

---

# 歯科医師認知症対応力向上研修 テキスト

---

平成 28 年 3 月

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2年3月

令和元年度 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)  
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

# 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

### 歯科医師認知症対応力向上研修

## 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

## ＜導入＞

2015 年 1 月、厚生労働省から「認知症施策推進総合戦略」が公表され、これは、認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けた各種施策をまとめたもので、「新オレンジプラン」と呼ばれている。

新オレンジプランは、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すもので、歯科医師・歯科医療機関にとっても、歯科治療の実施・継続のみならず、地域の社会資源として、早期に気づき、他の職種と適切に連携することなど、認知症の人の生活を支えることが重要になってくる。

この研修は、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 の3部構成となっており、

- 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

の3点を、主な目的としている。

# 基本知識 編

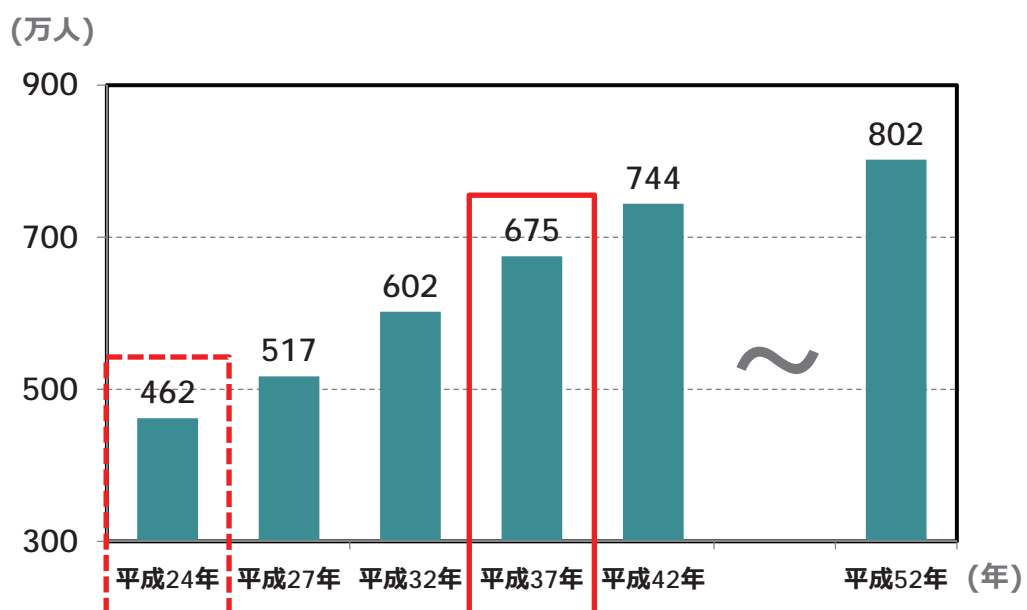
ねらい：認知症の人や家族を支えるために  
認知症対応の基本知識を習得する

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

《基本1》

## 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

## 基本知識 編

基本編ではまず、認知症の現状や病態、その特徴について学び、さらに、認知症医療のプロセスについて概観することで、認知症の人への対応のための基本的な知識を習得することを目的とする。

### ＜基本-1＞

平成 26 年度の推計によれば、日本の認知症高齢者数は、平成 24 年の約 462 万人から、平成 27 年に約 517 万人、平成 37 年には、約 675 万人になると推計されている（認知症の有病率が一定である場合）。

なお、軽度認知障害（正常でもない認知症でもない状態の者）は、平成 24 年時点で、約 380 万人と推計されている。

今後、予防からケアに至るまで、一層の認知症施策の推進・充実が求められる。

# 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

具体的な施策の5つの柱

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

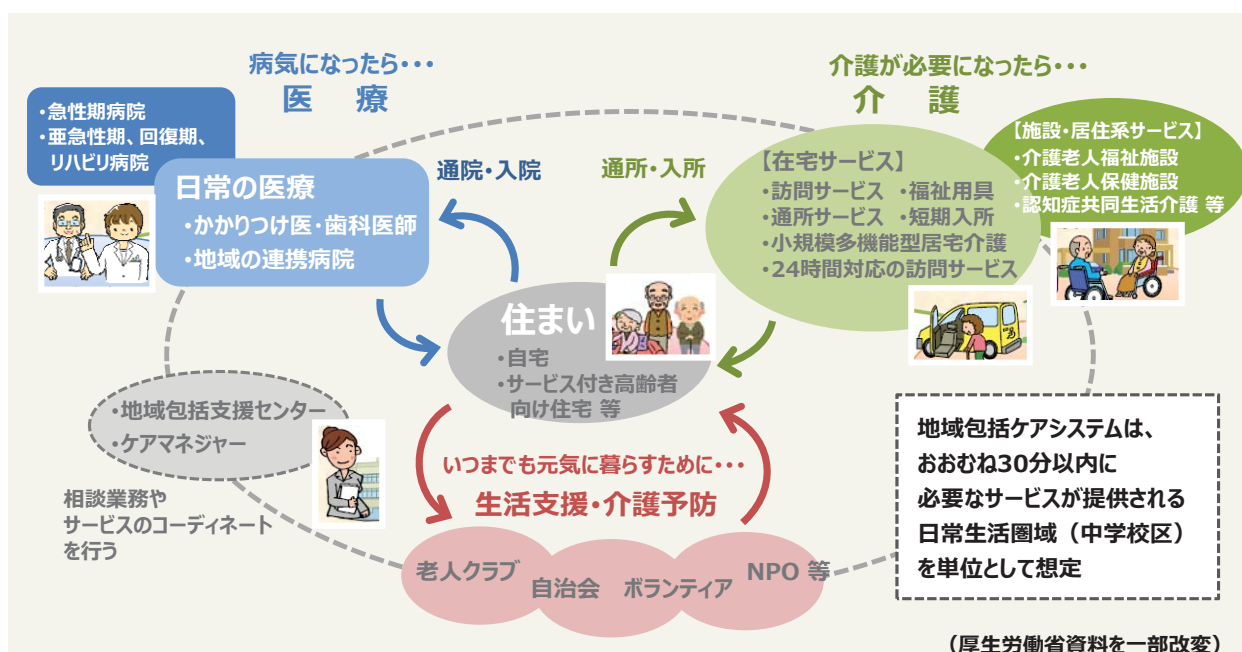
⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

認知症の人や家族の視点の重視

## 《基本3》

# 地域包括ケアシステム

住まい・医療・介護・予防・生活支援 が包括的に提供される  
地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、  
住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる



## ＜基本-2＞

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症施策推進大綱が公表された。

同大綱は、5 つの柱で構成されており、認知症対応力向上研修は「3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」に位置付けられている。

かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師等は認知症対応力向上研修を通じて、認知症の疑いがある人に早期に気づいて適切に対応し、早期発見・早期対応、医療提供等のための地域ネットワークの中で重要な役割を担うことが期待されている。

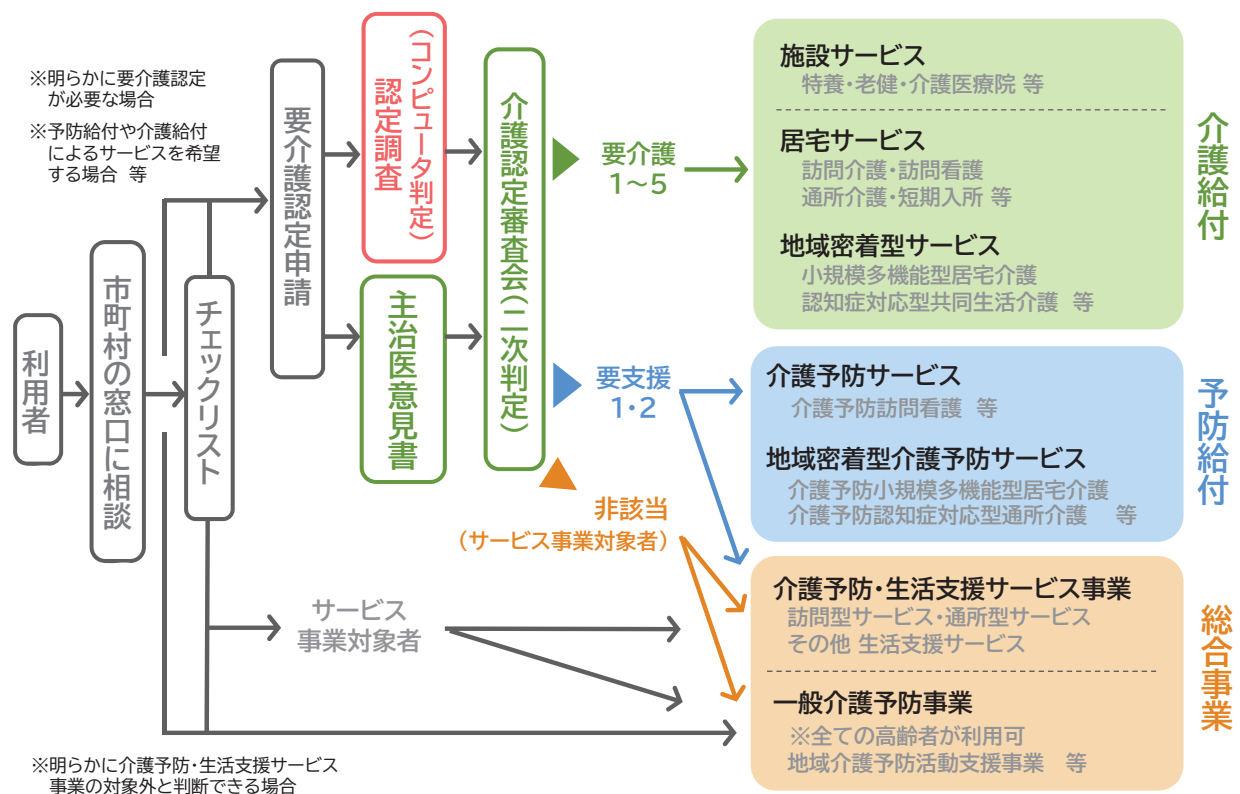
## ＜基本-3＞

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会を実現するため、医療や介護の公的な保険サービスに加え、住民の自発的な活動などインフォーマルなサービスも含めて、必要なときに必要なサービスを誰もが継続的に利用できることを目指す仕組みが「地域包括ケアシステム」である。

認知症の人についても、この地域包括ケアシステムの中で、切れ目なく適時適切なサービスを受けることができ、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられることが重要であることに変わりはなく、そのためには、自治体や医療機関（保険薬局を含む多様な医療資源）、介護サービス事業所、インフォーマルサービスなど様々な関係機関が連携して認知症の人を支える地域作りが重要となる。

認知症施策においても、この地域包括ケアシステムがうまく機能することがポイントとなる。

## 介護サービスの利用の手続き



## 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



#### ＜基本-4＞

介護保険制度は、大きく、①認定申請、②要介護認定、③介護給付・予防給付・総合事業という流れ(スライドの左から右へ)で利用することになる。

介護サービス利用の手続きは利用者が市町村の窓口で相談することから始まる。介護認定は認定調査員による調査の結果と主治医意見書に基づき、介護認定審査会において判定される。

要介護度に応じて支給限度額が決められている。自己負担額は所得に応じて1～3割となっている。

#### ＜基本-5＞

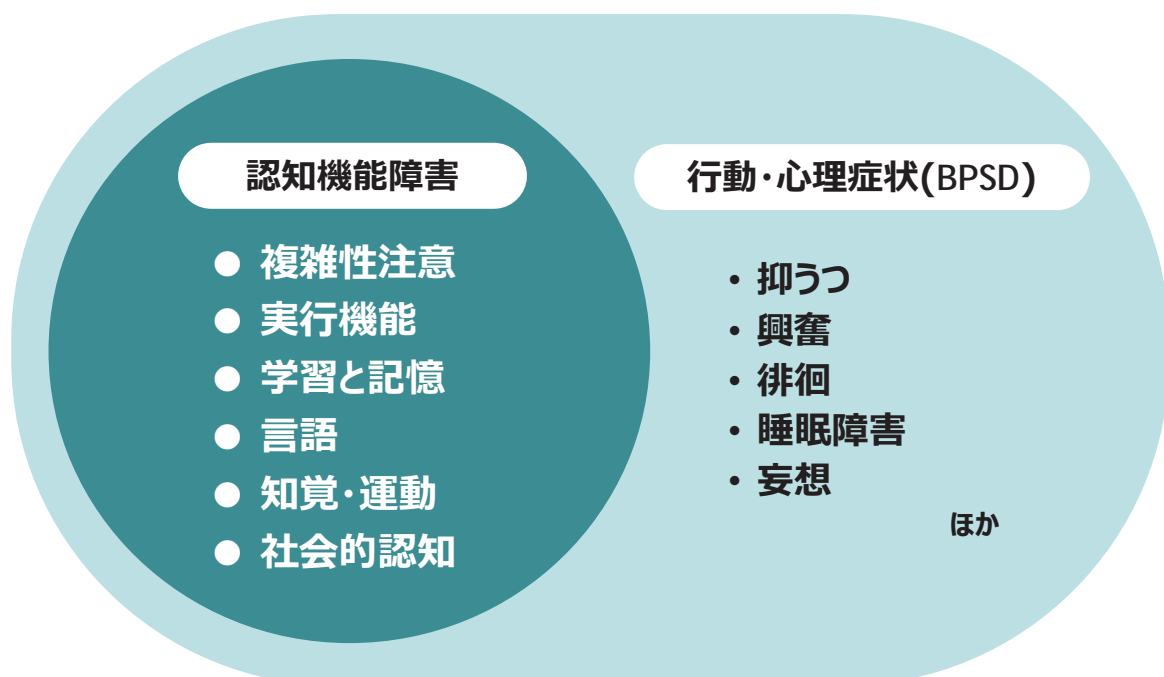
認知症高齢者の日常生活自立度は、日常生活の状況に着目した判定基準によって、正常～M までの 8 段階の程度に区分するものである。認知症高齢者の日常生活について、家庭や社会との関係の中で自立しているか、介護を必要とするか否かの視点で判断されている。

現在、要介護認定における訪問調査(一次判定のための調査)およびかかりつけ医による主治医意見書において用いられている。

## 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時のみに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)



## ＜基本-6＞

2013 年 5 月に刊行された米国精神医学会による認知症の診断基準を示す。

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)、学習及び記憶、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の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来し、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いうことになる。

以前の診断基準では”dementia”という用語が用いられていたが、今回新たに”major neurocognitive disorder”という用語が提唱されている。

また、これまでの診断基準において認知症の診断に必須とされていた「記憶障害」が必ずしも必要ではなくなった点、2 つ以上の領域の認知機能の障害が必須であったが、1 つ以上となった点が最も大きな違いである。

なお、DSM と世界保健機関(WHO)の国際疾病分類(ICD)は可能な限り歩調を合わせる方向で編集されてきているため、ICD-11 にも DSM-5 の内容が反映されることが予想される。

※本診断基準は 研修教材として最新情報を提供する趣旨で取り上げたものであり、DSM-IV-TR からの変更等を明示するものではない。

## ＜基本-7＞

認知症の主体は認知機能の障害であり、その中核となる症状に続発、併存して様々な精神症状あるいは行動上の障害がみられ、行動・心理症状(BPSD)と呼ばれている。

認知機能障害としては、最新の診断基準(DSM-5)では、複雑性注意、実行機能、学習と記憶、言語、知覚・運動、社会的認知の 6 つの領域での障害が見られる。

一方、行動・心理症状(BPSD)としては、抑うつ、興奮、徘徊、睡眠障害、妄想などの症状がみられる。これらの症状は介護の上でも問題となるが、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。

## 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%

公益社団法人 認知症の人と家族の会 「認知症の診断と治療に関するアンケート調査報告書」2014.9

## 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
体験の一部分を忘れる	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

東京都高齢者施策推進室「痴呆が疑われたときに一かかりつけ医のための痴呆の手引き」1999より引用・改変

### ＜基本-8＞

認知症の初期にみられる日常生活上の変化を示す。

認知症の人と家族の会が実施した調査において、家族が認知症を疑うきっかけとなった（本人）の変化を頻度順に示したものである。1項目のみで見れば加齢による生理的な変化と区別することは難しい。しかし、このような変化が少なくとも半年前と比較して目立つようであれば認知症を疑うタイミングといえる。

ここで問題となるのは家族がいなければこのような変化は気づかれにくいことであろう。65 歳以上の4割が単身あるいは高齢者世帯であり、その割合が今後ますます増加することを考えれば、家族に情報源を求めることが難しい状況もあり得る。家族から情報が得られる場合には、認知症を疑うことはむしろ容易と言っていい。

### ＜基本-9＞

加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れの臨床的な違いを示す。

まず、前者は半年～1年では進行することはないが、後者では進行性の変化がみられる。本人は自覚していないが、家族に1年前のもの忘れの状態と現在を比べてもらえばわかりやすい。もの忘れの内容に関しては、前者が体験の一部であるのに対して後者は体験すべてを忘れてしまうという違いがある。例えば、結婚式に出席した際に隣に座っていた人の名前を思い出せないのが前者であり、出席したこと自体を忘れてしまうのが後者である。

また、前者であれば見当識障害は伴わないが、後者であればしばしば時間の失見当がみられる。後者ではもの忘れに対する自覚は前者に比べて乏しい。

#### 出 典

東京都高齢者施策推進室：「痴呆が疑われたときに-かかりつけ医のための痴呆の手引」（1999）

## 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。  
買い物へはいくが、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。

### ＜基本-10＞

アルツハイマー型認知症は、日本の認知症高齢者の原因疾患として最も多く、半数以上を占めている。病理学的特徴は脳皮質、海馬を中心とした神経細胞脱落、細胞外に沈着するアミロイドを核に持つ老人斑の形成と血管周囲のアミロイド沈着、細胞内に蓄積する神経原線維変化である。神経細胞脱落は脳の広い範囲におこるが、ことにアセチルコリン系の中核であるマイネルト基底核の神経細胞脱落が強く、その結果記憶との関連が強いアセチルコリン系が障害される。治療でアセチルコリン補充薬が使われる根拠となる。

