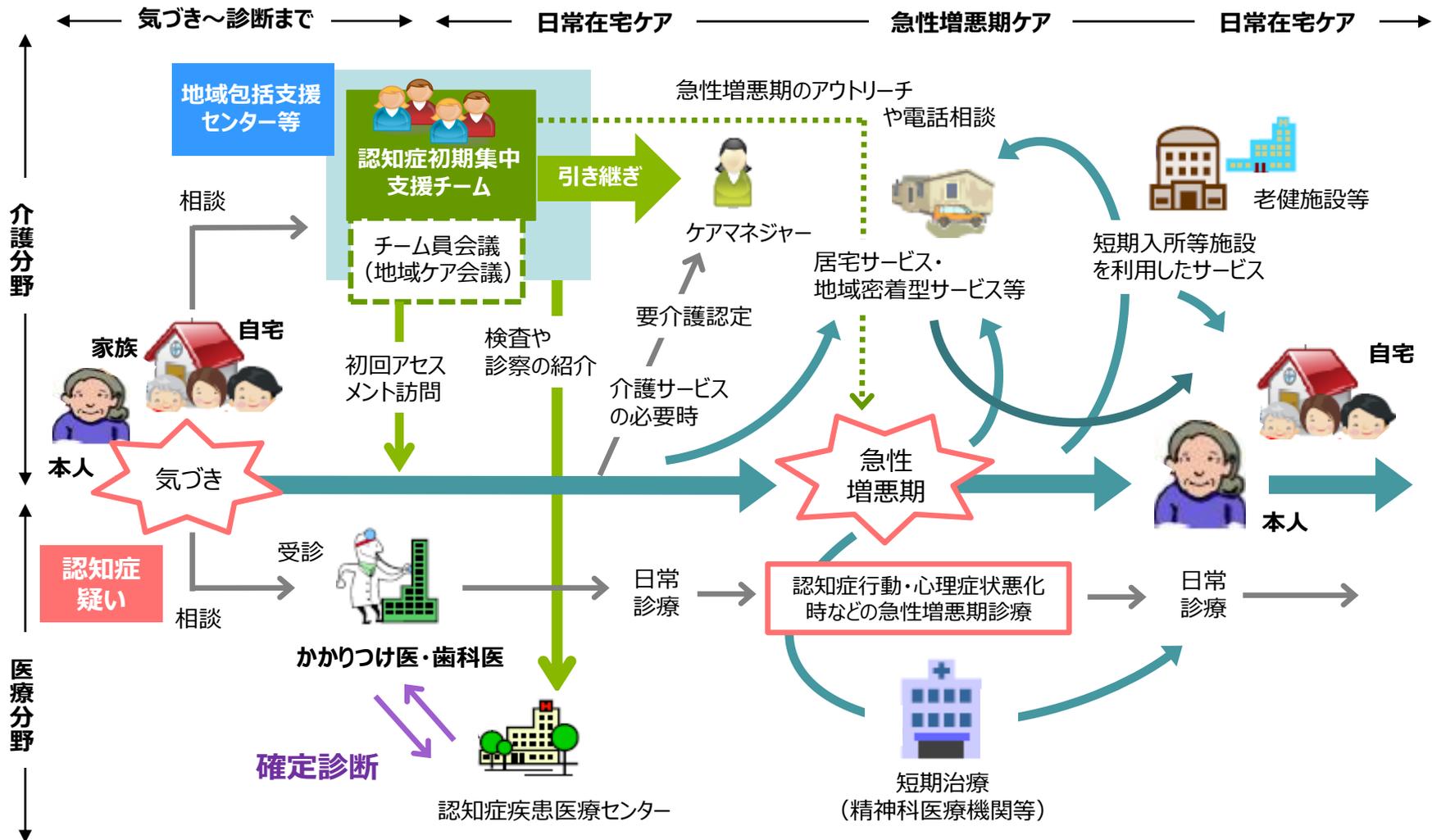
小規模多機能型居宅介護・訪問看護を一体的に提供できることから、医療依存度の高い在宅の要介護者への支援が可能。

<イメージ図>



認知症ケアパス

認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ



認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか 理解できる

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により
認知症が疑われる人や認知症の人及び
その家族を訪問し、アセスメント、家族
支援等の初期の支援を包括的・集中的
(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活の
サポートを行うチーム

