

歯科医師 認知症対応力向上研修 研修テキスト

令和4年3月

令和3年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

認知症対応力向上研修の研修教材及び
実施方法に関する調査研究事業 編

歯科医師認知症対応力向上研修

1. かかりつけ歯科医の役割 編
2. 基本知識 編
3. 歯科診療における実践 編
4. 地域・生活における実践 編

令和3年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

認知症対応力向上研修の研修教材及び実施方法に関する調査研究事業 編

目次

1. かかりつけ歯科医の役割 編	___	02
2. 基本知識 編	___	25
3. 歯科診療における実践 編	___	67
4. 地域・生活における実践 編	___	111

歯科医師認知症対応力向上研修 研修全体の目的・意義

- 認知症の人や家族を支えるためのかかりつけ歯科医の役割を理解する。
- 認知症の本人の視点を重視したアプローチについて理解し、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。
- 認知症の早期発見・早期対応の重要性、認知症診療の基本、ケアの原則を理解する。
- 認知症の人と家族への支援の現状と制度を理解する。
- 認知症の人や家族を支えるための医療機関、介護事業者、地域が連携した生活支援の重要性を理解する。

かかりつけ歯科医の役割 編

ねらい：認知症の人や家族を支えるために
かかりつけ歯科医ができることを理解する

到達目標：

- 認知症施策推進大綱等の施策の目的を踏まえ、かかりつけ歯科医の役割を理解する
- 認知症の人の本人視点を重視したアプローチの重要性を理解する
- 早期発見・早期対応の意義・重要性を理解する

認知症対応力向上研修の目的は、

1. 認知症の人や家族を支えるためのかかりつけ医の役割を理解する。
2. 認知症の本人の視点を重視したアプローチについて理解する。
3. 認知症の早期発見・早期対応の重要性を理解する。
4. 認知症の診断・治療の基本とケアの原則を理解する。
5. 認知症の人と家族への支援の現状と制度を理解する。
6. 認知症の人や家族を支えるための医療機関、介護事業者、地域が連携した生活支援の重要性を理解する。