主な症状としては、もの忘れの他、段取りが立てられない(実行機能障害)、気候に合った服が選べない(見当識障害)などがある。特徴としては、取り繕いや物盗られ妄想などがみられる。

### ＜基本-11＞

アルツハイマー型認知症の症例

## 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。



## <基本-12>

レビー小体型認知症 Dementia with Lewy bodies(DLB)は変性性認知症の一病型である。1995 年に初めて統一された病名と診断基準が提唱され 2005 年に改定診断基準が示された。また 2015 年に診断基準の改定がなされた。変性性認知症ではアルツハイマー病(AD)に次いで多いといわれ、臨床的には認知症の10-30%、剖検では10-20 数%とされる。レビー小体はハローを有するエオジン好性封入体で、その主要構成タンパクは  $\alpha$  シヌクレインである。病理学的には中枢神経系(大脳皮質、脳幹、間脳)にレビー小体およびレビー関連神経突起が多数出現し、神経細胞脱落がみられる。レビー小体は心臓交感神経や 脊髄、消化管の神経叢にも出現する。そのため臨床症状では進行性の認知症に認知機能の変動や特有の幻視、精神症状、パーキンソニズム、自律神経症状、といった多彩な症状を呈する背景となる。また、パーキンソニズムを呈することからドパミン系の障害があり、ノルアドレナリン系やセロトニン系も障害され自律神経障害や精神症状に関与している。

2005 年の改訂診断基準では、

1. 中心的特徴 社会生活に支障がある程度の進行性の認知症の存在 初期は記憶障害は目立たず、進行とともに明らかになる。注意力、実行機能、視空間認知が冒されやすい。ADとは発症様式が異なることを強調
2. 中核的特徴 以下の3項目の中核症状のうち probable DLB では2項目、possible DLB では1項目が認められること。
  - 1) 注意や覚醒レベルの明らかな変動を伴う認知機能の動揺
  - 2) 現実的で詳細な内容の幻視が繰り返し現れる
  - 3) パーキンソニズムの出現
3. 示唆的特徴 1 つ以上の中核的特徴に 1 つ以上の示唆的特徴があれば臨床的  
 確診 中核的特徴が全くなく 1 つ以上の示唆的特徴があれば臨床的疑診
  - 1) REM 睡眠行動障害
  - 2) 重度の抗精神病薬への過敏
  - 3) SPECT や PET によるドパミントランスポーターの取り込み低下

## <基本-13>

レビー小体型認知症の症例

## 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。

### ＜基本-14＞

前頭葉と側頭葉前部を病変の主座とする変性性認知症性疾患である。

1996 年に Manchester のグループが、前頭葉から側頭葉にかけての萎縮を認める例を含め前頭側頭葉変性症(Frontotemporal lobar degeneration:FTLD)という概念を提唱し、臨床的には①前頭側頭型認知症, ②進行性非流暢性失語(progressive non-fluent aphasia;PA), ③意味性認知症(semantic dementia;SD)の 3 亜型に区分されているのが一般的である。最近米国の研究者を中心に従来の前頭側頭葉変性症を前頭側頭型認知症とし、従来の前頭側頭型認知症を行動変容型前頭側頭型認知症とするより症状にあわせた分類もなされるようになった。

判断や注意力・集中力を担う脳の前頭葉や記憶を担う側頭葉の萎縮によって、人格や行動の変化をきたすことが特徴である。

### ＜基本-15＞

前頭側頭型認知症の症例

## 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事で、発症や進行の予防が可能

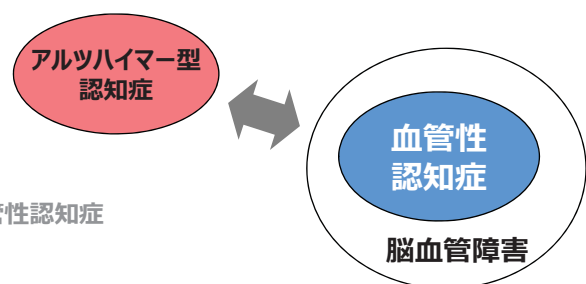
### 【特徴】

- ◎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。

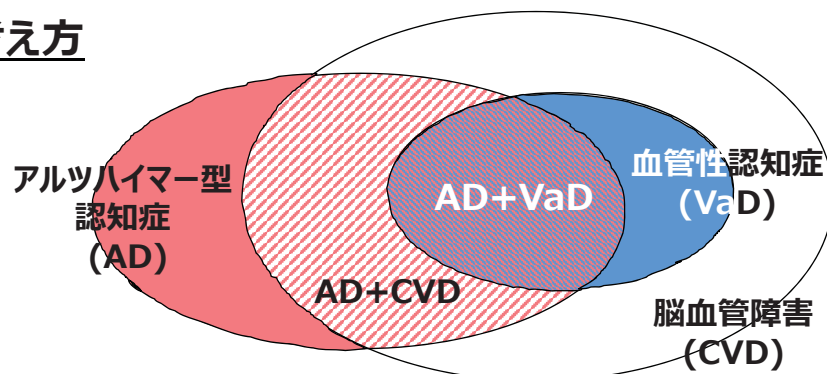
## 血管性認知症の考え方の変化

### 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



長田の図を改変

### ＜基本-16＞

血管性認知症とは、脳の血管が詰まったり、破れることで神経細胞が障害されて起こる認知症で、アルツハイマー型認知症に次いで多い病型である。

高血圧症や生活習慣病、心臓病などの治療や予防によって、発症や進行の予防が期待できる。典型的には発症時期が明確であったり、階段状の進行を示す例があるが、緩徐に進行する例もまれではない。また特徴に示したような局所の神経脱落症状（麻痺、構音障害等）が出現することもあるが、多発脳梗塞や慢性循環不全による大脳白質のびまん性障害では、意欲低下や易怒性、歩行障害といった局在性の明らかな症状を呈することもある。血管性認知症に関してこれまで多くの診断基準が作成されたが、背景の病態が多様なことや、他の変性性認知症の合併を否定することが困難なことから、理想的なものはない。

### ＜基本-17＞

血管性認知症の有病率が低下した理由として、血管性認知症に対する認識の変化がある。従来は脳卒中の既往があったり、画像で脳梗塞が認められれば、血管性認知症とされる傾向があった。アルツハイマー型認知症と血管性認知症は対立する概念であり、両者の併存は混合型認知症ととらえられていた。

しかし、実際には血管性認知症の症例も高齢者が多く、長い経過を呈するアルツハイマー型認知症の経過のなかで、それ自体は認知機能に影響をおよぼさない血管障害を合併する場合は、認知機能障害を引き起こす血管障害と合併するよりもはるかに多いと考えられる。（図の AD+CVD）

## 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

### ＜基本-18＞

若年性認知症と認知症高齢者との違いとして、以下が挙げられる。

- 発症年齢が若く男性に多いこと。
- 初期の症状が認知症特有でないため診断しにくく、また異常であることには気づくが、医療への受診が遅れること。
- 経済的な問題が大きいこと。
- 主たる介護者が配偶者に集中し、本人や配偶者の親などの介護が重なり、時に複数介護になること。
- 就労や子供の教育、結婚等、家庭内での課題が多い。

若年性認知症の課題としては、診断後の相談先が不明であること、地域で交流できる居場所の不足、自治体によって若年性認知症施策の取組にバラツキがあること、さらに一般的に診断から介護保険サービスの利用に至るまでの期間が長く、その間の就労支援や障害福祉サービスの活用、インフォーマルサービスの活用など本人の状態に応じた適切な支援が必要であるとされている。

### ＜基本-19＞

認知症における画像検査の役割は大きく分けて 3 つある。

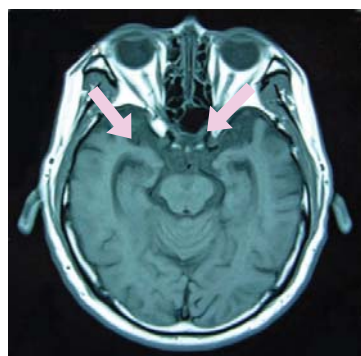
1 つは、脳出血や慢性硬膜下血腫、脳腫瘍といった他の疾患によって、認知症に類似した状態が引き起こされていないかどうかという除外診断目的。2 つめは認知症の病型診断の補助診断。3 つめは軽度認知障害が認知症に移行しやすいかどうかの指標である。

- 1) 除外診断について、AD 類似の症状を来すことがある慢性硬膜下血腫や脳腫瘍、脳梗塞や脳出血を除外するために CT(可能なら MRI)の撮像が勧められる。CT や MRI のような形態画像は認知症の病像をきたす他の疾患の鑑別に有用であるが、早期診断には無力で、早期の認知症の人では異常が見られないことが多い。重要なのはこれらの所見が正常であった時に認知症を否定しないことである。
- 2) もの忘れ外来のような認知症専門外来では、認知症の病型診断の補助検査として MRI や SPECT や FDG-PET が用いられる。(各病型の画像診断の特徴を次スライドの表にまとめている)
- 3) 軽度認知障害の人が認知症に移行するかどうかを推定するために画像診断が用いられる。

## 代表的疾患の画像鑑別診断のポイント

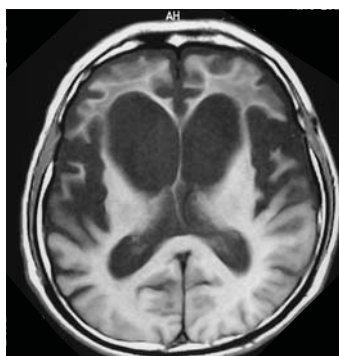
	AD アルツハイマー型	DLB レビー小体型	FTD 前頭側頭型	VaD 血管性
MRI CT	海馬、側頭葉の萎縮 (初期には目立たない)	(特異なものはない)	前頭葉、側頭葉の萎縮	両側視床、側頭葉梗塞 多発する皮質下梗塞 高度の白質病変
SPECT FDG-PET	頭頂側頭連合野 後部帯状回 楔前部 前頭葉	頭頂側頭連合野 後頭葉	前頭葉 頭頂側頭連合野 (ADに比べて軽い)	血管障害の病巣により一定の傾向をもたない
その他		・MIBG心筋シンチで取り込み低下 ・DATスキャンでのドパミントランスポーター取り込み低下		

## 認知症各病型の典型的なMRI画像

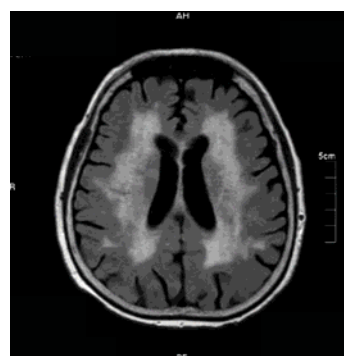


アルツハイマー型  
認知症

(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



## <基本-20>

典型的な経過や臨床症状があり、表に示すような特徴的な画像所見を呈する場合は病型診断しやすいが、典型的でない画像所見を示すこともまれでない。その場合は臨床症状や経過が優先する。

また、近年 VSRAD(Voxel-based Specific Regional Analysis System for Alzheimer's Disease)のような海馬傍回付近の萎縮の程度を数値化して診断を支援するツールが開発された。この方法により萎縮が存在するかどうかは明確になったが、萎縮の存在がすなわち機能の低下や疾患の存在ではない。逆に萎縮がなくても機能低下が存在することもまれでない。萎縮がないからといって AD を否定できない。

2013 年 9 月に承認された DAT スキャンは DAT スキャンを用いた SPECT により線条体内に存在する黒質線条体ドーパミン神経の終末部に高発現する DAT の脳内分布を可視化できる。線条体の DAT はパーキンソン病および DLB において発現量が低下することが知られており、本検査は DLB の診断基準にも採用されている。

## <基本-21>

アルツハイマー型認知症の病理学的変化は、側頭葉内側部の内嗅領皮質に始まるとされ、MRI では比較的早い時期よりこの近傍の海馬の形態学的な萎縮がみられる。高齢発症例では、側頭葉に比較的限局する脳萎縮を呈する例が多いが、初老期発症の狭義のアルツハイマー病では、脳萎縮は前頭葉側頭葉優位に全体におよぶことがある。特に高齢者では正常者においても脳萎縮の個人差が大きいため、個々の症例での脳萎縮での判定は注意を要する。

前頭側頭型認知症では、著明な前頭葉、側頭葉の萎縮が見られる。病理学的にはピック小体を有するピック病と診断された。

血管性認知症の画像パターンは大きく 3 つに分類される。

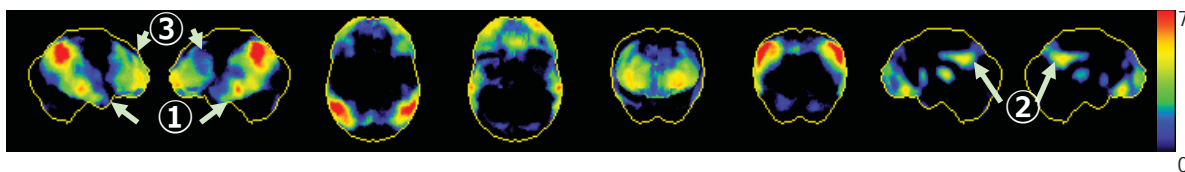
- ①多発梗塞性認知症：皮質梗塞を多発性に生じた結果、記憶、言語、空間認知などの複数の認知ドメインが障害されて認知症の診断基準を満たす場合
- ②戦略的重要部位脳梗塞 strategic infarction 視床、尾状核頭部など、単独でも認知機能に障害を引き起こす戦略的重要部位に梗塞を生じた結果、認知症の診断基準を満たす場合
- ③皮質下血管性認知症中程度以上の白質病変を伴い、基底核領域に複数のラクナ梗塞を認め認知症の診断基準を満たす場合

## 出 典

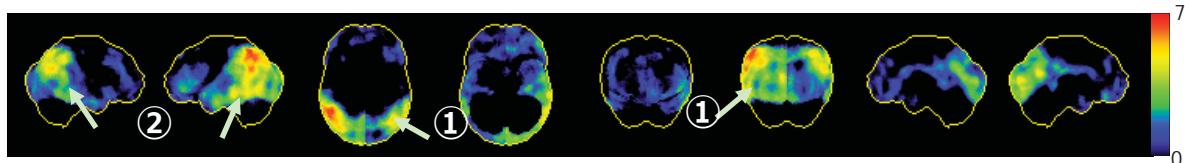
目黒謙一：血管性認知症 ワールドプランニング 2008 東京

## 認知症各病型の典型的なSPECTパターン

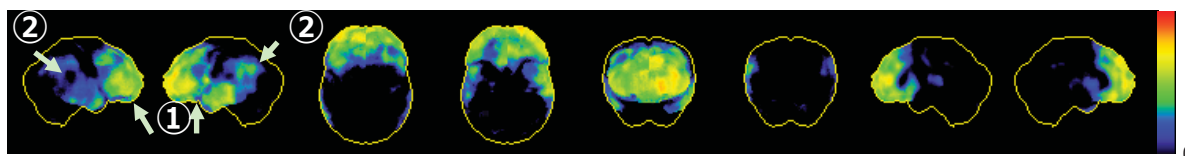
### AD ①頭頂側頭連合野 ②楔前部から後部帯状回 ③前頭葉



### 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

### ＜基本-22＞

脳血流検査における血流低下部位のパターンから認知症の病型診断を行うことができる。

AD では頭頂側頭連合野、後部帯状回、楔前部の血流低下が、DLB では頭頂側頭連合野に加えて内側後頭葉の血流低下が、FTD では前頭葉に強い血流低下がみられる場合は比較的典型的である。VaD では血管病変や血流低下領域に一致した低下を示すため特定のパターンを示さない。これらの典型的なパターンを呈し臨床症状も合致した際には、補助診断として有用である。

しかし、DLB ではこの血流パターンを呈するのは 6 割程度といわれており、臨床経過や症状と合致しないこともしばしばである。DLB における MIBG 心筋シンチの有用性が注目されており、現在、多施設共同研究が進行中である。

### ＜基本-23＞

軽度認知障害とは、本人もしくは周りの人からもの忘れがあると認識され、年齢に比し、記憶力が低下している状態と定義され、認知症ではない。

しかしながら、その一部がアルツハイマー型認知症などへ進展するとされることもあるので、本人・家族へは、「認知症になるのでは」という不安や、「認知症ではないから病院に行く必要もない」という誤解に対応していくことが重要となる。

## 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**

### ＜基本-24＞

#### 最近の記憶

食事の内容や、外来ならばどのような交通手段で受診したのかを聴く。できる限り世間話をするように聞きだすのがコツである。昨日何をしましたかと質問するのもよい。

#### 昔の記憶

生年月日、出身地、結婚や子供の誕生日などを尋ねる。既往歴、職業歴を聴く。ここで教育歴を聴くのもよい。その年齢なら当然知っているはずの社会的事件についてきく。太平洋戦争、東京オリンピック、サリン事件など。

### ＜基本-25＞

見当識障害のアセスメントでは時間と場所についての見当識を尋ねる。通常、時間の見当識が先に障害されることが多い。アルツハイマー型認知症では一般に記憶障害と平行して進行するが、レビー小体型認知症では見当識障害が前景に出て記憶障害よりも目立つことがある。

時間の見当識障害では年月日だけでなく季節や、時計を見ないで現在の時刻を言わせることも有用である。月は正確に答えても、季節は間違えることもある。

場所の見当識としては、今いる場所、ビルなら何階にいるのか、自宅の住所、今住んでいるところ、自宅と今住んでいるところが一致するかどうかについて質問する。

## 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。

Reisberg B et al: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 1984; 435 481-483

### ＜基本-26＞

家族から日ごろの行動について聴いておく必要がある。女性の場合、料理が適切にできているか、男性の場合、買物ができているかを聴くことが有用である。料理、買物ともに多くの判断と遂行機能を要するからである。このほかに電話をかける、移動・外出をする、薬の管理をする、お金の管理をするなどについてどの程度できているか確認しておく。

### ＜基本-27＞

Functional Assessment Staging (FAST) はアルツハイマー型認知症の重症度を判定することを目的としている。スライドのように病期を7段階に分類しており、この病期は認知症の重症度と対応している。旅行や買い物、運転といった日常家庭生活の具体的な状態が臨床指標として示されており、行動面から観察し評価できることが特徴である。そのため正確な評価のためには介護者からの情報が必要となる。

かかりつけ医をはじめとする他の職種と、認知症の程度を共有するためにも状態像と重症度を把握しておくことも重要となる。

### 出 典

Reisberg B et al. Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci. 1984;435:481-483.