● 認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職

(歯科医師、保健師、看護師、
作業療法士、精神保健福祉士、
社会福祉士、介護福祉士等)



チームに協力する医師

(認知症サポート医)

● 配置場所

地域包括支援センター等

診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ
認知症が疑われる人又は認知症の人で
以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、
または中断している人で以下のいずれかに
該当する人
 - (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
 - (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが
認知症の行動・心理症状が顕著なため、
対応に苦慮している

認知症地域支援推進員



【推進員の要件】

- ① 認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有する医師・歯科医師、保健師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士
- ② ①以外で認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有すると市町村が認めた者

医療・介護等の支援ネットワーク構築

- 認知症の人が認知症の容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう関係機関との連携体制の構築
- 市町村等との協力による、認知症ケアパス（状態に応じた適切な医療や介護サービス等の提供の流れ）の作成・普及 等

認知症対応力向上のための支援

- ※関係機関等と連携し、以下の事業の企画・調整を行う
- 認知症疾患医療センターの専門医等による病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援
- 介護保険施設等の相談員による、在宅で生活する認知症の人や家族に対する効果的な介護方法などの専門的な相談支援
- 「認知症カフェ」等の開設
- 認知症ライフサポート研修など認知症多職種協働研修の実施 等

相談支援・支援体制構築

- 認知症の人や家族等への相談支援
- 「認知症初期集中支援チーム」との連携等による必要なサービスが認知症の人や家族に提供されるための調整

若年性認知症の現状

- 全国における若年性認知症者数は **3.78万人** と推計
- 18～64歳人口における人口10万人当たり若年認知症者数は47.6人
- 基礎疾患としては、以下の順であった。

血管性認知症	39.8%	アルツハイマー型認知症	25.4%
頭部外傷後遺症	7.7%	前頭側頭葉変性症	3.7%
アルコール性認知症	3.5%	レビー小体型認知症	3.0%

〈 認知症高齢者の電話相談と比較した際の特徴 〉

- 若年性認知症及び若年認知症疑いの方からの相談では男性が多い(H24:39.1%)
※認知症高齢者からの相談では男性は **9.1%**
- 本人からの相談が多い(H24:40.0%)
※認知症高齢者から相談では本人からは **0.9%**
- 社会資源や就労に関する情報提供や経済的な問題に関する相談が多い

※高齢者の電話相談における割合は:「日本認知症ケア学会誌 2010」を引用

若年性認知症の人への支援(制度)

- 精神通院医療費の助成(自立支援医療)
- 精神障害者保健福祉手帳／身体障害者手帳
 - ・税制上の優遇措置の他、自治体により種々の助成制度
- 障害者雇用施策を活用した雇用継続等の支援
- 障害者総合支援法によるサービス・支援
 - ・就労支援サービスや外出支援サービス等がある
- 介護保険の在宅・施設サービス
 - ・第2号被保険者(40～64歳)の特定疾病に該当する
- 障害年金
 - ・年金加入者が一定の障害状態になった場合に支給
- 若年性認知症支援コーディネーター
- 若年性認知症コールセンター
- 公益社団法人 認知症の人と家族の会(各都道府県支部等)

認知症の人と運転

警察庁が設置した有識者検討会が 免許制度を見直すべきとの提言

**道路交通法一部改正（平成25年6月14日公布）
「一定の病気等」に罹っているドライバー対策**

- **病状の虚偽申告で罰則**
- **一定の病気等に該当する者を診断した医師による任意の届出制度**
- **免許再取得時の試験一部免除**
- **交通事故情報データベースの一部拡充**

認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援ガイドライン

趣旨

認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方(理念)や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指すもの。

誰のための誰による意思決定支援か

認知症の人を支援するためのガイドラインであり、また、特定の職種や特定の場面に限定されるものではなく、認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による意思決定を行う際のガイドラインとなっている。

意思決定支援の基本原則

認知症の人が、意思決定が困難と思われる場合であっても、意思決定しながら尊厳をもって暮らしていくことの重要性について認識することが必要。

本人の示した意思は、それが他者を害する場合や本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り尊重される。