となっている。

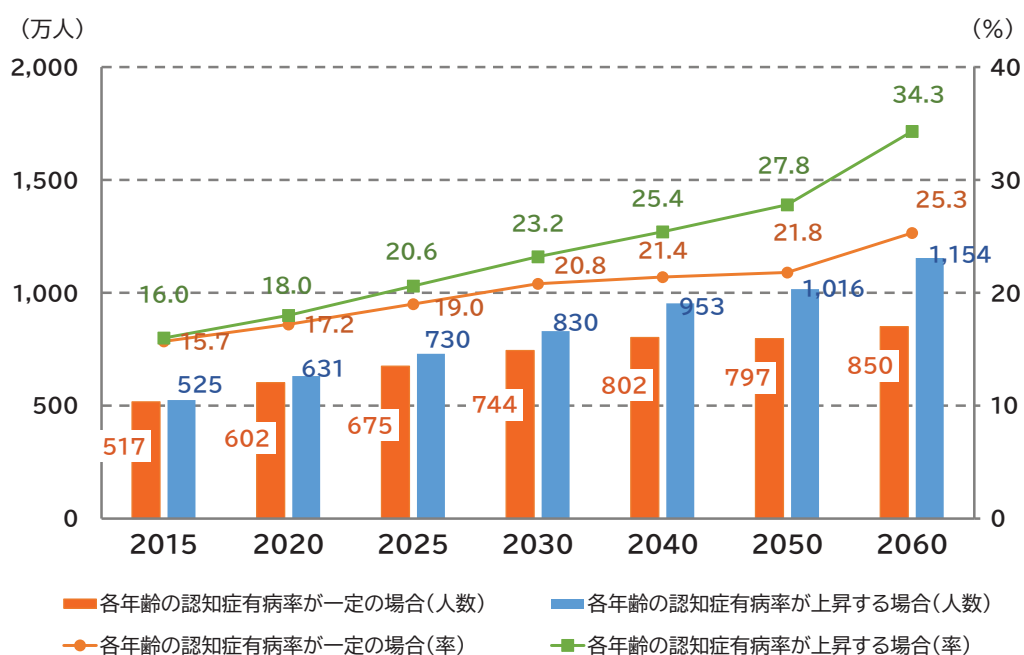
〔役割1〕

動画 ①

本人の声を聴いてみる

認知症高齢者数の推移

〔役割2〕



「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

〔役割 1〕

動画①本人の声を聴いてみる

私たちが体験したことのない認知症という「病い」を経験されている人について知るには、ご本人のお話を聞くことが一番です。

「認知症の人の体験している世界」、「認知症の人の工夫した暮らし」「認知症の人が医療従事者に望むこと」をご本人の話から感じ取ってください。

お話ししてくれるのは「血管性認知症」・「レビー小体型認知症」・「アルツハイマー型認知症」のご本人です。

〔役割 2〕

超高齢社会を迎え、高齢者の増加に伴い認知症高齢者も増加し、認知症有病率が一定である場合では、2025年に675万人(高齢者に占める割合19.0%)、2040年に802万人(同21.4%)、2060年には850万人(同25.3%)になると推計されている。

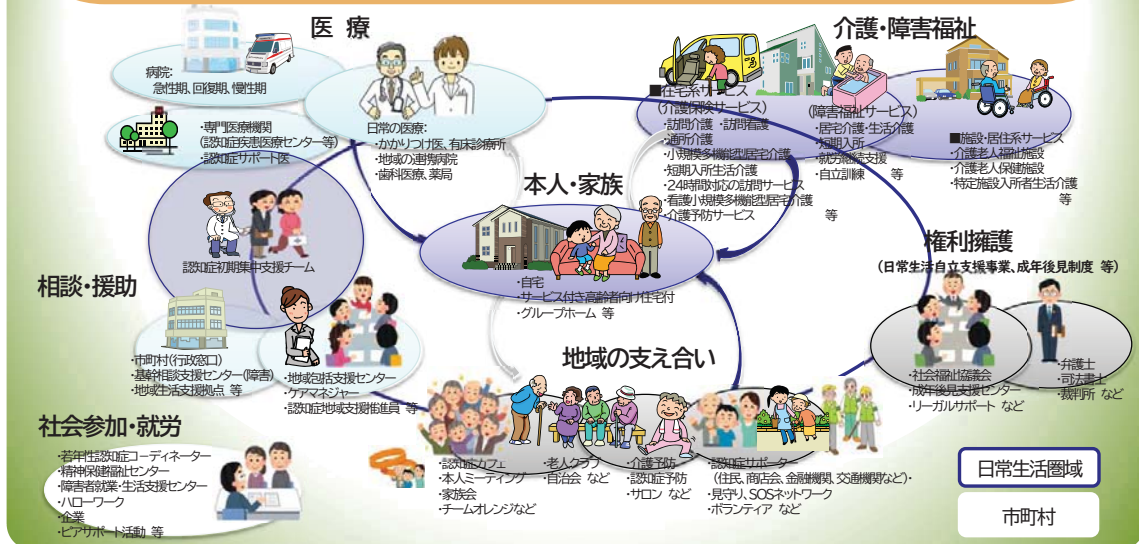
さらに、認知症有病率が上昇する場合(2060年までに認知症の有病率が20%増加すると仮定した場合)には、2025年に730万人(同20.6%)、2040年に953万人(同25.4%)、2060年には1,154万人(同34.3%)に増加すると推計されている。

このように認知症患者数も高齢者に占める割合も時代とともに増加することが示唆され、認知症の病態解明のための基礎および臨床研究をさらに推進していく必要があると同時に、より健全な超高齢社会を迎えるためには、予防からケアに至るまで、一層の認知症施策の推進と充実が求められている。

認知症施策の推進について

〔役割3〕

- 高齢化の進展に伴い、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、認知症の人は約700万人（65歳以上高齢者の約5人に1人）となる見込み。
- 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。
- 2025年に向け、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。



認知症施策推進大綱の概要

〔役割4〕

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
- 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

令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

〔役割 3〕

高齢化の進展と認知症患者の増加が見込まれており、認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっている。こうした中、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができる環境整備が必要となっている。

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を実現するためには、認知症である本人・家族を中心に、「医療」、「介護・障害福祉」の他、「相談・援助」、「権利擁護」、「社会参加・就労」、そして「地域の支え合い」など、様々な仕組みや担い手(拠点)が、日常生活の単位で整備され、充実していくことが望まれている。

〔役割 4〕

令和元年 6 月 18 日認知症施策推進関係閣僚会議で決定された認知症施策推進大綱では、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していくことを基本的な考えとして掲げている。同大綱は、5 つの柱で構成されており、これらの施策は全て認知症の人の視点に立って、認知症の人やその家族の意見を踏まえて推進することを基本としている。

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、看護師等の医療従事者には、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、診断後の継続的な支援まで、認知症である本人・家族の生活の場である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。