## 認知症のスクリーニングのためのアセスメントツール

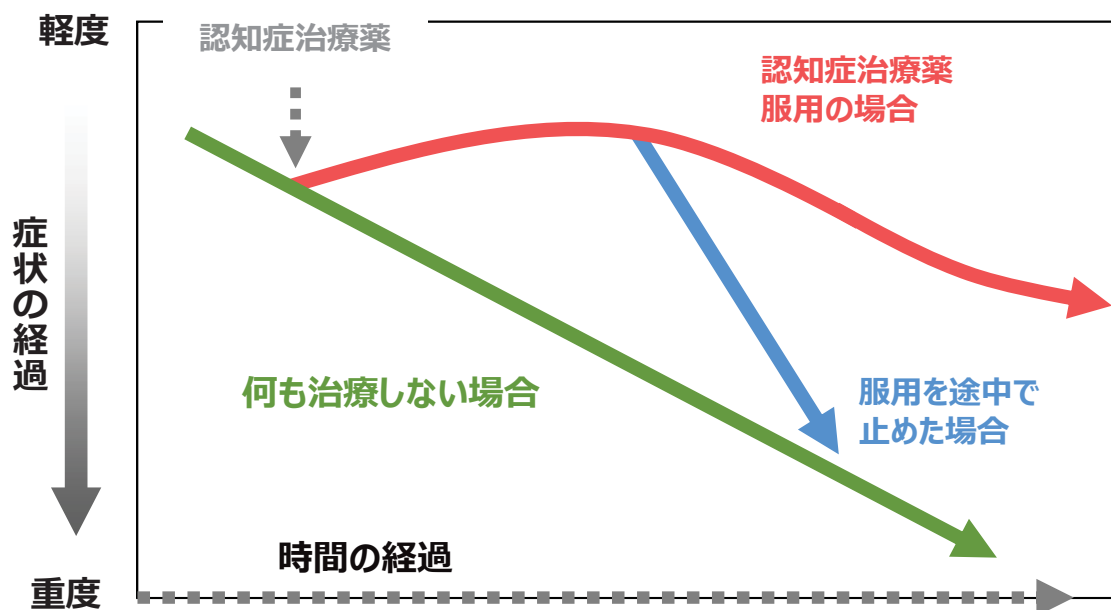
### 〈質問式〉

- 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





### ＜基本-28＞

認知症のスクリーニングのためのアセスメントツールには様々なものがあるが、質問式と観察式に分けて、例示する。質問式は、簡易なスクリーニングに役立つ一方で、被験者に質問の内容が伝わること、視聴覚による理解ができること、MMSE では利き手の運動障害がないことなどの一定の条件が整う必要となる。

また、観察式は、本人の様子や家族からの情報によってアセスメントが可能であることが特徴である。

改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)は、9 項目で構成され、30 点満点中 20 点以下であれば、認知症の疑いとされる。ミニメンタルステート検査(MMSE)は、11 項目で構成され、30 点満点中、23 点以下が認知症の疑いとされている。質問式のツールはいずれも有用な検査であるが、認知症の人には想像以上に大きな負担となるため、受診時にいきなり行うのではなく、信頼関係を形成してから行うようこころがける。

### ＜基本-29＞

認知症治療薬は、短期的(1 年程度)には一時的に症状を改善方向へ変化させて、治療をしない場合よりもよい期間を延長するとされ、また、長期試験の結果では症状の進行遅延が報告されている。

もっとも、同一人への処方では、薬効の差異(服用しない場合や途中でやめた場合と継続して服用する場合の効果の違い)を説明しにくいところもあり、一般的な効果の説明にとどまる。

## 認知症治療薬の特徴

	ドネペジル	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

### ＜基本-30＞

平成 23 年(2011 年)にガランタミン、リバスチグミンが発売されたことにより、ようやく世界と同等の薬物治療が可能になった。それぞれの薬剤の特徴を表にまとめた。作用機序が少しずつ異なることから、治療効果の差異が報告されているが、この 3 剤の治療効果には明確な差はないと言われている<sup>1)2)</sup>。

ドネペジルのみが全病期で投与可能であり、ガランタミンとリバスチグミンは軽度から中等度で使用される。剤型ではリバスチグミンは貼付剤のみの発売である。拒薬や経口摂取が不能な際に使用できる。

メマンチンはグルタミン酸受容体の1つであるNMDA受容体の拮抗薬である。ADではこのNMDA受容体が過剰に活性化するために機能的な長期増強現象の形成障害と器質的な神経細胞障害がおきると考えられている。コリンエステラーゼ阻害薬とは作用機序が異なるため、単剤で使用する以外に併用療法が期待される。

#### 出 典

1) Birks J. Cochrane Database Syst Rev. 2006; 1: CD005593

2) Ritchie CW et al . Am J Geriatr Psychiatry. 2004; 12(4):358-369

### ＜基本-31＞

認知症の治療において投薬が行われる場合には、本人の病気の進行状況や生活環境から、適切な支援が必要となる。ポイントとしては、①薬の保管・管理と定期的な服用、②薬効・副作用の観察、③受診・服薬指導の継続が挙げられる。

それぞれの場面で、本人、家族、介護サービス担当者、医師、薬剤師等が適切に関わることによって、それらが維持・継続される環境を整えることが重要である。

# 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

### 《役割1》

## 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

## かかりつけ歯科医の役割 編

かかりつけ歯科医編では、基本知識編を踏まえて、かかりつけ歯科医・歯科医療機関による具体的な対応、それに必要な知識について、よくみられる場面を想定し、DVD 教材も用いながら習得する。

そもそもかかりつけ歯科医の役割として

- ①患者個人個人のニーズに対応した健康教育・相談機能
- ②必要とされる歯科医療への対応機能
- ③チーム医療実践のための連携および紹介または指示機能
- ④要介護高齢者・障害者への適切な歯科サービス提供のための機能
- ⑤福祉施設および在宅患者に対する歯科医療・訪問指導機能
- ⑥定期的なプロフェッショナルケアを基本とした予防管理機能

がある。

また、医療従事者の基本として、院内外にわたるチーム医療を行うため、①自院の体制とともに②地域医療の中での体制の確立が求められる。

### 出 典

歯科保健・福祉のあり方に関する検討委員会答申（平成 8 年 厚生省）

### <役割-1> かかりつけ歯科医（歯科医療機関）の役割

かかりつけ歯科医（歯科医療機関）の役割として、大きくスライドの 4 点が挙げられる。1 つ目は、医療従事者としての今日的な最低限の知識ともいえ、本研修の活用が期待されるところでもある。2 つ目は、歯科医師としての技量を、認知症の人に対して行うことである。また、3 つ目は、認知症の人に歯科医療機関として対応する管理者としての機能を意味する。4 つ目は、医療連携を担うものとしての役割である。

## 歯科の特殊性

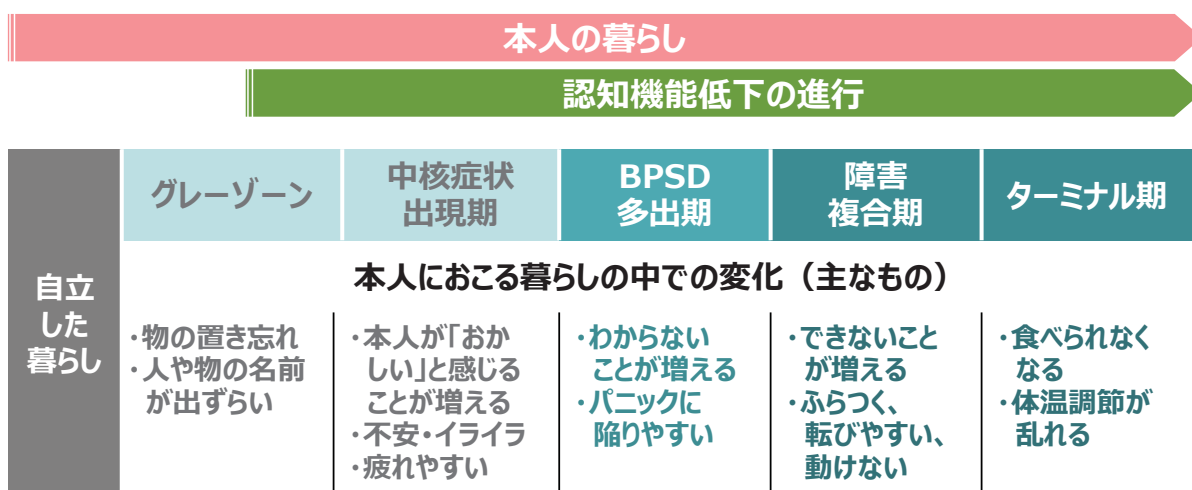
そもそも歯科の特殊性とは

- 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**に対しての歯科診療は

- 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



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

### ＜役割-2＞ 歯科の特殊性

そもそも、歯科の特殊性とは、①本人の希望を前提とする適切なインフォームドコンセントを基本に、②診断に対して複数の治療方針がある（例えば、欠損に対しブリッジや有床義歯、インプラントなど設計を含め多くの選択肢がある）ことを示した上で、③患者の了承を得て本人と歯科医師の間で契約をすることである。

それに加えて、認知症の人の特徴・状態像を踏まえたスライド①～⑥のような視点、配慮が必要となる。

### ＜役割-3＞ 認知症の人がたどる経過のなかでの歯科治療の関わり

患者がどのステージにあるかを考えることが重要であり、ステージの特徴を理解することが、歯科治療の各段階での判断のための重要なポイントとなる。

また、各ステージの認知症患者の心理状態を理解することも治療を進めるうえで必要となる。

《役割4》

## 認知症の進行過程に応じた歯科におけるケア視点

軽度認知障害 から 認知症初期	認知症初期 から 認知症中等度	中等度以上 (在宅や施設)
<p>ガーグリング、リンス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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>義歯しまいこみ、紛失に注意が必要。</p>	<p>口腔清掃しながら、複雑な義歯の着脱、取り扱いが困難になってくる。</p> <p>うがいの水を飲んでしまう事がある。</p> <p>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。</p> <p>水分の誤嚥に配慮する。</p>

枝広あや子「高齢者医療での歯科に関するMinimum Skills,臨床に役立つQ&A 4.認知症などをもつ要介護高齢者の口の管理のポイントを教えてください」. Geriatric Medicine Vol53 (11):1195-1198,2015.

《役割5》

## 認知症になって歯科へのアクセスが途絶えると・・・





#### ＜役割-4＞ 認知症の進行過程に応じた歯科におけるケア視点

認知症は進行して容態が変化していく疾患である。したがって、その進行過程に応じた口腔管理の視点が必要となる。

[軽度認知障害から認知症初期]では、リンシングやガーグリング、ブラッシングは自立しているが、徐々に口腔清掃の精度が低下する。記憶障害により、あまり注意せずにブラッシングするようになったり、ブラッシングを行うこと自体を忘れてしまい、口腔清掃が不十分になりがちとなる。そのため、口腔清掃行為の誘導や、日々の生活のなかでの口腔清掃の習慣化を支援する必要がある。

また、初期のうちは「自分のことは自分でできる」との思いである自尊心にも配慮することが重要である。

[初期から中等度]にかけては、徐々に身体の協調運動低下が起こり始めると同時に複雑な物事が理解しにくくなってくる時期である。複雑な協調運動であるガーグリングが困難になり、適切な口腔清掃を自立して行うことは困難になってくる。口腔清掃行為への支援として、本人の出来ることに配慮した、自尊心を傷つけないような支援が必要となる。また、義歯の紛失に注意すべき段階でもある。

[中等度から重度]は、通院は困難となり、主に在宅診療や施設診療での対応が増えることになる。口腔清掃の意義が理解できなくなり、口腔清掃の介助を拒否するケースも出てくる。複雑な構造の義歯を使用しているケースでは自立した着脱は困難となり、また、リンシングを促しても指示が理解できずコップの水を飲んでしまうこともある。

出来ることに配慮し、セルフケアも促しながら、誤嚥などにも留意した介助ケアが必要となる。

#### ＜役割-5＞ 認知症になって歯科へのアクセスが途絶えると・・・

8020運動の成果から、高齢者はご自分の歯がたくさん残っている方が多く存在する。8020運動は 80 歳で 20 本の歯を残そう、という考えでありましたが、その 80 代はまさに認知症の好発年齢でもある。

認知症の進行により、口腔のセルフケアが困難となり、さらに歯科へのアクセスが途絶えると、写真に示すような口腔の状態に至ってしまうケースが少なくない。認知症高齢者に対しては継続的な歯科との関わりが重要となる。

## 《役割6》

### 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

## 《役割7》

### 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

### ＜役割-6＞ 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）

かかりつけ歯科医に求められる認知症の人への対応のまとめである。

認知症の初期に歯科医が兆候に気づき、初期治療につなげることが新オレンジプランでは求められている。

そして、当然認知症になった人の歯科治療を行わなくてはならない。治療を円滑に行うためにも家族を気遣い、家族や、医師等の協力を得ることも重要である。

### ＜役割-7＞ かかりつけ歯科医が早期に気づき対応する意義

認知症の早期発見・早期対応の意義について考えてみる。

認知症を早期に発見できれば、本人が病気について理解することもより容易となるといえる。病気に関してある程度理解できれば、病気の進行による生活への影響にも予めの準備が可能であり、不安も軽減されるであろう。行動・心理症状（BPSD）にもあまり悩まされずに生活が継続できる可能性が高まる。

歯科医療は継続することが多く、メンテナンスという形で長期に患者に関わることも多く早期発見に寄与できる可能性は高い。歯科治療には不安をいだく場合は多いが、早期に気づくことで治療困難な時期の短縮が可能である。

歯科医師であっても他職種と連携することで家族の負担を減らし、認知症の人の歯科治療を安全に行うことが期待される。

## 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）

### ＜役割-8＞ 歯科診療において注意すべき気づきのポイント

「歯科診療において注意すべき気づきのポイント」を示す。

- 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・身だしなみが変わった
- 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)

### ＜役割-9＞ 歯科における認知症はデリケート

歯科における認知症はデリケート、とは、歯科では認知症の診断を行うことはないため、認知症が疑われる人に対して、やみくもに「認知症ではないか」と発言してしまうことは、思わぬトラブルを引き起こすこともある。

逆に、認知症と診断されている人に対して適切な対応をしないと、思わぬ混乱を引き起こすこともある。

歯科医療機関での対応は“認知症が疑われる人”と、“認知症と診断されている人”に分けて考えたほうが、院内でも混乱しにくいと思われる。仮に、患者の様子から認知症が疑われるが、診断がついているかどうか分からないという場面では、まず患者が独居であるかどうか、キーパーソンはだれか、必要な時にコンタクトをとることが出来るかを確認しておくことが必要となる。

ここからは、“認知症か疑われる人”を CASE1、“認知症と診断されている人”を CASE2として考えていく。

# DVD:1

## 受付にて

### 「保険証 返してよ」

《役割10》

## 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

**【DVD：1】 受付にて「保険証 返してよ」**

（PART1 の後に）

皆さんならどのような対応をするか？（フロアの意見を聞く）

・・・では続きを。

（PART2 の後に）

これは一つの例として、続けて解説していく。

**<役割-10> 認知症が疑われる人への対応**

DVD で示した場面を参考に、認知症が疑われる人に対する対応を CASE1として考えていく。

例えば、「最近様子が変わってきた、性格が変わってきたように思われる高齢者」などが“認知症が疑われる人”である。どのような点に配慮して対応すればよいのだろうか。

## 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



### ＜役割-11＞ 認知症が疑われる人に対する歯科医療職の対応

基本的なポイントを示す。

“疑われる人”に対しては、DVD のように事実と異なる主張をしている場面があったとしても、

- 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です。

例えば、DVD の山田さんに対して「保険証がないんですか？」「それは困りましたね～」「大事なものですもんね」と、“あなたが怒るのももっともだ”という態度で共感し、まずは心を落ち着けて頂き、落ち着いて対応することが重要となる。