また、意思決定支援にあたっては、身近な信頼できる関係者等がチームとなって必要な支援を行う体制(意思決定支援チーム)が必要である。

意思決定支援のプロセス

人的・物的環境の整備

- ◎ 意思決定支援者の態度
- ◎ 意思決定支援者との信頼関係、立ち会う者との関係性への配慮
- ◎ 意思決定支援と環境

意思形成支援

:適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援

+

意思表示支援

:形成された意思を適切に表明・表出することへの支援

+

意思実現支援

:本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援

各プロセスで困難・疑問が生じた場合、
チームでの会議も併用・活用

意思決定支援のプロセスの記録、確認、振り返り

成年後見制度の仕組み

○任意後見制度

本人が契約の締結に必要な判断能力を有している間に、将来、判断能力が不十分となった場合に備え、「誰に」「どのように支援してもらうか」をあらかじめ契約により決めておく制度

○法定後見制度（下表参照）

本人の判断能力に応じて、「後見」、「保佐」、「補助」の3つの類型がある。家庭裁判所に審判の申立てを行い、家庭裁判所によって、援助者として成年後見人・保佐人・補助人が選ばれる制度

		後見	保佐	補助
対象者		判断能力が全くない	判断能力が著しく不十分	判断能力が不十分
申立て権者		本人・配偶者・4親等内の親族、検察官、市区町村長など		
成年 後見人 等の 権限	必ず 与えられる 権限	財産管理についての 全般的な代理権、取消権 (日常生活行為を除く)	特定の事項※1についての 同意権※2、取消権 (日常生活行為を除く)	—
	申立により 与えられる 権限	—	▶ 特定事項※1以外の事項 についての同意権※2、 取消権 (日常生活行為を除く) ▶ 特定法律行為※3 についての代理権	▶ 特定事項※1の一部 についての同意権※2、 取消権 (日常生活行為を除く) ▶ 特定法律行為※3 についての代理権

※1 借入金、訴訟行為、相続の承認・放棄等の事項(民13 I)

※2 特定の法律行為を行う場合に、本人に不利益がない場合の同意権限

※3 民13 Iに挙げられる、要同意の行為に限定されない

日常生活自立支援事業

- **福祉サービスの利用援助**
 - ・福祉サービスについての情報の提供
 - ・福祉サービスの利用手続き、支払い代行、苦情手続き代行
- **日常的な金銭管理サービス**
 - ・年金や福祉手当の手続きの代行
 - ・税金、社会保険料、公共料金、医療費、家賃などの支払代行
- **書類等の預かりサービス**
 - ・金融機関の貸し金庫にて、以下の書類を保管
 - 証書（年金証書、預貯金の通帳、権利証、保険証書）
 - 印鑑（実印、銀行印）

高齢者虐待の現状

- 被虐待高齢者のうち、要介護認定を受けている者が67.7%であり、さらにそのうち、**認知症の日常生活自立度がⅡ以上(見守りや援助が必要)の人が71.7%**であった。
- 虐待の種別・類型(複数回答)では、身体的虐待 67.8% が最も多く、以下 心理的虐待 39.5%、介護等の放棄19.9%、経済的虐待 17.6% の順に多い。
- 市町村の対応窓口の住民への周知が約85%で実施されている一方で、虐待防止ネットワークの構築の取組については、保健医療福祉サービス介入支援ネットワーク、関係専門機関介入ネットワークとも、約半数にとどまっていた。

認知症サポーター

[定義]

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人

[キャラバンメイト養成研修]

実施主体

： 都道府県、市町村、全国的な職域団体等

目的

： 地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバンメイト」を養成

内容

： 認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム等をグループワークで学ぶ。

[認知症サポーター養成講座]

実施主体

： 都道府県、市町村、職域団体等

対象者

： 〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等

〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等

〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等



認知症支援を通じた地域作りに向けて

- 認知症は**脳の疾患**によって起こる（誤解の払拭）
- **早期発見・早期対応**によって、可逆性の疾患の治療ができたり、またアルツハイマー型認知症等の治療が望めない疾患であっても、本人の症状（特に行動・心理症状：BPSD）を緩和し、本人の苦痛や家族の介護負担を軽減することが期待できる
- 認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、本人と介護者を**地域全体で支えていく**必要がある