早期発見・早期対応の意義

〔役割5〕

- 認知症を呈する疾患のうち可逆性の疾患は、治療を確実に行うことが可能
- 進行性の認知症であっても、より早期からの適切な薬物療法により進行抑制や症状緩和が可能
- 本人が変化に戸惑う期間を短くでき、その後の暮らしに備えるために、自分で判断したり家族と相談できる
- 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となる
- 病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用により、日常生活の質の維持向上や家族の介護負担が軽減できる

〔役割 5〕

認知症の原因には、頻度は必ずしも多くはない(全認知症の5～10%)が、可逆性の疾患も多種類存在する。ただし、例えば、正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫による認知症であれば、発症後遅くとも半年～1年以内に脳外科的手術を実施しなければ症状の改善は見込めないとされている。可逆性といっても、原因疾患が発症後もしばらく放置されてしまうと治療による改善は望めないケースが多いため、早期発見・早期治療が重要である。

アルツハイマー型認知症であれば、中核症状治療薬としてコリンエステラーゼ阻害薬による薬物療法による進行抑制が可能であり、治療開始が早いほど効果も出やすいと言われている。行動・心理症状(BPSD)に対しても、限定されるもののコリンエステラーゼ阻害薬の一定の効果が示されている。

また、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になるといえる。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。また、任意後見制度等の利用により、自己決定を活かし、経済損失を防止することにもつながる。また、精神障害者保健福祉手帳交付の申請には初診日から6ヶ月を経過した日以降の診断書が必要であり、障害年金は初診から1年半経過した日を障害認定日としていことから、早期の受診によって様々な支援制度をより早期に利用できることになる。

早期発見により、家族も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となり、また実際に病気の進行に合わせて、介護保険サービス等も利用し適切にケアできれば、日常生活の質の維持・向上が期待され、介護負担も軽減できる。

また、家族介護者の介護負担に対する心理社会的な介入の効果を勘案すれば、早期からの介入あるいはケアマネジメントが好ましい。

出典

Seltzer B et al. Efficacy of donepezil in early-stage Alzheimer disease: a randomized placebo-controlled trial. Arch Neurol. 2004;61:1852-6.

Rodda J et al. Are cholinesterase inhibitors effective in the management of the behavioral and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease? A systematic review of randomized, placebo-controlled trials of donepezil, rivastigmine and galantamine. Int Psychogeriatr. 2009;21:813-24.

Mittelman MS et al. A three-country randomized controlled trial of a psychosocial intervention for caregivers combined with pharmacological treatment for patients with Alzheimer disease: effects on caregiver depression. Am J Geriatr Psychiatry. 2008; 16: 893-904.

動画 ②

「バカにしないで…」

かかりつけ歯科医(歯科医療機関)の役割

〔役割7〕

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・食支援を行うことができる
- 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

〔役割 6〕

動画②「バカにしないで・・・」

認知症の診断を受けている山田すみさん。混乱することもしばしばですが、なんとか地域で暮らしています。

歯科医院で診察室に通され、不安な気持ちで待っているとき、受付付近からスタッフの話声や笑い声が聞こえて来ます。

それはまるで自分のことをバカにされているかのようです。

認知症の人の BPSD は周囲の人のささいな言動でも起こりうることを理解しましょう。

〔役割 7〕

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

〔役割8〕

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

〔役割9〕

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 多出現期	障害 複合期	ターミナル期
自立 した 暮らし	本人に起こる暮らしの中での変化(主なもの)				
	- 物の置き忘れ - 人や物の名前が出づらい	- 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	- わからないが増える - パニックに陥りやすい	- できないが増える - ふらつく、転びやすい、動けない - 食の嗜好変化	- 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

参考: 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修テキスト

〔役割 8〕

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 9〕

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。

認知症の進行過程に応じた歯科におけるケア視点

〔役割10〕

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)
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。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。	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。	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。

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.