逆に、「バックの中に入っているはずですから探してください！」などと、事実を突きつけ、否定するような態度は、余計に感情的になってしまうので避けたほうが良い。

### ＜役割-12＞ 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

認知症が疑われる人が一人で受診した場合のポイントを示す。本人の自尊心を傷つけないように配慮をした上で、

- 本人の身体的および精神的な訴えに耳を傾け、
- 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

など、無理はしないように様子や反応を伺いながら対応する。

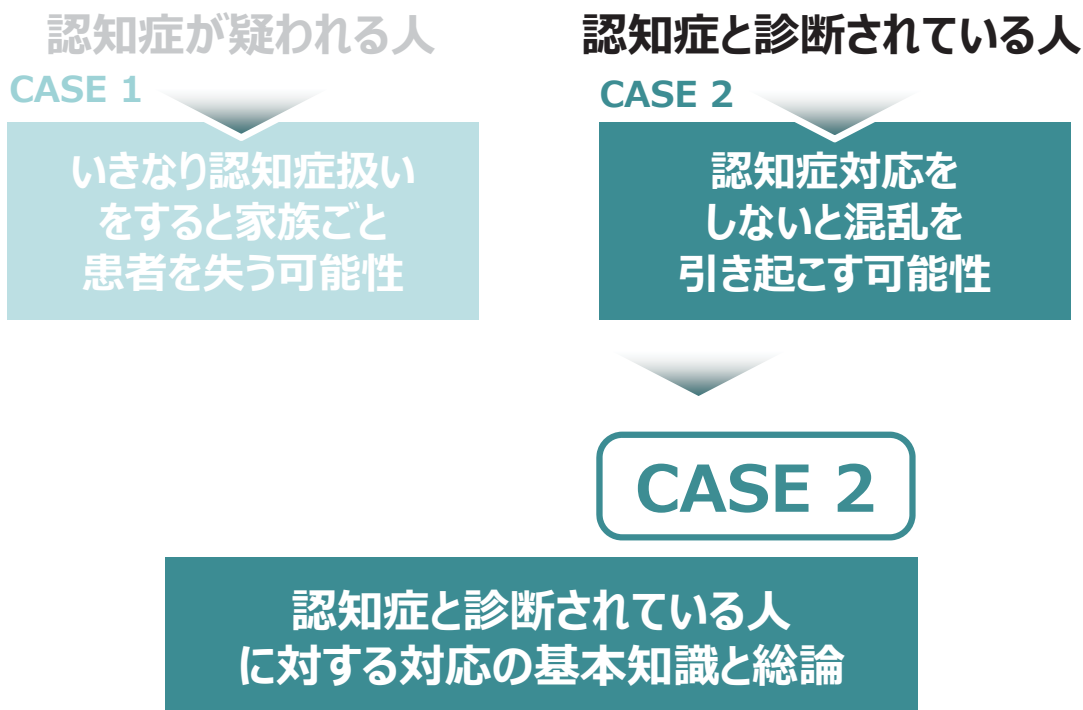
## 認知症が疑われる人に対する かかりつけ歯科医の対応の視点②

### 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



### ＜役割-13＞ 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

家族と一緒に受診した場合のポイントとしては、

- 本人の自尊心に配慮して、本人の感じている主訴にきちんと耳を傾けた上で、一緒に来ている家族の目線からも患者の状況を確認する。  
本人を会話の流れから外さないことが重要となる。
- 生活の中で、どう困っているか、口腔管理が生活の中でどう行われているかなども確認するポイントであり、
- 認知症を理由としていなくても介護保険を申請していれば、ケアマネジャーからも情報が得られることもある。
- 必要があれば、本人・家族の了解を得た上で、かかりつけ医と連携するなどは、他の疾患の場合と同様に重要である。

### ＜役割-14＞ 認知症と診断されている人への対応

CASE2 認知症と診断されている人、にはどのように対応すればよいだろうか。

診断がついているかどうかを確認する方法は

- 問診票
- 家族からの申告
- 本人からの申告
- 診療情報提供書など医師からの情報
- お薬手帳

などがある。

認知症の診断が“されている”のか、“されていない”のかは、歯科診療を進める上で重要なポイントとなるので、かかりつけ医への照会も必要となる場合もある。

## 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

永田久美子 「11 認知症高齢者の理解とケアの変遷」  
正木治恵 監修 「改訂版老年看護学」日本放送出版協会 P196.2011

## 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

### ＜役割-15＞ 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

認知症と診断されている人の歯科治療をスムーズに進めるためのポイントは、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ことを理解することである。

歯科医療機関への通院や歯科治療は、認知症の人にとって非常にストレスの多い場面が多く、一般の患者とは違った配慮が必要となり、以下の点が重要となる。

- 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

#### 出 典

永田久美子：11 認知症高齢者の理解とケアの変遷

正木治恵監修：改訂版老年看護学、日本放送出版協会 P196.2011

### ＜役割-16＞ 認知機能障害と行動・心理症状（BPSD）

多彩な症状を理解するために、認知症の人の症状を中核的な認知機能障害と、周辺的な行動・心理症状に分けて考えると分かりやすくなるといわれている。

これは国際老年精神医学会においての提唱で、認知症の主体は認知機能の障害であり、それらに続発、併存しておこる様々な精神症状あるいは行動上の障害が、行動・心理症状「BPSD」と呼ばれている。

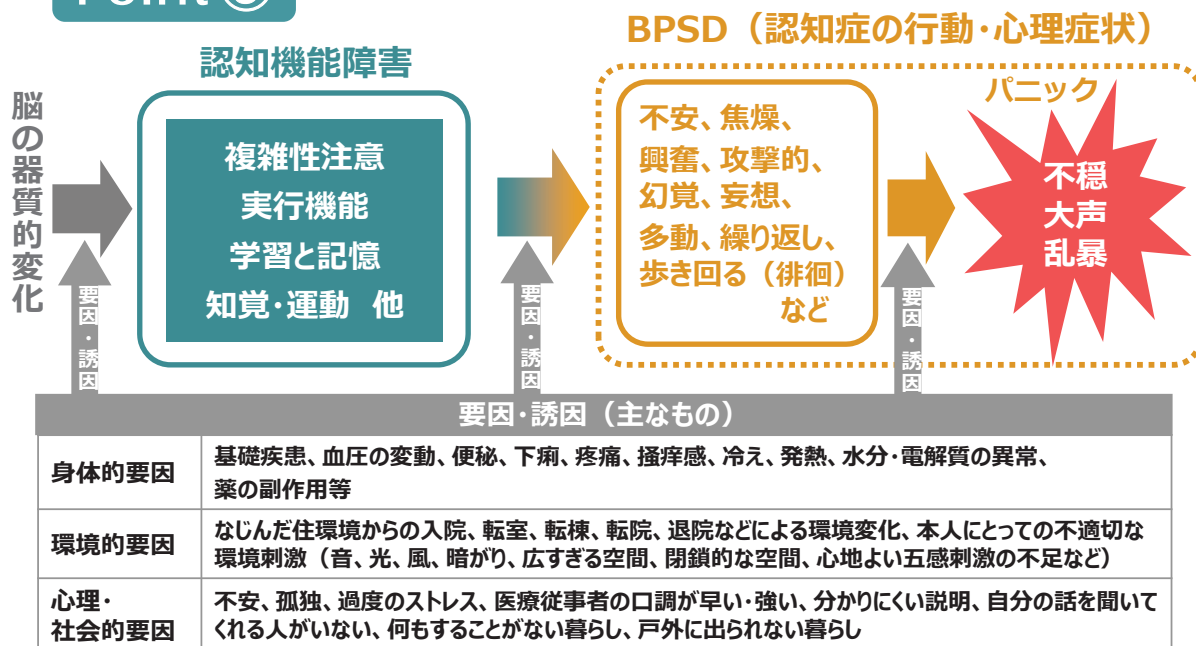
認知機能障害としては、記憶障害を始めとして、判断力低下、見当識障害、失語、失行、失認などの症状がみられ。

行動・心理症状「BPSD」は、認知機能障害を背景に生じる日常生活における不具合として現れる。例えば、抑うつ、興奮、徘徊、睡眠障害、妄想などの症状が挙げられる。これらの症状は、歯科医療機関の環境の調整、対応上の工夫や配慮などで改善する可能性がある。

《役割17》

## 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



永田久美子 「11 認知症高齢者の理解とケアの変遷」  
 正木治恵 監修 「改訂版老年看護学」日本放送出版協会 P196.2011

《役割18》

## 認知症の人へのかかりつけ歯科医の支援

### Point ④

- も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
- も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

### ＜役割-17＞ 歯科診療の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因

スムーズに歯科診療を進めるために留意が必要な認知症の症状と、それを引き起こす要因、誘因について説明する。

認知症では、脳の器質的変化によって「複雑性注意」「実行機能」「記憶」「知覚・運動」に関する中核的な認知機能障害が生じる。さらに、この認知機能障害により、周囲のものごとにもうまく対応できなくなり、BPSD（行動・心理症状）が引き起こされる。

BPSD が生じている状況で、下からの矢印で示されるような“本人にとって不適切な要因”がさらに加わることで、大声を出したり、乱暴な行いをしてしまう、などの BPSD が増大してしまうと考えられる。

BPSD を引き起こしやすいさまざまな要因や誘因として、身体的要因、環境的要因、社会的要因がある。思わぬ要因が BPSD を引き起こす要因となるため、これらの要因や誘因を理解しておくことが重要となる。

### ＜役割-18＞ 認知症の人へのかかりつけ歯科医の支援

認知症と診断されている人への支援では、認知症の進行により変化する、本人の心理状態に配慮した対応が求められる。

もの忘れがあっても、できるだけ住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように、かかりつけ歯科医としてできる限りの治療や支援を行うことを伝える。

認知症の初期の人は、もの忘れの自覚は強く、生活上のトラブルも増えていくため、自信を失ったり、抑うつ的になることが多い。そこで、も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。

発症初期にはもちろんだが、認知症がかなり進行しても会話に対する理解力は残っていることも多い。

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、本人の心情にも配慮し柔らかい言葉で伝え、家族からの支援を促す。できることや得意なことをみつけて家庭内での役割を持ってもらうことや、可能な範囲での社会参加、介護保険サービスの利用などによって、自己効力感を高め、情緒の安定、今ある能力の維持、対人交流・社会性の促進などをはかる。できないことはプライドを傷つけないようさりげなく援助することが望ましい。

また、認知症の人は自分の身体的不調を適切に伝えられず、治療の開始が遅れがちであることに留意し、歯科口腔疾患を見逃さないように、定期的な受診の喚起や予知性を持った治療を行うことが重要である。

## 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



### ＜役割-19＞ キーパーソンとの状況共有と配慮

本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には、早めにキーパーソンと情報を共有する必要がある。

在宅で認知症の人のケアをしている介護家族にとっては、外出先からの電話等の連絡は良い便りとは限らないことも多く、その状況を察した話し方で連絡を取ることが望まれる。

認知症の人の口腔管理に必要な情報を得るとともに、介護者が心情を吐露した際は介護者の話を穏やかに、かつ真摯に聴くことも重要となる。こうした対応が介護者にとっての介護負担や不安を軽減し、認知症の人の在宅ケアを支えることに繋がる。

たとえ介護者が認知症の本人に対して好ましくない対応をしている場合でも、否定することなく介護の労をねぎらい、また、歯科医療機関も含めて社会資源を上手に活用することが介護負担の軽減につながり、ひいては本人のためにもなることを伝える。

歯科受診に関しては、通院負担が高度であれば通院回数の少ない治療方針に切り替える、適宜計画変更するなどの提案をしたり、訪問診療を提案するなど、介護家族の負担が少ない方法を検討する。

### ＜役割-20＞ 歯科医療機関で起こる BPSD に対する対応

歯科医療機関は認知症の人にとっては BPSD の起こりやすい状況といえ、対応の方法が問題となる。

認知症の人が周りの物ごとへの理解や判断が困難なことで、医療機関では落ち着かず、さらに周囲の物事への判断を鈍らせ、余計に不安感をあおってしまう状況となる。

特に見慣れない物が多い歯科医療機関は、不安や恐怖を感じ易い場所と言え、このような心理状態によって出現した BPSD に対しては、安心して頂くように配慮することがとても重要となる。例えば、

- 歯科医療機関特有の音、言葉の足りない不適切な説明など、不適切な環境や対応方法のチェックと改善
- 内服薬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を本人、家族に行い対応方法を話し合い穏やかに安心して受療できるように検討すること

が重要となる。

## DVD:2

### 診療室にて①

「帰りたいんですけど・・・」

《役割21》

#### 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

## 【DVD：2】 診療室にて①「帰りたいんですけど…」

（PART1 の後に）

皆さんならどのような対応をするか？（フロアの意見を聞く）

（PART2 の後に）

これは一つの例でだが、歯科医療機関では当たり前の行いが、認知症の人にとって不適切な対応となっていることが少なくない。

例えば、

- 診療台に座っているだけでも、これから起こることがイメージできていない山田さんは非常に不安になっている。
- 歯科医師の登場の仕方が急すぎるのがまず問題となる。認知症の人には、驚かせないように、正面から顔を見せてから話しかけると良い。
- 歯科医師の最初の説明が不適切である。「前回と一緒に」「前回の続き」など、記憶が不確実な認知症の人にとっては非常に分かりづらく、説明されていないという不信感も生じさせる。
- 歯科医師は、山田さんが認知症だった、と気づいてから、義歯を見せて説明をした。視覚的な情報があつたほうが分かりやすいので、本来であれば、作業する前に見せる必要があつた。
- 歯科医療機関特有の切削音は、注意をそぐ環境刺激になっており、せめて「大きな音が出ますよ」など予告するとよい。

### ＜役割-21＞ 歯科治療を行う上で必要な視点

認知症の人に歯科治療を行う上での必要な視点は

- 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
- であり、以上を把握して歯科治療を行う必要がある。

すべては認知症に対する理解を十分にしておいて配慮することで対応可能であるということである。

## 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

### ＜役割-22＞ 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ことが困難なため、不穏や混乱を起こし、帰宅願望などを強く訴えることが多く見受けられる。そこで、環境整備という点から考えると、「変なところに来てしまったな」という不安は、出来る限り軽減する配慮が必要となる。

- 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

等の対策、

また、「これから何をされるんだろう」という治療行為への不安には

- 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

などの配慮が必要となる。

### ＜役割-23＞ 治療内容の理解を助ける説明

説明の仕方でも、配慮が必要となる。実際に理解力が徐々に低下していく認知症の人に対し、低下した認知機能に見合った情報提供の方法、話の仕方、説明にかかる時間を考える必要がある。

具体的には

- 認知症の人の理解のために、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、文字だけでなく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

何度も同じことを聞かれても、初めて聞かれたかのように説明する、安心できるように説明することが重要である。

## 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（表情が陰しくなるなど）
- 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

### ＜役割-24＞ 歯科治療中の不安を予測した治療上の配慮

歯科治療において、患者には緊張感を強いる治療が多く、認知症の人には、治療中の不安を予測した配慮が求められる。認知症の人は、治療内容を言葉で説明されてもイメージできないことが多く、治療のイメージが持てないために、一般的な歯科治療でも“予測しない状況”が起こったと感じてしまい、即座に対応できないことが多くなる。

そこで、「忍耐が必要とされる歯科治療の際」には

- 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

ことが必要となり、

また、「協力が必要な治療行為の際」には

- 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、予め検討してから治療を始める

ことが重要である。

### ＜役割-25＞ 治療中の観察とストレスの軽減を図る対応

継続的に治療を行うためには、治療中の観察やストレスの軽減をはかることが必要となる。

認知症の人は認知機能障害により、的確な表現で自らの症状を訴えることが難しくなるので、一見、訴えが少なかったり、表現がまとまらず多様であったりしても、何が起きているのかを周囲が観察から判断する必要がある。

具体的には

- 呼吸、血圧、むせ などの身体的な観察
- 拒否的な発言 など声かけを行ったときの反応
- 表情が陰しくなる など経時的な表情や訴えの変化
- 手や足の動き、落ち着きのなさや興奮などの観察

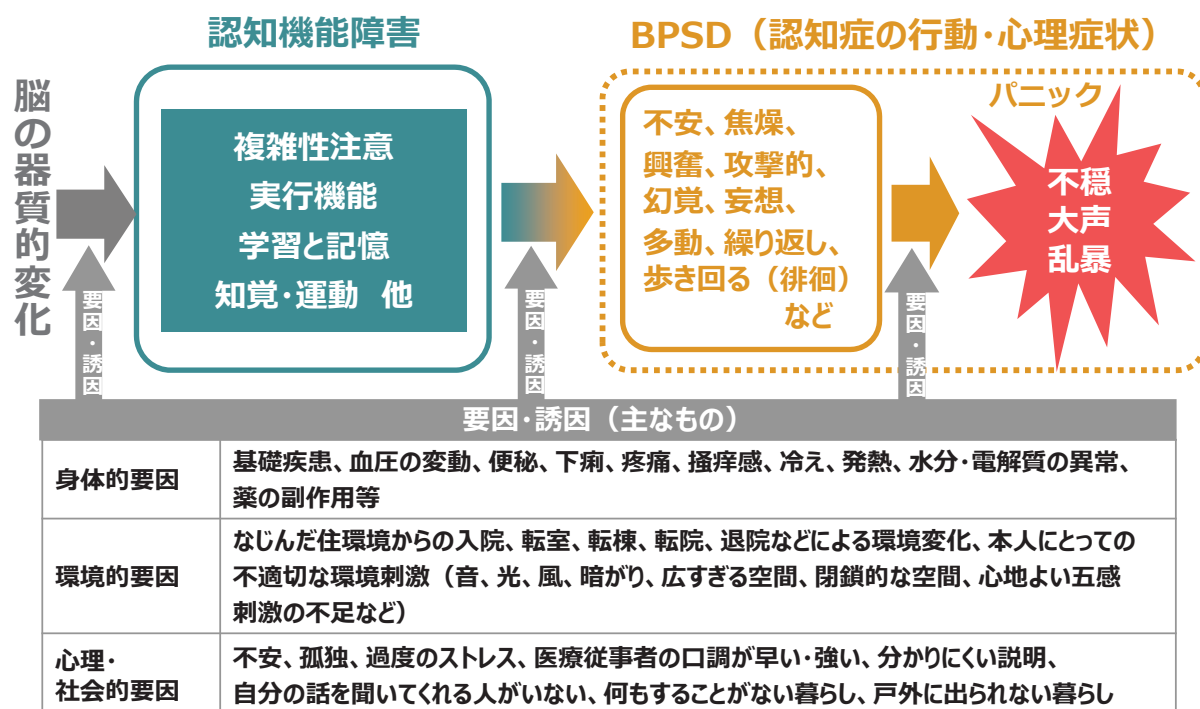
などを観察し、必要に応じて中断するなどの対応をする。

スタッフが適宜やさしく声かけすることで、認知症の人の不安やストレスの軽減に効果もある。

## 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)



出典：永田久美子「11 認知症高齢者の理解とケアの変遷」

正木治恵 監修「改訂版老年看護学」日本放送出版協会 P196.2011



### ＜役割-26＞ 歯科治療計画を立案する上での視点

治療を受けること自体に不安があり、負担のある認知症の人には、治療計画立案の時点からの配慮が必要になる。

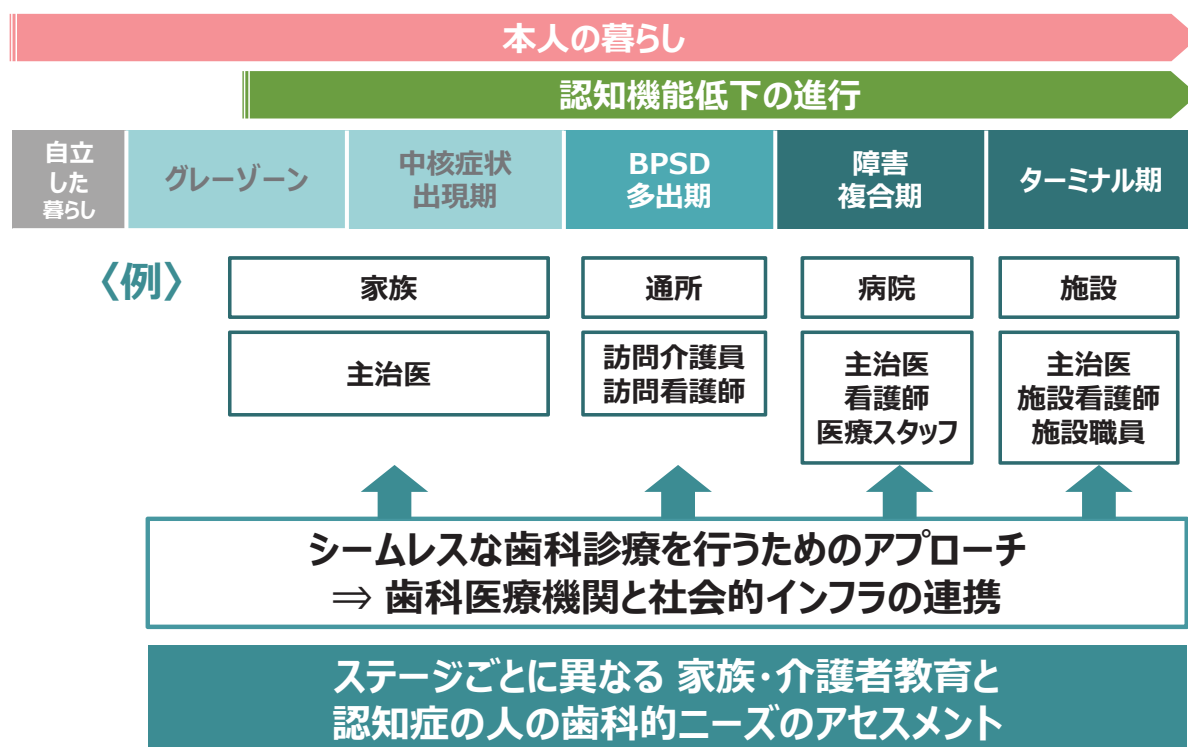
認知症ケアの基本でもあるが、

- ① 認知症の人の尊厳をまもり、その人らしく存在していただけることを支えること、
  - ② 認知症の人を判断できない人とせず、自己決定を尊重すること、
  - ③ 歯科治療方針や予定される診療費用の相談は、可及的に家族も交えて行うようにすること、
  - ④ 心身の状態に加え、社会的な状態などを全体的に捉えてケアを提供すること、
  - ⑤ ケア環境の一要素でもある家族やケアスタッフの心身の状態にも配慮し、良好なものとする、
- 認知症の進行によって、さまざまな生活機能が変化することを踏まえて、まずは、
- ⑥ 生活歴を知り治療方針に生かすとともに、生活の継続性を保つような治療方針とすること、
  - ⑦ 最期の時までを視野において治療計画を立てること、
- が望まれる。

### ＜役割-27＞ 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）

歯科治療自体がBPSDを引き起こす要因・誘因になりえることを理解したうえで、治療計画を立てることが重要となる。

## 継続的な口腔管理の必要性和治療計画の立案



## 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、治療にかか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

## ＜役割-28＞ 継続的な口腔管理の必要性和治療計画の立案

認知症は進行する病気であるため、継続的な口腔管理が必要となる。

その進行過程において、かかわる人々や職種も変わり、また認知症の人自身の社会的状況も変化していく。様々なステージが移り変わる中で、シームレスな歯科診療を行うためのアプローチの基礎として、歯科医療機関と社会的インフラの連携が重要となる。

認知症の人をとりまく専門職などの協力なくしては、認知症の人の生活も、口腔管理も成しえないことを理解した上で、

- 社会的インフラに適合した状況判断や治療計画立案や説明、指導、
- 認知症の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

が重要です。

## ＜役割-29＞ 治療計画とケアの計画の立案のしかた

治療計画やケア計画を立案する際の要点として、認知症の進行とともに症状が変化することを理解し、適宜アセスメントを繰り返し行う必要がある。

時期によっては計画の途中で計画変更を余儀なくされるケースもあることも念頭に置いた上で、以下のようなアセスメントを行って計画立案を行う。

- 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

等の情報を通じて、患者の病状(保存治療に耐えられるか?)と 家族の予備力(何か月通えるか? 意思が揺らぐ可能性はあるか)をアセスメントし、治療にかかる時間と回数の配慮を含めて、治療内容を判断することが重要となる。

患者の多様な希望を可及的に満たし、かつ限られた状況のなかで、実現可能で最大限の効果が得られる治療計画を探ることが求められる。

## 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

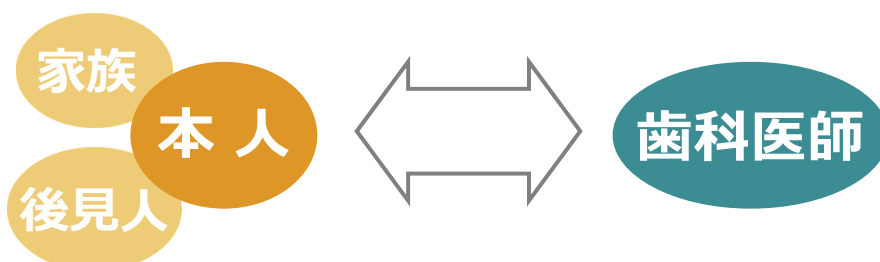
認知症 軽度 : 十分な配慮により治療は可能だが、いずれ治療困難になることを踏まえて予知的な治療を行う

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、心理的負担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



### ＜役割-30＞ 認知症の人への歯科診療のストラテジー

認知症の人への歯科治療の方針の主眼は、「認知症の人と歯科治療のつながりを継続させる」こととなる。

- 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ことが必要となり、
- 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を適切に行い、説明を行うこと、また、計画は
- 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であることを心得ること、が必要となる。

認知症の容態に応じた対応を継続することが求められるのである。

### ＜役割-31＞ 歯科治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

歯科においても、一般的には患者本人とインフォームドコンセントを行うのが通常であるが、認知症の人に関するインフォームドコンセントは、その人を取りまく家族やキーパーソンとのインフォームドコンセントになる。

その際には、

- 家族以外の後見人との治療費に関する相談が必要になるケースもあることから、社会的インフラを理解すること
- 本人の明確な意思表示や判断能力があるかどうかに配慮し、必要に応じ本人に加え家族に対し診断と治療計画の説明をすること
- 関係者の間で十分なコンセンサスを得て、状況を家族と共有するためにも、また、治療計画に関するトラブルを避けるためにも、説明内容は書面に残す習慣
- 本人の自己決定を尊重しつつ、家族や後見人などの社会的状況を加味した計画を立てること

が重要となる。

もっとも、全ての認知症の人、全ての状況に当てはまるものではなく、例えば、本人が告知に耐えられない精神状態である場合などは、告知を控えるということもある。

# DVD:3

## 診療室にて②

### 「バカにしないで・・・」

《役割32》

#### 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)

**【DVD：3】 診療室にて②「バカにしないで…」**

（PART1 の後に）

これらの対応の何が山田さんを怒らせてしまったのか。

振り返ってみると、いくつかの候補が考えられる。（フロアと討論）

（PART2 の後に）

この他、診療室の温度や部屋のつくりなど、人的対応以外の誘因も考えられる。

スタッフを含めて、一つの歯科医療機関であり、一丸となった対応が必要となる。

**<役割-32> 歯科診療において注意すべき気づきのポイント（再掲）**

スライドに挙げた以外にも、歯科衛生士や受付職員などが気づいているポイントもあると思われる。スタッフミーティングなどで情報共有を行うことも重要である。

## 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

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



### ＜役割-33＞ 観察ポイントのバックグラウンド

診察室内外での認知症の症状や特徴の観察（アセスメント）の背景として、記憶障害、見当識障害、判断・実行機能障害などの観点（スライドに挙げた詳細項目）から、気づき・注意を払うことが必要となる。

### ＜役割-34＞ 歯科外来でフォローするときの視点

心理面の配慮（患者にやさしく）、変化への対応（患者をよくみる）、日常への心得（患者のかかりつけ医や利用サービスなどにも注意を払う）等の視点で、外来フォローを行う。

## 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

### ＜役割-35＞ 管理者の役割の重要性

歯科診療における認知症の人への対応は、歯科医療機関として取り組み、歯科医療機関の最高責任者としての管理者の意識・取り組みが重要である。全ての責任は管理者にあり、他者への責任転嫁はできない自覚が必要となる。

また、認知症の人への対応力向上の意識・取り組みは、高齢者医療への対応力を高めることにもつながるといえる。

### ＜役割-36＞ 歯科医療機関の管理者の役割

歯科医療機関の管理者（責任者）として、必要な歯科治療や歯科での照会などが確実にできることが求められる。

また、認知症の人を支援する拠点として、かかりつけ医や地域包括支援センター等との関係構築、また、歯科医師・スタッフ両者のスキルアップの取り組みと情報共有の意識によって、対応力強化が重要である。

さらに、認知症の人の多くは身体機能の低下も起こっている点を踏まえて、高齢者や認知症の人の安全に配慮した院内の設備（バリアフリー他）を整えることも必要である。

## 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

### ＜役割-37＞ 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、スタッフの意識、院外の連携体制、専門職への相談体制などの、歯科医療機関の現状を評価し、具体的な治療を中心として、必要な歯科診療を行える環境を整えることが必要となる。

それらの環境・体制の維持・継続のため、定期的に全職員を対象とした研修を行うこと、認知症に関してリスクマネジメントを行うことも重要となる。

### ＜役割-38＞ 対応のポイント（マニュアル）

一つ一つは普段の日常臨床でも注意していることですが、認知症の人への対応にあたって、「話す」「聞く」「行動」「観察」等の日常の細部の言動について、歯科医療機関全体で改めて見つめ直し、相互確認することが重要となる。

## 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

### ＜役割-39＞ かかりつけ歯科医の役割編まとめ

基本的な認知症の人の特徴や行動（その要因）の理解を深めることはもちろん重要であるが、認知症の人への対応を難しく考えすぎず、高齢者医療への対応力を高めることが基本である。

長年培ってきたかかりつけ歯科医・歯科医療機関としての、情報と信頼関係をベースに、認知症の人の受け入れのための人的・物的な環境整備、院内外との積極的な連携体制の強化が、今日的に求められるかかりつけ歯科医の役割といえる。

# 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

《連・制1》

## 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



## 連携・制度 編

最後に、この編では、認知症の人・家族を支える地域の仕組みやそれらに関する制度・施策について確認する。

一 歯科医療機関としての役割に加えて、地域包括ケアシステムを支える拠点の一つとしての役割、また、介護保険制度や認知症施策によるさまざまな支援の仕組みを理解することを目的とする。

### ＜連・制-1＞ かかりつけ歯科医にとっての「多職種連携」の意味

かかりつけ歯科医にとって多職種との連携を図ることの第一の意味は、歯科医療機関以外での生活上の状況に関する情報を得られることにある。認知症の人への継続的な歯科診療にとって、生活状況に関する情報が重要となるからである。

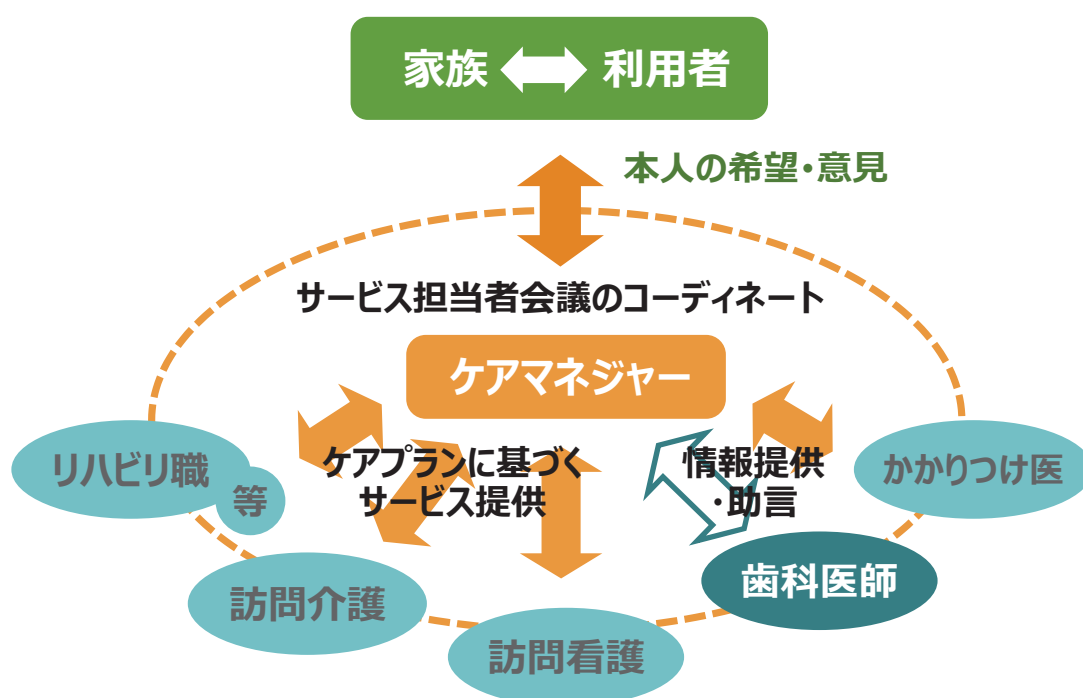
特に増加が指摘されている独居世帯では、多職種との連携は重要な助けとなる。

歯科治療の一部でもある口腔管理（セルフケア）の確認はもちろん、歯科医師による生活上の課題の把握は、歯科治療に対する本人・家族の満足度にも直結するといえる。

## 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



### ＜連・制-2＞ サービス担当者会議でのかかりつけ歯科医の役割

通常の歯科診療の中で、サービス担当者会議に出席することは困難なことが多いと思われる。しかし、情報提供側であるばかりではなく、認知症の人の日常生活等の情報を持つケアマネジャー等との連携、つまり、他の職種からの情報を受け取る機会として、積極的な協力が求められている。

かかりつけ歯科医に対しては、身体ケア等の介護サービス提供や日常生活支援に影響する、口腔機能の状況、歯科疾患・治療の経過、留意点などの情報提供が期待されている。

### ＜連・制-3＞ ケアマネジャーとの連携

ケアマネジャーは、利用者に関わるケアチームをコーディネートし、適切な生活支援をマネジメントする。

- ① 利用者の情報はケアマネジャーに集約し、アセスメントが行われた上でケアプランに活かされる。
- ② 病気や障害を抱える利用者の生活支援は、命を守るという最優先のニーズがある。疾病・障害・身体状況の把握は、常にかかりつけ医や歯科医師等との連携が必要となる。
- ③ サービス担当者会議は、利用者にかかるケアチームの共通理解・共通認識の場として重要である。更新時やケアプラン変更時には、必ず開催しなければならない。

ケアマネジャーとの連携によって(を介して)、他職種や家族との連携も図ることができる。

## 社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士等との連携

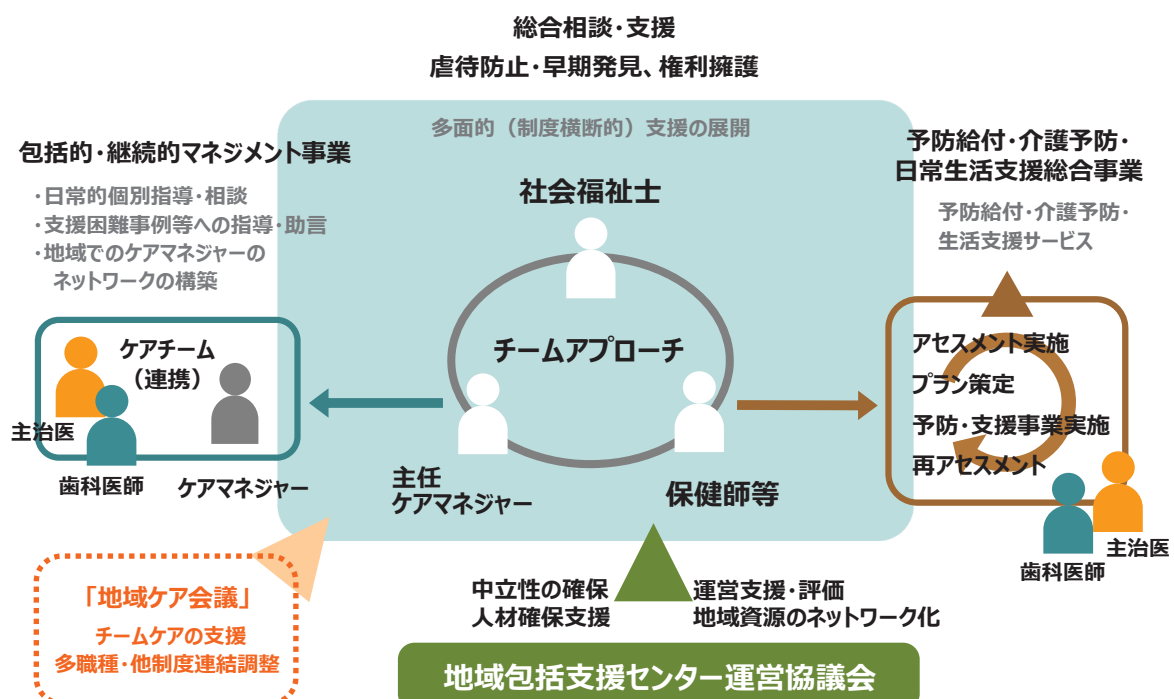
### 社会福祉士・精神保健福祉士

- 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



**＜連・制-4＞ 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・精神保健福祉士は、地域住民が住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続することができるように、介護保険サービスのみならず、その他のフォーマルやインフォーマルな多様な社会資源を本人が活用できるように、包括的および継続的に支援を行う。具体的には①権利擁護・自己決定の援助・権利侵害（虐待、消費者被害）への対応・成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用、②受診援助・主治医への情報提供、③家族援助・キーパーソンの確立・BPSD への対応、④地域の見守り体制の構築・認知症サポーター養成講座の開催・徘徊高齢者検索ネットワークの構築・買い物セーフティネットの構築、⑤社会参加の支援、などである