認知症になって歯科へのアクセスが途絶えると・・・

〔役割11〕



〔役割 10〕

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、リンスやガーグリング、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いく時期である。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で行うことは困難になっていく。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、リンス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 11〕

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。

かかりつけ歯科医に求められる認知症の人への対応

〔役割12〕

- 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・食支援を行う
- 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

認知症の本人の視点を重視したアプローチ

〔役割13〕

- 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

認知症の本人
の視点を施策
の中心へ

- 本人にとってのよりよい暮らしガイド
- 認知症とともに生きる希望宣言
- 本人の視点を重視した施策の展開

〔役割 12〕

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 13〕

認知症の本人の支援は、単に認知症を治療する、認知症に伴う生活の不便を代替することではない。認知症の人が、その人らしく存在していただけることを支援し、“分からない人”とせず、自己決定を尊重することが重要である。さらに治療方針や診療費用等の相談は家族も交え、心身に加え社会的な状態など全体的に捉えた治療方針が検討されるべきである。また家族やケアスタッフの心身状態にも配慮することや、本人の生活歴を知り、生活の継続性を保つことや最期の時までの継続性を視野においた治療が計画されることが望ましい。

治療計画から、その後の在宅等での継続治療や生活に至るまで、常に“その”本人の視点を重視したアプローチが求められており、認知症の人の視点を施策の中心とした取り組みや施策が展開されている。

本人にとってのよりよい暮らしガイド

〔役割14〕

「本人にとってのよりよい暮らしガイド」 ～一足先に認知症になった私たちからあなたへ～

- 診断直後に認知症の本人が手にし、次の一步を踏出すことを後押しするような本人にとって役に立つガイド

<主な内容>

1. 一日も早く、スタートを切ろう
2. これからのよりよい日々のために
 - イメージを変えよう！
 - 町に出て、味方や仲間と出会おう
 - 何が起きて、何が必要か、自分から話してみよう
 - 自分にとって「大切なこと」をつたえよう
 - のびのびと、ゆる～く暮らそう
 - できないことは割り切ろう、できることを大事に
 - やりたいことにチャレンジ！ 楽しい日々を
3. あなたの応援団がまちの中にいる
4. わたしの暮らし(こんな風に暮らしています)



平成29年度老人保健健康増進等事業
「認知症診断直後等における認知症の人の視点を重視した支援体制構築推進のための調査研究事業」報告書より

認知症とともに生きる希望宣言

〔役割 15〕

一足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ

- 1 自分自身がとらわれている常識の殻を破り、前を向いて生きていきます。
- 2 自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。
- 3 私たち本人同士が、出会い、つながり、生きる力をわき立たせ、元気に暮らしていきます。
- 4 自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、身近なまちで見つけ、一緒に歩んでいきます。
- 5 認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを一緒につくっていきます。

〔役割 14〕

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)は、平成 29 年に認知症になった体験をもとに、診断を受けた後に絶望せずに、自分なりによりよい日々を暮らしていくためのヒントをまとめた「本人にとってのよりよい暮らしガイド(通称:本人ガイド)」の作成に取り組み、その後同法人の公益活動の一環として、この「本人ガイド」を当事者の方に頒布する活動を行っている。

「本人ガイド」は、「認知症になったら、何も分からなくなる、何もできなくなる」「認知症になったら、人生もうおしまい」といった偏見を離れ、「分かること・できることはたくさんある」「認知症になっても希望を持って一日一日を楽しく暮らしていける」「認知症になっても支えられる一方になるわけではなく、新しいことを学んだり、やりたいことにチャレンジできる、家族や社会の役に立てる」などのメッセージとそれを実現するための具体的方法が述べられている。

〔役割 15〕

「認知症とともに生きる希望宣言」は、認知症とともに暮らす本人一人ひとりが、体験と思いを言葉にし、それらを寄せ合い、重ね合わせる中で生まれたものであり、日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)が、平成 30 年 11 月に表明したものである。今とこれからを生きていくために、一人でも多くの人と一緒に宣言をしてほしいといった思いと、この希望宣言が、さざなみのように広がり、希望の日々に向けた大きなうねりになっていくという願いが込められている。