介護福祉士とは、身体上や精神上的の障害で日常生活に支障がある人について心身の状況に応じた介護を提供し、介護者に対して必要に応じて介護に関する助言や指導を行うための専門的な知識や経験を有する職種である。介護の現場では福祉施設の介護職、在宅のホームヘルパー、地域包括支援センターの職員などを務める。介護による直接的な生活のサポートのみでなく、認知症の人の生の声を、かかりつけ医、歯科医師、地域包括支援センター、ケアマネジャー等に伝えることが期待される。

**＜連・制-5＞ 地域包括支援センター**

地域包括支援センターの業務（機能）は、以下の3つが柱となっている。

○地域支援事業による介護予防ケアマネジメント

（二次予防事業の対象者及び要支援者アセスメントやケアプランづくり等）

○地域における多職種によるネットワークの形成等

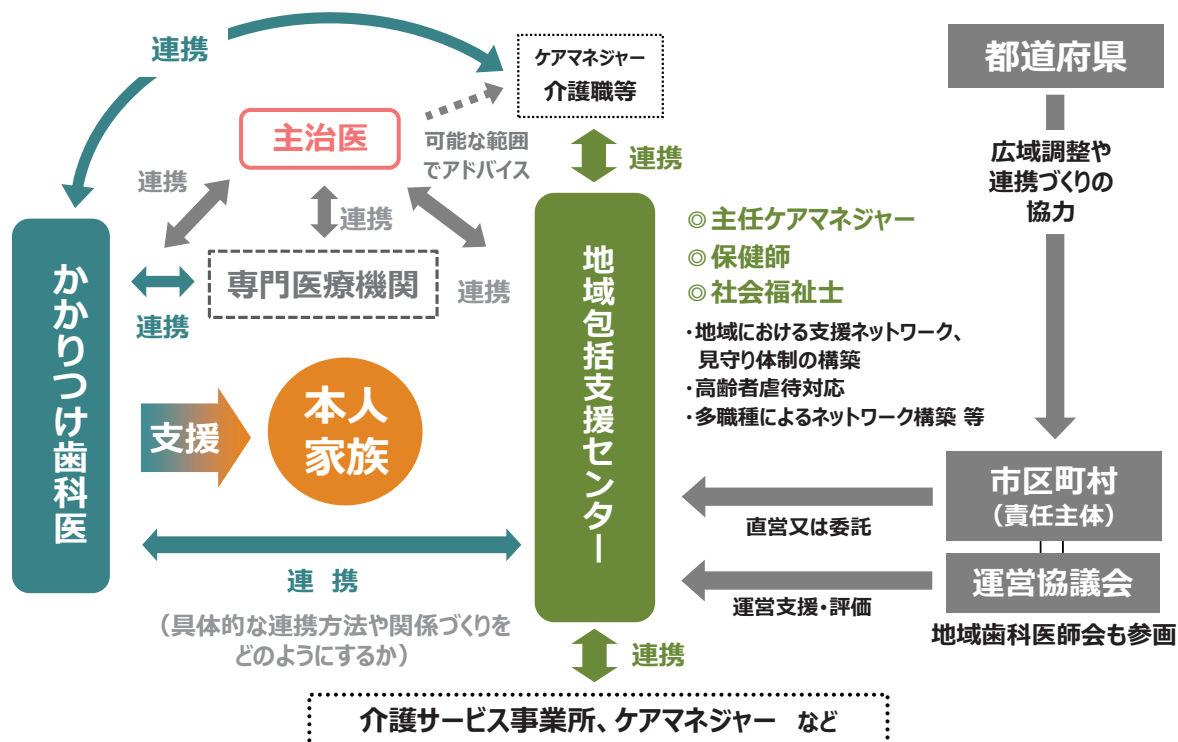
（個別相談や困難事例等対応、ケアマネジャーのネットワーク構築等）

○総合相談、虐待対応等の権利擁護

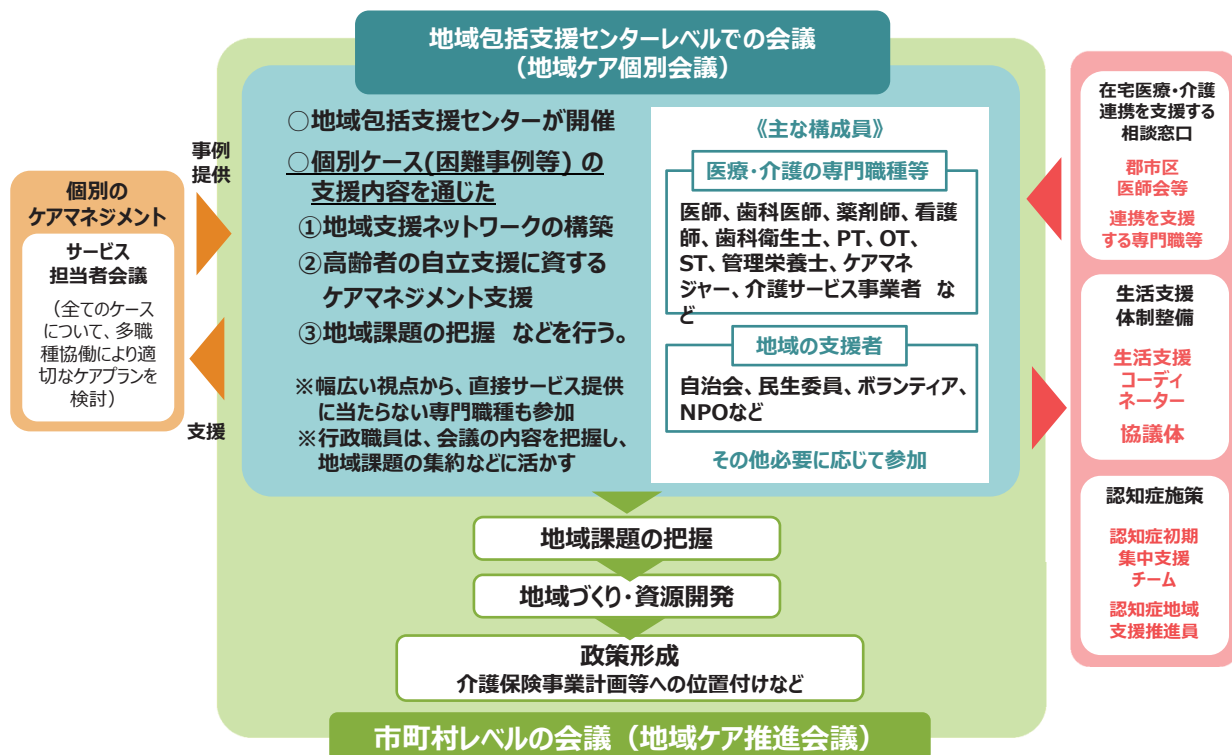
このような機能を果たすため、地域包括支援センターには保健師等・主任ケアマネジャー・社会福祉士の3職種が配置され、これら専門職が、かかりつけ医やかかりつけ歯科医をはじめとする、認知症高齢者を支える様々な職種、また、地域の社会資源とネットワークを構築することで、高齢者や家族のニーズに応じた適切なサービスを提供することが期待されている。

認知症の人や家族の生活をサポートするため、地域包括支援センターの所在（連絡先等）、担当者、基本的な機能を把握し、その機能を通じて必要な資源につなげるなど、十分に活用していくことが求められる。

## 地域包括支援センターとの連携



## 地域ケア会議



### ＜連・制-6＞ 地域包括支援センターとの連携

高齢者が住み慣れた地域で、安心してその人らしく暮らし続けるためには、介護や医療を含む様々な生活支援サービスが、高齢者のニーズや状態の変化に応じて、切れ目なく提供される必要がある。

地域包括支援センターは、こうした要請に応える地域の総合機関として設置された。認知症高齢者の早期発見・早期支援のためには、かかりつけ医をはじめとする、地域の社会資源（歯科医療機関、保険薬局等）の日常における気づきをきっかけとして、早期診断のための専門医療機関受診や地域包括支援センターの相談・支援機能につながる方向、逆に地域包括支援センターが担う総合相談や地域支援ネットワークの方から、地域の医療資源に助言や医療支援を求める方向の双方向の連携が機能することが期待される。

地域歯科医師会は「運営協議会」（スライド右下）に参画し、市区町村と連携を通じて、地域連携の仕組みを支えている。

### ＜連・制-7＞ 地域ケア会議

地域ケア会議には、地域の仕組み作り（政策形成）にかかる市町村レベルの会議（地域ケア推進会議）と、個別のケア方針等にかかる地域包括支援センターレベルでの会議（地域ケア個別会議）がある。

認知症の人を支えるにあたっては、介護、医療、生活支援、家族関係など多面的なアプローチを要する場合が少なくなく、サービス担当者会議では課題解決が困難な例もある。地域ケア個別会議では、直接的な関係者のみならず、市町村、民生委員、地域医師会を含む在宅医療拠点、自治会・社協（社会福祉協議会）など、様々な社会資源の視点で、①アセスメント内容の共有、②多角的な課題分析とケア方針の検討、③モニタリング結果と評価の共有を行うことで、認知症の人と家族の生活を、より具体的かつ継続的に支援していくことが可能となる。

市町村レベルでの会議（推進会議）には地区の歯科医師会の歯科医が参加していることが多い。地域包括支援センターレベルでの会議（個別会議）にも地域で地域包括ケアの中核となる歯科医師が参加することが望ましい。また、サービス担当者会議の情報は担当する歯科医師は知るべきである。

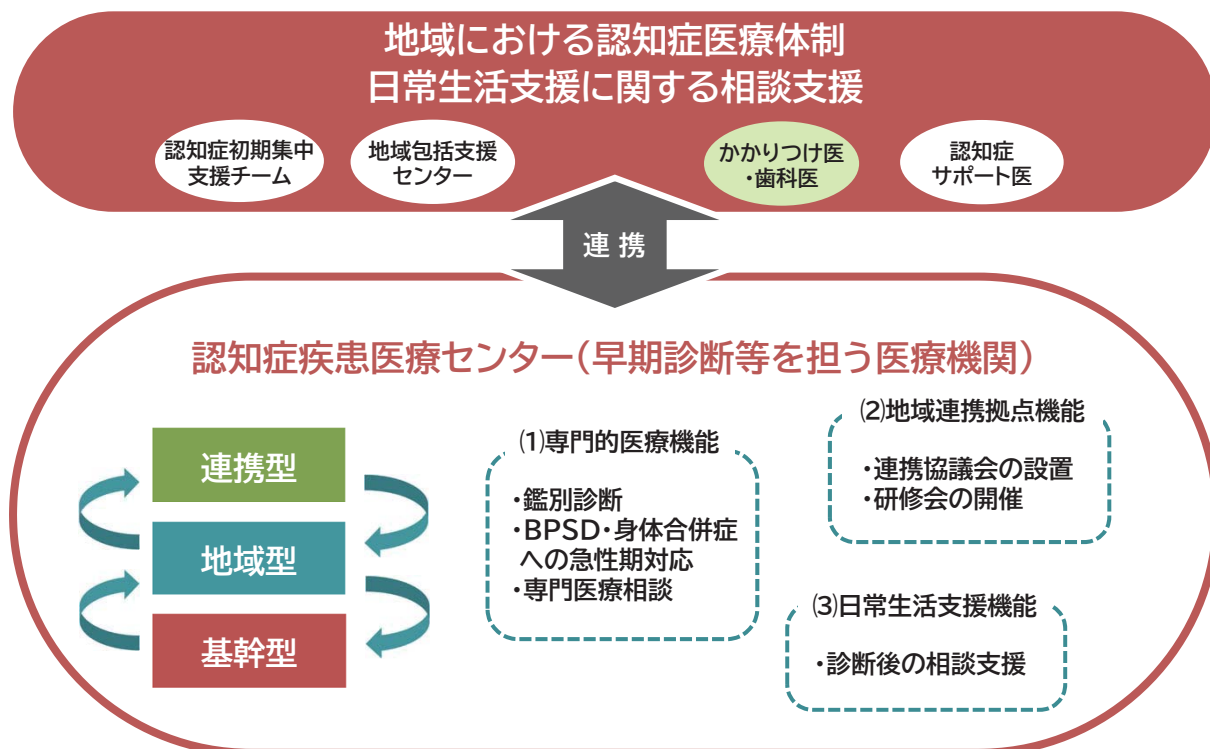
## 認知症サポート医



### 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





### ＜連・制-8＞ 認知症サポート医

認知症サポート医は、かかりつけ医か専門医に明確に分けられるものではなく、通常の認知症に関する診療の状況によって、それぞれの立場から機能・役割を担うものである。

具体的には、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などが挙げられる。

また、最近では、認知症初期集中支援チームへの参画など、地域の施策・仕組みにおいて重要な役割を担うなど、地域における「連携の推進役」が期待されている。

### ＜連・制-9＞ 認知症疾患医療センター

認知症疾患医療センターは、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、行動・心理症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談といった専門的医療機能と地域において認知症疾患医療連携協議会の設置・運営や情報発信、地域保健医療・介護関係者への研修といった地域連携拠点機能を果たすことが求められている。平成 31 年度から診断後の認知症の人や家族に対する相談支援機能を強化したり、当事者によるピア活動や交流会を開催するなどの日常生活支援機能に関する取り組みを必要に応じて行うことも示された。

認知症疾患医療センターは設置する医療機関の特性、人員配置、検査体制、急性期治療への対応体制等に応じて、基幹型、地域型、連携型に分類される。

認知症疾患医療センターは 2020 年度末までに全国 500 か所の設置、二次医療圏域に少なくとも 1 センター以上の設置が目標とされているが、平成 31 年 1 月時点での設置数は 440 か所であった。

## 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

日本老年医学会ニュースレター  
第1回 認知症の医療と介護 総合的機能評価の観点から より抜粋

## 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

### ＜連・制-10＞ 認知症の人の医療とケアの目標

認知症者の医療の目標とは何か。むろん鑑別診断および抗認知症薬を中心とした認知機能障害や BPSD の治療に関しては言うまでもない。しかし、これらの治療の意味はスライドの 1 番目に示されている生活機能の維持ということになる。抗認知症薬によって進行を遅延させることも生活機能を少しでも長く維持することが目的であり、BPSD の治療もしかりである。

AD を例にとれば、長期的な低下をみるとすべての機能は悪化方向に変化する。このような特徴をもつ疾患に対する治療の目標を考えれば生活を可能な限り維持することであることは明らかであろう。さらに、この生活の維持はケアの目標でもあることである。むろん、立場によって生活を維持するための手段が異なることは無論であるが、医療であってもケアであっても目標が同じであることの認識が最も重要ではないだろうか。

#### 出 典

日本老年医学会ニュースレター 認知症の医療と介護 総合的機能評価の観点から より抜粋

### ＜連・制-11＞ 認知症高齢者ケアの基本

記憶障害をはじめとする認知障害が相当進行した段階でも、感情的な機能は保たれる一方、環境の変化に適応することが困難であるなどの認知症高齢者の特徴を踏まえると、日常の暮らしの場面では、「生活そのものをケアとして組み立てる」ことを指向するケアが望まれる。

具体的な支援のあり方としては、①環境の変化をできるだけ避けて、それまでの暮らしが継続されるよう配慮すること、②あらかじめ提供者側が作成した日課に沿った管理的な関わりではなく、高齢者一人ひとりのペースに合わせたゆったり型の援助スタイルにあらため、安心感の醸成を心がけること、③その時点で一人ひとりが持っている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すること、などが望まれる。

#### 出 典

高齢者介護研究会：「2015 年の高齢者介護 報告書」

## 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

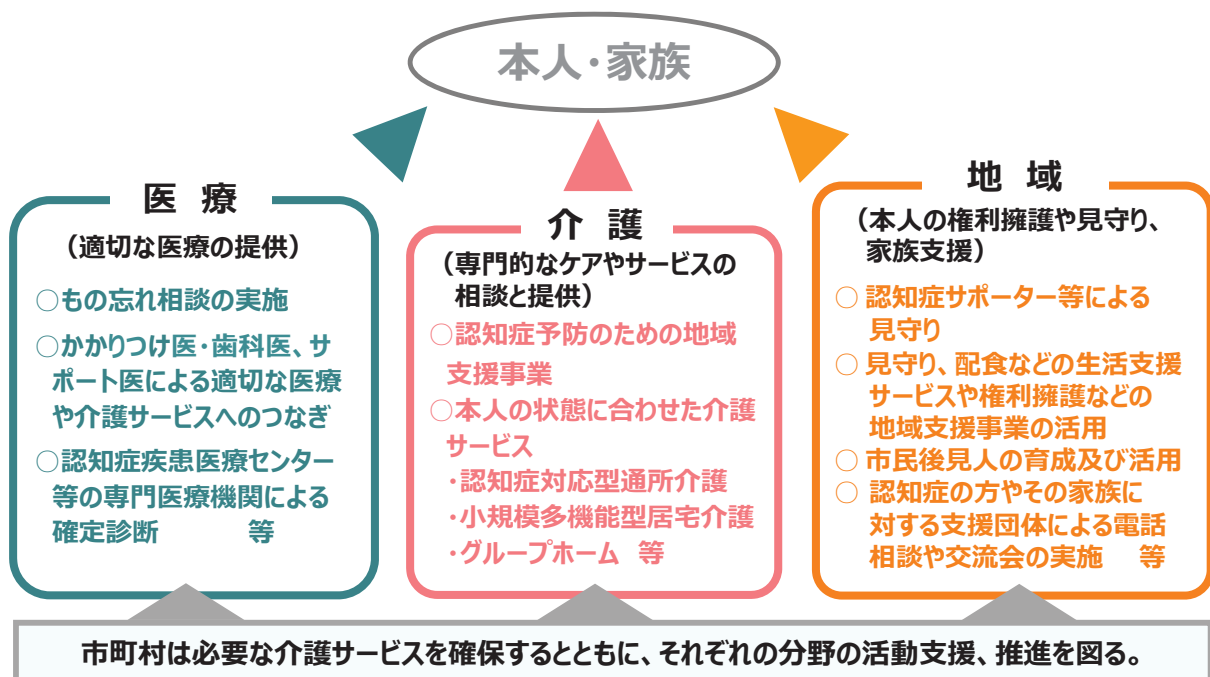
- ・グループホーム
- ・小規模・多機能ケア
- ・施設機能の地域展開
- ・ユニットケアの普及
- ☆事業者・従事者の専門性・資質の確保向上

終末期を視野に入れた  
生活に配慮した医療サービス

高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003より一部改変

## 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



### ＜連・制-12＞ 認知症高齢者ケアの基本

そうしたケアを実践するための具体的な条件としては、①できるだけ自宅の規模を大きく逸脱しない小規模な居住空間に、②家庭的な雰囲気・設えを工夫して、③少人数の高齢者をいつも同じ顔ぶれの少人数のスタッフが顔の見える関係(いわゆる「なじみの関係」)で支えるケアの形を整える、とともに、④可能であれば、住み慣れた地域で必要な援助を受けながら暮らし続けられるよう、日常の生活圏域を基本としたサービス体系を構築することが望まれる。

これらの条件を兼ね備えたサービスとして、①グループホーム、②小規模多機能型ケアといった新たな小規模ケアサービスの他、③大きな施設の機能を積極的に地域に展開する取組や、④施設そのもののあり方を問い直す試みとして、ユニットケアの普及に向けた施策等を展開していくこととされている。

#### 出 典

高齢者介護研究会：「2015 年の高齢者介護 報告書」

### ＜連・制-13＞ 認知症の人の支援体制

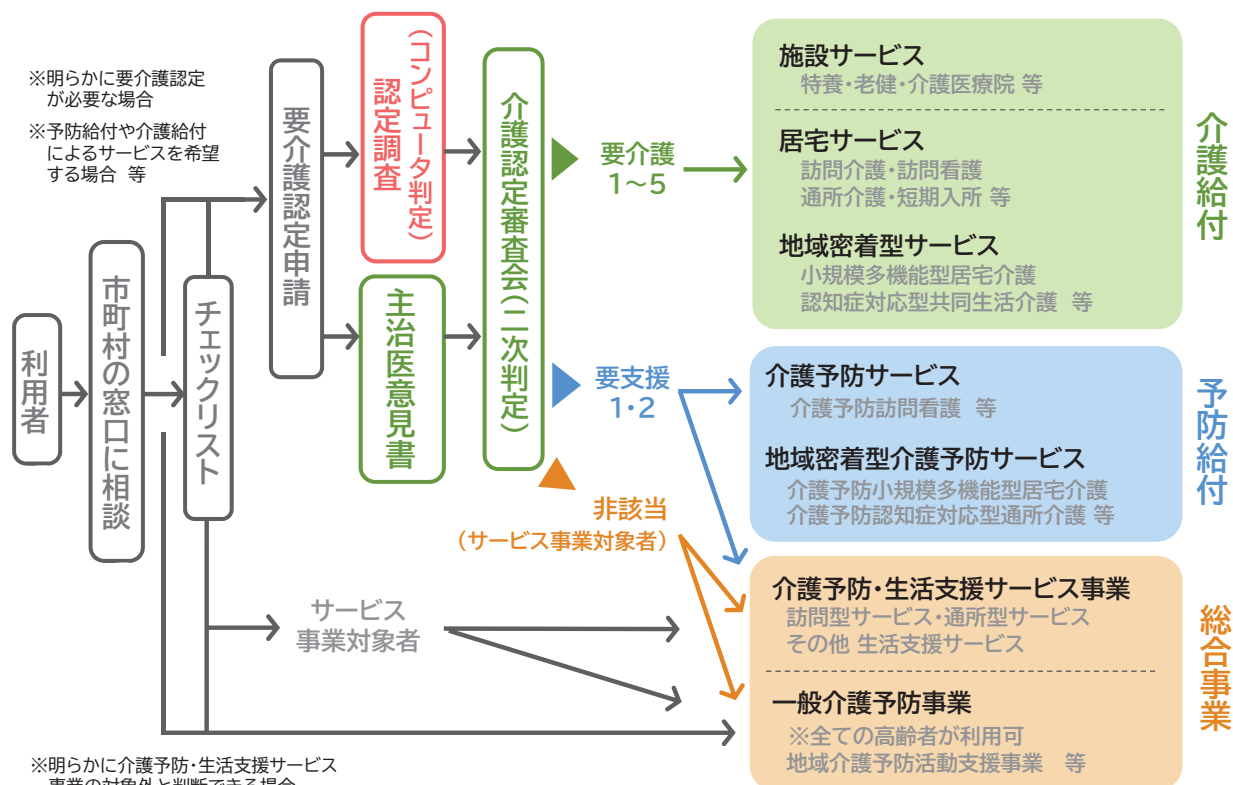
各市町村において、認知症の方やその家族の暮らしを支えるサービスは、医療・介護・地域のステージごとに、地域の実情を踏まえつつ、多方面にわたって展開されている。しかしながら、認知症の方のその時々々の状態やニーズに適切に対応していくためには、各サービスが有機的に連携し、効果的な支援を行っていく必要がある。

地域連携の発信者として位置付けられるかかりつけ医や歯科医師には、認知症の方やその家族への適切な助言やつなぎを行うため、自らが住んでいる地域の認知症の支援体制の把握や理解をすることが求められる。

## 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



### ＜連・制-14＞ 地域の相談窓口

認知症の相談窓口は、医療関係、保健関係、福祉関係、介護経験者等に分けられる。

医療関係では、総合病院等の神経内科や老年科等が開設する窓口の他、もの忘れ外来でも診断や治療と並行して相談に応じている。保健関係では、地域の保健所、保健センターや精神保健福祉センター等があり、保健師等の専門スタッフが相談に応じ、関係機関とも連携する体制がある。福祉関係では、市区町村の身近な生活圏域ごとに設置される地域包括支援センターを核とした地域の支援体制強化に期待が寄せられている。また、若年性認知症については、国の事業において若年性認知症専用のコールセンターが全国で1箇所、また、相談窓口が全国18箇所に設置されている。

介護経験者等の団体としては「公益社団法人 認知症の人と家族の会」が代表例である。ほとんどの都道府県に支部があり、相談事業、認知症の本人交流会の支援等の活動が行われている。（家族の会：0120－294－456 [月～金：10～15時]）

また、最近では、若年性認知症の人を中心に、本人同士が“仲間に会いたい、思いを共有したい”との主旨からブログを立ち上げ交流を行うなど、相互支援の動きも始まっている。

### ＜連・制-15＞ 介護サービスの利用の手続き

介護保険制度は、大きく、①認定申請、②要介護認定、③介護給付・予防給付・総合事業という流れ（スライドの左から右へ）で利用することになる。

介護サービス利用の手続きは利用者が市町村の窓口に相談することから始まる。介護認定は認定調査員による調査の結果と主治医意見書の内容に基づき、介護認定審査会において判定される。

## 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



### ＜連・制-16＞ 介護給付（介護保険サービス）

介護保険サービスは、サービスの利用形態により、主に在宅でサービスを組み合わせて利用する「居宅サービス」「地域密着型サービス」、介護施設に入所・入院する「施設サービス」に大別される。地域密着型サービスは、平成 18 年制度改正で導入されたもので、市区町村保険者が地域事情に応じた整備や基準設定が可能となっている。平成 24 年度から「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「看護小規模多機能型居宅介護」が加えられた（連・制-20、21 参照）。

居宅サービス、地域密着型サービスには要支援者を対象とする「介護予防サービス」がある（施設サービスは対象外）。

平成 30 年度から「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の「長期療養」機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設として「介護医療院」が創設された。平成 29 年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養型医療施設については、その経過措置期間を6年間延長することとなった。

### ＜連・制-17＞ 予防給付と地域支援事業

要支援1・2の者又は基本チェックリストの基準に該当した介護予防・生活支援サービス事業対象者は、市町村が実施する新しい介護予防・日常生活支援総合事業の訪問型サービスや通所型サービス等を利用することになる。

地域支援事業には、個別のサービス提供にかかる事業の他、包括的支援事業や任意事業があり、地域の高齢者支援の仕組み（認知症初期集中支援チーム、地域ケア会議等）が推進されている。

## 地域密着型サービス

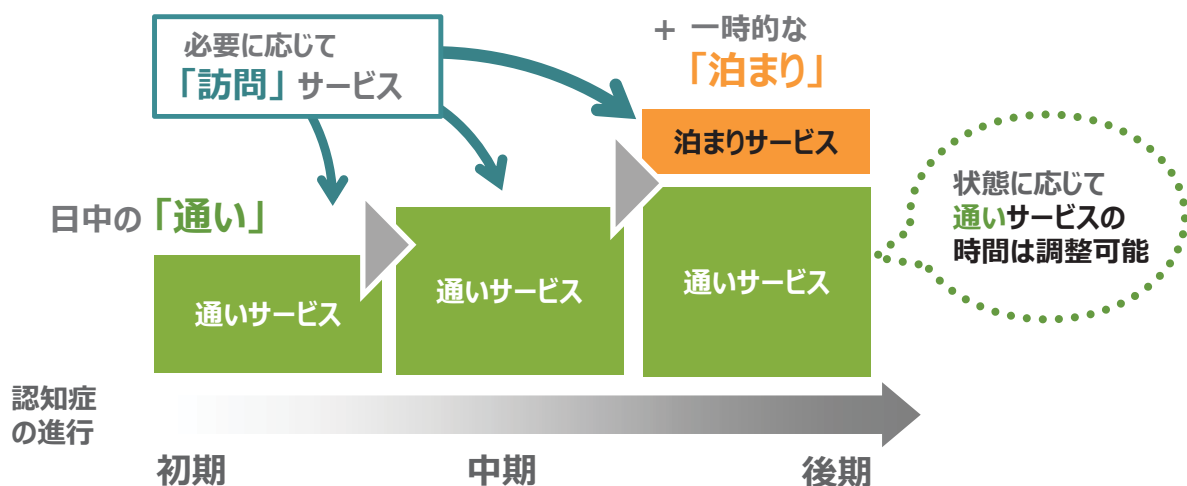
1. 市区町村長が事業者の指定・指導監督
2. 原則、市区町村の被保険者が利用可能
3. 住民に身近な生活圏域単位で整備
4. 地域ごとの指定基準、介護報酬設定が可能

- ▶▶ 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、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



### ＜連・制-18＞ 地域密着型サービス

地域密着型サービスには、定期巡回・随時対応型訪問介護看護(平成 24 年 4 月～)、夜間対応型訪問介護、小規模事業所による通所介護(地域密着型通所介護、平成 28 年 4 月～)、認知症専用のデイサービス(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(旧複合型サービス、小規模多機能型居宅介護＋訪問看護、平成 24 年 4 月～)、グループホーム(認知症対応型生活介護)、入居定員 29 名以下の介護専用型特定施設(地域密着型特定施設入居者生活介護)、同じく定員 29 名以下の小規模な特養(地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護)の計 9 種類のサービスがある。

### ＜連・制-19＞ 小規模多機能型居宅介護

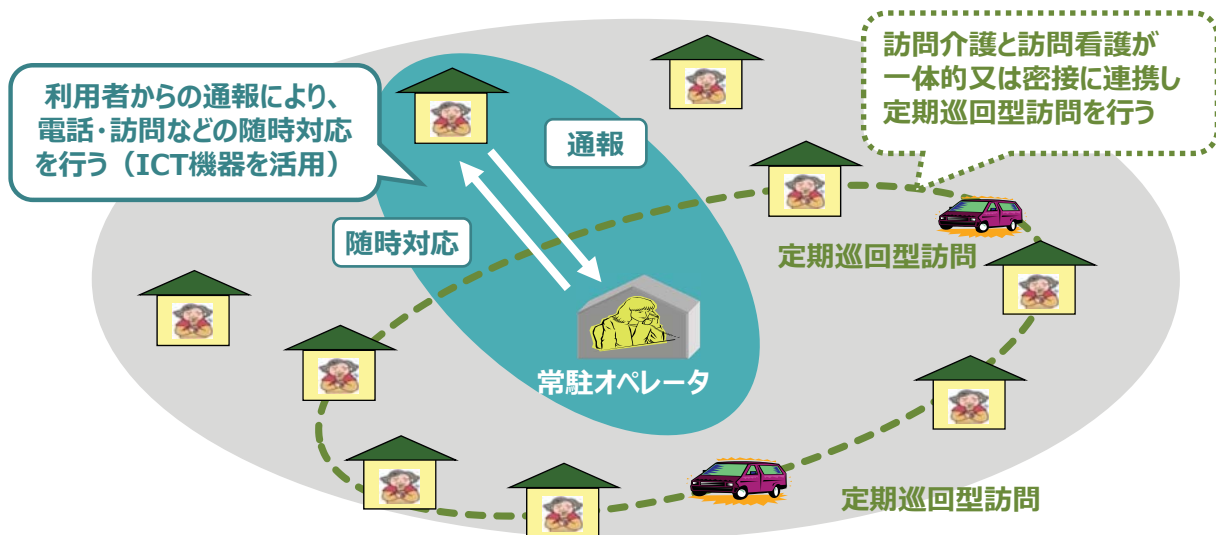
小規模多機能型居宅介護は、地域密着型サービスの一つとして平成 18 年度制度改正で導入されたサービスである。

高齢者本人の自宅での生活の継続を支えることに軸足を置きながら、気軽に通える身近な場所で、必要なサービスを継続的に提供する仕組みである。高齢者本人の要介護度が軽いうちは、週に数回の「通い」から始まり、家族が必要とする時などには時間を延長して対応する、本人の状態が重度化するのに伴って、週に数回の「泊まり」を受け入れる、という利用イメージである。

その際、高齢者本人の状態の変化に応じて他の施設に移されるのではなく、通い慣れた場所でなじみの仲間と過ごし、なじみのスタッフが介護に当たることから、環境の変化に適応することが難しい認知症の高齢者にとって、リロケーションに伴うダメージを回避して、混乱を最小限にとどめることができることが大きな利点である。

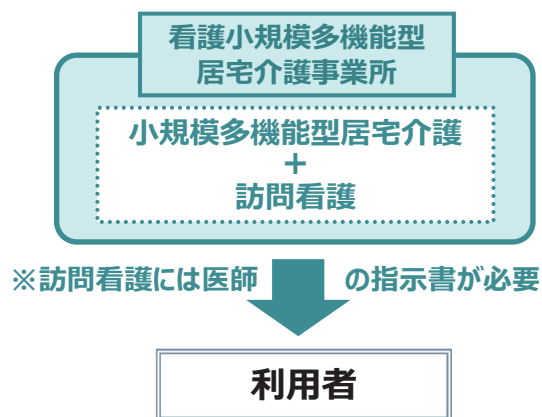
## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- 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



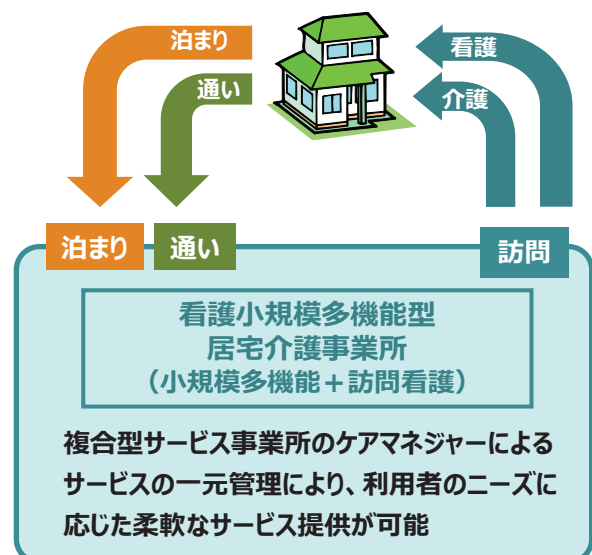
## 看護小規模多機能型居宅介護

- 複数の居宅・地域密着型サービスを組み合わせ提供サービスを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>



その主な特徴は、

- ＜連・制-21＞ 看護小規模多機能型居宅介護

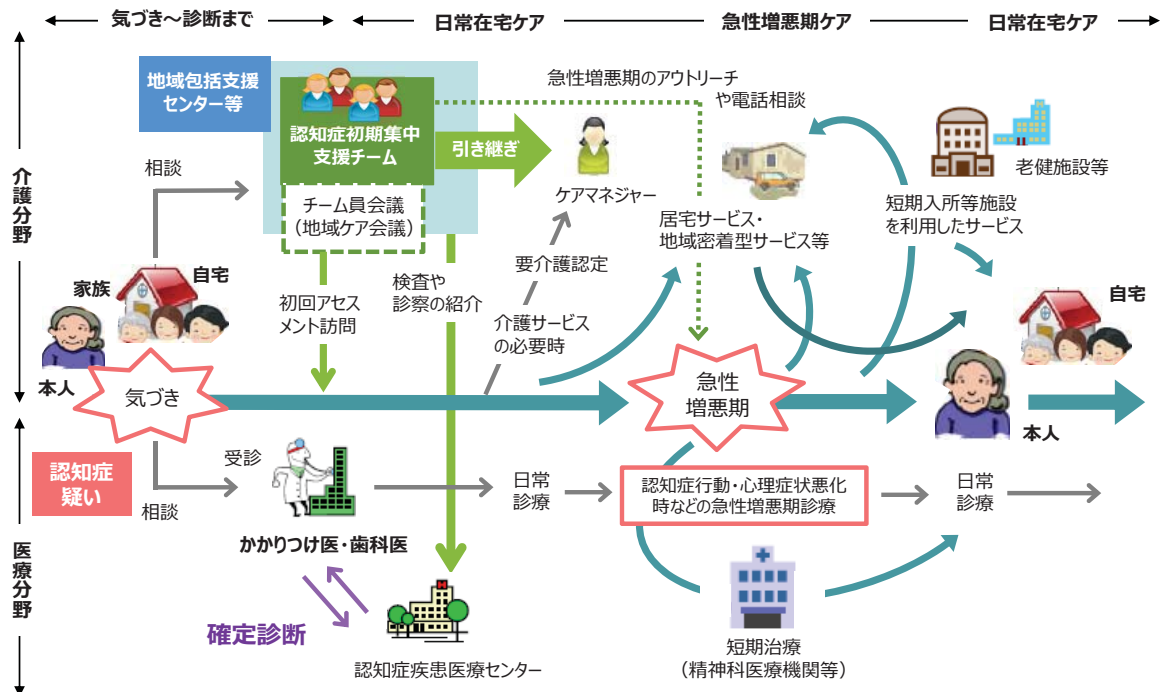
このサービスは、自宅での生活を希望する本人、家族のニーズに応じて、「通い」を中心に「泊まり」「訪問」を柔軟に組み合わせて提供する小規模多機能型居宅介護に加え、「訪問看護」を一体的に提供することにより、要介護度と医療依存度がともに高い、在宅の要介護高齢者の地域での生活を支えることが意図された。

その主な特徴は、

- 98 -

## 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



- 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

### ＜連・制-22＞ 認知症ケアパス

「認知症ケアパス」とは、認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れを表したものであり、各市町村の実情に応じて策定されるものである。

認知症ケアパスには、2 つの側面がある。1 つは「マクロのケアパス」、いわゆる認知症の人が地域で生活するための基盤整備として介護保険サービス、医療サービス、インフォーマルサービス、その他社会資源を整理していくためのものである。もう1 つは、認知症の人への適切なケアマネジメントの実施にむけて、専門職間の情報連携の仕組みや連絡ツールの作成や、標準的な「認知症ケア」の手順を表したものである。

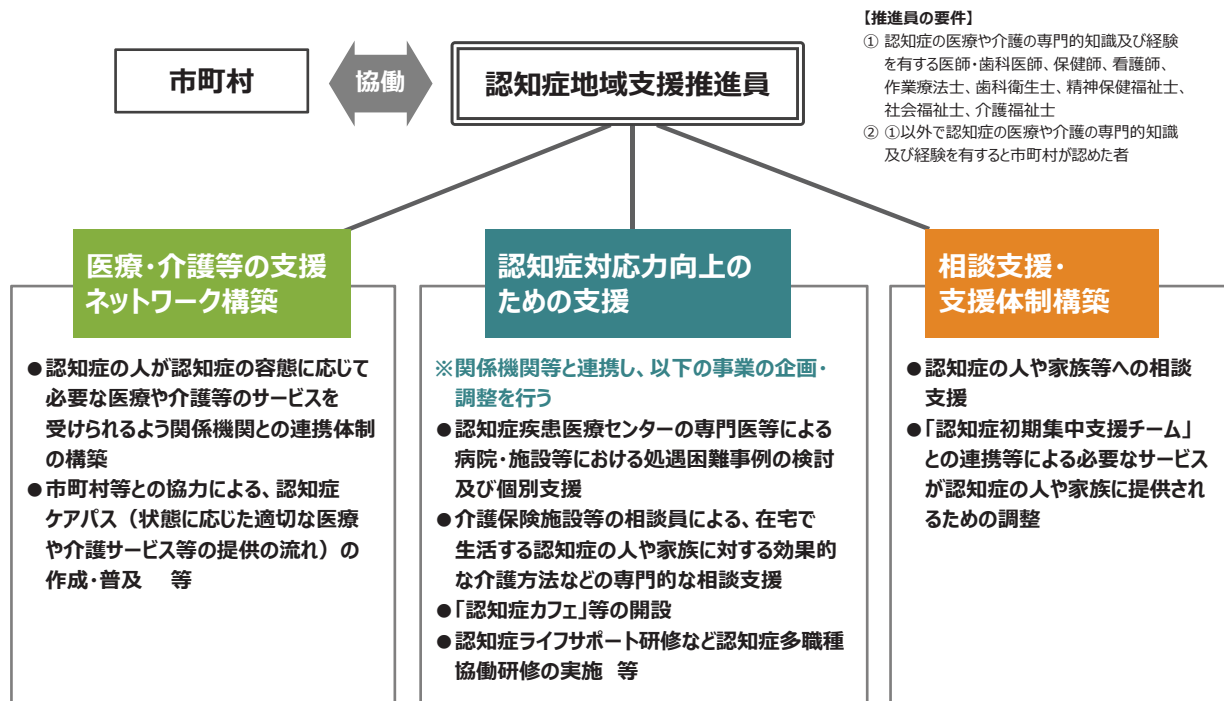
各地域で策定された認知症ケアパスの中で、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局・薬剤師等も、それぞれが認知症の本人や家族への支援、また、ケアに関わる専門職への助言や相談対応を通じて、機能発揮することが期待されている。

### ＜連・制-23＞ 認知症初期集中支援チーム

認知症初期集中支援チームが創設されることになり、チームによる早期支援機能が期待されている。チームは、市町村を実施主体として、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるような支援を、できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられている。

この専門職(歯科医師等の医療職や福祉・介護職)で構成される支援チームは、地域包括支援センター等に配置され、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、家族支援などの初期の支援を、専門医療機関やかかりつけ医・かかりつけ歯科医と連携しながら、包括的、集中的に行う。また、支援チームは、対象者が必要な日常生活支援や日常診療に結びつくように支援を行い、介護支援専門員等に引き継ぐという個別支援を行うものである。

## 認知症地域支援推進員



## 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



#### ＜連・制-24＞ 認知症地域支援推進員

地域の連携先として、重要なものに「認知症地域支援推進員」がある。

この「認知症地域支援推進員」は、市町村に配置されているものであり、認知症の行政施策の旗振り役としての役割をもち、市町村において、地域包括支援センターや市町村の担当課に配置され、専門職等が充てられている。

「認知症地域支援推進員」の主な役割は、医療と介護の連携強化や、地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業の推進などを担っている。

#### ＜連・制-25＞ 若年性認知症の現状

若年性認知症の人数は全国で 3.78 万人と推計されている。基礎疾患は、約 4 割が血管性認知症であり、次いで、アルツハイマー型認知症が約 25%である。

高齢者のその数との比較では、少数との印象はあるが、発症年齢以外にも、生活環境をはじめとする様々な違いがあるため、治療および日常生活支援においては、状況に応じた適切な支援が必要とされている。

## 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

## ＜連・制-26＞ 若年性認知症の人への支援（制度）

若年性認知症の人を支える制度は様々なものがある。スライドに示したもののうち、以下、いくつかを説明する。

### 精神通院医療費の助成（自立支援医療）

継続して通院医療を受ける場合、自己負担額は1割となるが、家計への影響、障害の状態に応じて自己負担の上限額が設定される。

### 障害者総合支援法によるサービス・支援（障害者総合支援法）

障害者総合支援法が定める障害福祉サービスには、全国統一的に実施される障害福祉サービスと自治体の判断により実施される地域生活支援事業がある。

### 介護保険の在宅・施設サービス（介護保険法）

認知症（特定疾病）に起因する要介護（要支援）状態であれば、40～64 歳の第2号被保険者も介護保険の各種在宅・施設サービスを利用することができる。

### 若年性認知症支援コーディネーター

都道府県・指定都市ごとに設置された若年性認知症の人やその家族からの相談の窓口配置され、相談・支援、関係者のネットワークの調整、情報提供等を行う。

### 若年性認知症コールセンター

平成 21 年 10 月 1 日に開設された。若年性認知症の人の支援に関する相談に専門教育を受けた相談員が対応する。

## ＜連・制-27＞ 認知症の人と運転

平成 24 年 6 月 14 日交付の道路交通法では「一定の病気等」に罹っているドライバー対策としていくつかの改訂がなされた。背景には判断力を失ったり、運転中に意識を喪失したりする疾患による大きな事故が起こってきている事実がある。認知症に関しては平成 21 年 6 月から、75 歳以上の免許更新時に認知症のスクリーニングテストが行われるようになった。

平成 25 年公布の改正では、任意ではあるが、医師が運転を危険と判断した患者情報を警察に届けられるようになった。また、病状の虚偽申告で罰則が設けられている。

さらに、平成 27 年 6 月に成立した道路交通法の一部改正により、75 歳以上で免許を更新する人が行う認知機能検査において、「認知症のおそれがある」と判定された人は、違反経験がなくても医師の診断が義務付けられることとなった（医師から認知症と診断された場合には、免許取り消しまたは停止となる）。また、認知症のおそれがないとの検査結果が出ていても、一定の違反をすれば、臨時の認知機能検査が義務付けられる。

## 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。

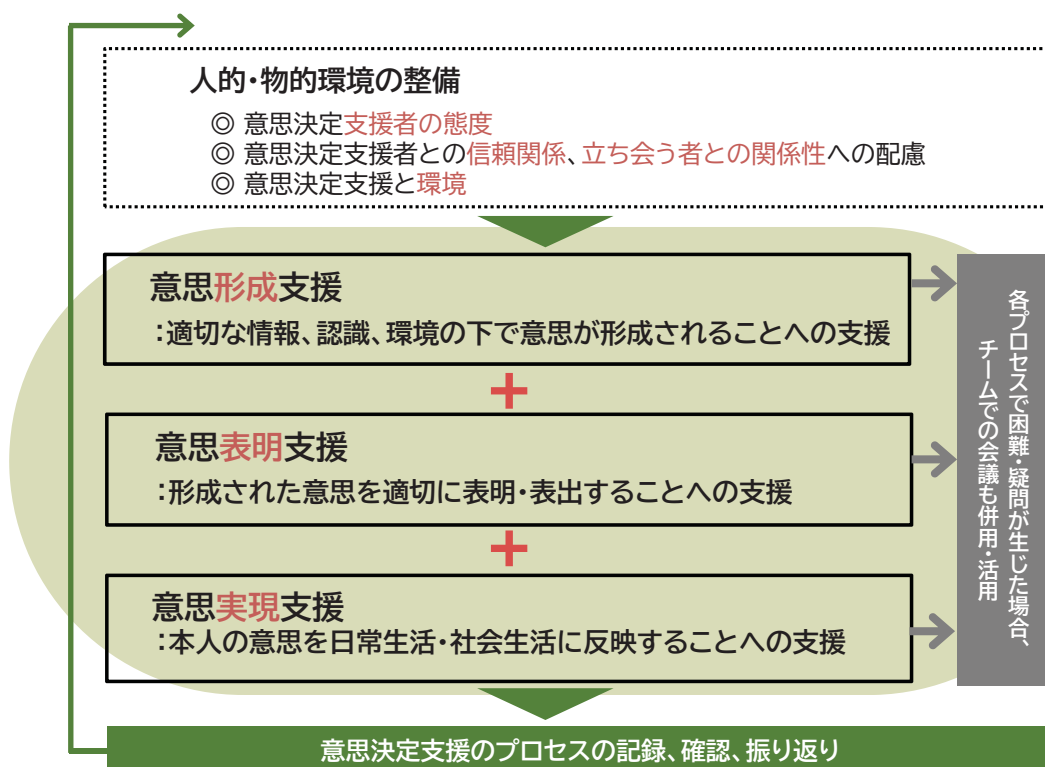
### 意思決定支援の基本原則

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



### ＜連・制-28＞ 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

認知症の人が日常生活・社会生活の場面において、自分で選んで自分で決めることの重要性、その支援の必要性に鑑み、「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」が策定され、平成 30 年 6 月に公表された。

認知症の人は自分で決められない人ではなく、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持って暮らしていくことの重要性について全ての人が認識することが必要で、その意思決定支援の基本原則が整理されている。

ガイドラインの理解や実践につなぐための研修も令和元年度から展開されている。

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

URL:<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html>

### ＜連・制-29＞ 意思決定支援のプロセス

ガイドラインの中で、示されている基本的な意思決定支援のプロセスを示す。

まず、①人的・物的環境をしっかりと整える。認知症の人は環境に左右される面があるので、ご本人が安心して頼れる環境が用意できているのかを見る。

次に、環境を作った上で「②意思の形成」、ご本人がきちんと適切な情報と、決められるだけの環境・認識のもとで判断できるようになっているかを支援し、その上でご本人が適切に「③意思を表明」することができているか、そして、最終的に「④意思の実現」を支援する、というプロセスになっている。これら(②～④)の3つは、現実では重なり合っていることも多い。

適切なプロセスかどうかを見る時には、この後の⑤振り返りを加えた5つのプロセスからすると整理しやすい。

## 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）

### ＜連・制-30＞ 成年後見制度の仕組み

介護保険制度と同時期にスタートした成年後見制度は、従来の制度と比べ、個人の自己決定権の尊重を重視されていることが特徴であり、財産管理のみではなく身上監護を中心とした制度となっている。従来制度からの変更点を中心に、成年後見制度のポイントをまとめる。

- ①任意後見制度：本人に判断能力があるときに後見人を選出し、後見の内容を自己決定することができる。内容は、財産管理以外に身上監護(医療、住居の確保、施設の入退所など、介護、生活維持、教育、リハビリなど)が含まれる。
- ②補助類型(法定後見)の追加：軽度の認知症、知的障害、精神障害に対応でき、本人の申し立てや意見をもとに補助人の権限の内容や範囲を自由に選ぶことができる。
- ③財産管理から身上監護を中心とした制度：法人後見あるいは複数後見が可能となった。後見人、保佐人、補助人、任意後見人のすべてに身上配慮義務を果たす規定が設けられた。
- ④登記制度の導入：戸籍への記載が廃止された。
- ⑤申し立て権者の拡大：市区町村長にも付与された。

### ＜連・制-31＞ 日常生活自立支援事業

介護保険におけるサービス利用は、サービス利用者と提供者による任意契約に基づく行為であり、自己決定と自己責任を前提として運営されている。しかし、現実には自ら決定して責任をとれない高齢者も数多くいることから、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者など判断能力が十分ではない人を対象として、サービスの利用手続き援助や日常的な金銭管理などを行う日常生活自立支援事業が平成 11 年 10 月から実施されている。

これは各都道府県の社会福祉協議会を実施主体に行うもので、制度の対象となるのは「契約をする意思能力はあるが、福祉サービスを1人で利用するには能力が足りない」人になる。一人暮らし、あるいは高齢核家族世帯の高齢者にとっては利用価値があるが、認知症と診断されて、早晩、意思能力を喪失することが予測される場合には、成年後見制度の利用を検討する必要があるだろう。

## 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。

厚生労働省:「平成30年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」より

## 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





**<連・制-32> 高齢者虐待の現状**

高齢者虐待とは、介護する家族など何らかの保護が期待できる他者からの不適切なかかわりによって、高齢者の権利利益が侵害され、生命や心身または生活に支障をきたすような行為または状況をいう。

平成 18 年 4 月に高齢者虐待防止法（正式名は「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」）が施行されたことに伴い、市区町村や地域包括支援センターが相談・通報を受理する体制が整備されている。法施行初年度である平成 18 年度から、市区町村等への相談・通報対応件数や状況等について、厚生労働省は毎年全国調査を行い、その結果を公表している。（スライドは平成 30 年度調査結果）

認知症の高齢者を介護する養護者・家族等にとっては、親や配偶者が認知症になったという事実を受け入れることが困難な場合、あるいは認知症によって引き起こされる症状への対応方法がわからない場合などが考えられ、結果として虐待に至るケースもうかがえる。

高齢者の権利擁護はもとより、介護を担ってきた養護者を支援するためにも、早期発見・見守りだけでなく、相談・介護支援を中心とする対応、医療や法律の専門家も参加した専門的な対応など、地域において重層的な仕組みを構築していく必要がある。

**<連・制-33> 認知症サポーター**

「認知症サポーター100 万人キャラバン」とは、認知症を理解し、地域の中で認知症の人や家族を見守り、支援する人（サポーター）を育成しようとするものである。認知症キャラバン・メイト研修を受けた者が地域、職域の集まり、学校等への講師として出向き、認知症に関する講座を開催し、その講座受講者を認知症サポーターとして認定する仕組みである。

平成 21 年度末までに 100 万人の養成を目標として推進されてきたが、改定された新オレンジプラン及び認知症施策推進大綱では、2020 年度末までに 1,200 万人と目標が引き上げられ、令和元年 12 月 31 日現在で、1,234 万 4,701 人の認知症サポーターが養成され、目標はクリアされている。

最近では、社会貢献活動のひとつと位置づけ、従業者をサポーターに養成する取り組みを行う企業が増加するなど、すそ野が広がっている。このような例からも、従前と比べ、認知症に対する一般市民の関心、理解は格段に高まっていることが分かる。

## 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癒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

**<連・制-34> 認知症支援を通じた地域作りに向けて**

認知症の人を地域で支えていくためには、医療・介護関係者・地域住民が認知症について共通の認識をもって足並みを揃えて対応していくことが必要である。すなわち、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局・薬剤師、ケアスタッフ、家族、地域の住民、様々な職種の人が認知症を正しく理解し、接することによって、認知症の人が地域で安心してそれまでの生活を続けることができるようになる。

認知症対応力向上研修を受けたかかりつけ医、歯科医師、薬剤師は、地域の社会資源の一員として、地域の住民や様々な職種の人に認知症に関する正しい知識と理解を伝えることによっても、地域の認知症の人や家族の生活を支えることができる。

## 歯科医師認知症対応力向上研修テキスト

〈令和元年度一部修正〉

令和元年度 厚生労働省老人保健事業推進費補助金

（老人保健健康増進等事業分）

認知症対応力向上研修のあり方に関する調査研究事業

令和 2 年 3 月

禁無断転載

（発行）地域活性化協同組合フロンティア

## 歯科医師認知症対応力向上研修テキスト

平成 27 年度 厚生労働省老人保健事業推進費補助金

（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

平成 28 年 3 月

禁無断転載

（発行）合同会社 HAM 人・社会研究所