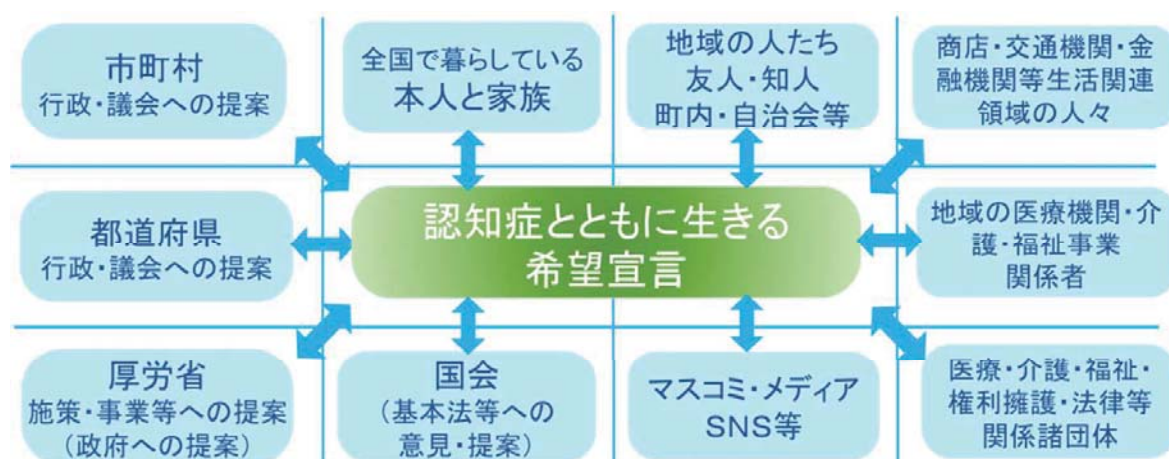
「一足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ」のメッセージとともに 5 つの宣言がまとめられており、「認知症とともに生きる希望宣言」のリーフレットは、日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)のホームページの以下のアドレスよりダウンロードが可能である。

http://www.jdwg.org/wp-content/uploads/2018/11/statement_leaflet.pdf

「希望をもって共に生きる」ための地域づくり

〔役割 16〕

認知症の人が、希望をもって共に生きるための地域づくりには、立場や職種を超えた関わりが必要であり、かかりつけ歯科医もその一員である。



日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)(平成30年11月1日) <http://www.jdwg.org/statement/>

本人の視点を重視した施策の展開

〔役割 17〕

「本人の声を起点とした認知症地域支援体制づくりガイド」

- 都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりをより効率的に展開していくことを支援するためのガイド



平成29年度老人保健健康増進等事業
「認知症診断直後等における認知症の人の視点を重視した支援体制構築推進のための調査研究事業」報告書より

〔役割 16〕

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)は、「認知症とともに生きる希望宣言」を全国各地に届ける「希望のリレー」を様々な人や分野、団体と一緒に進めている。「希望のリレー」は、自分も希望を持って暮らしていこうという人が一人でも多く増え、一緒によりよい社会を創っていこうという人の輪が広がることを目標とした取り組みである。

認知症の人が、希望をもって共に生きるための地域づくりには、認知症である本人に直接的・身近な存在から、行政やメディア等の間接的に関わる領域まで、様々な立場や職種を超えた働きかけが必要となる。その働きかけに共通の概念・考え方が、本人発の「認知症とともに生きる希望宣言」であり、それぞれの立場や職種である関係者の拠り所となるといえる。もちろん、かかりつけ医歯科医もその一員としての活動が求められている。

〔役割 17〕

「本人の声を起点とした認知症地域支援体制づくりガイド」は、本人の視点を重視する考え方を施策の展開において実現していくためのガイドであり、平成 29 年度の老人保健健康増進等事業において制作され、平成 30 年 3 月に発行された(実施主体:東京都健康長寿医療センター)。

このガイドは、都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりをよりスムーズに(もっと楽に)、より効率的に(役に立つことを、無駄・無理なく)、展開していくことを応援するために作られたものであるが、それらを各自治体で具体的に進めていくためのあり方や方策がわかりやすまとめられている。地域の施策・支援体制づくりの一員であるかかりつけ歯科医にも、このガイドの内容を理解した上で、積極的に関与・協力していくことが期待されている。

認知症の予防の考え方

〔役割 18〕

一次予防（認知症の発症遅延や発症リスク低減）

- 運動不足の改善と糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、口腔環境・機能の維持
- 社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持
- 介護予防の事業や健康増進事業と連携

二次予防（早期発見・早期対応）

- かかりつけ医、保健師、管理栄養士等による健康相談
- 認知症初期集中支援チームへの参画
- かかりつけ医や地域包括支援センター等と連携

三次予防（認知症の進行の予防と進行遅延）

- 重症化予防、機能維持、行動・心理症状の予防・対応
- 認知症バリアフリー、不安の除去と安心・安全な生活の確保

かかりつけ
歯科医

```
graph TD; A[かかりつけ歯科医] --> B[一次予防]; A --> C[二次予防]; A --> D[三次予防];
```


〔役割 18〕

認知症施策推進大綱では、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進することが掲げられ、「予防」とは、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」ことであるとしている。

一般的に認知症の予防は、一次予防（認知症の発症遅延や発症リスク低減）として、運動不足の改善と糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、口腔環境・機能の維持、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持、介護予防の事業や健康増進事業と連携、二次予防（早期発見・早期対応）として、かかりつけ医、保健師、管理栄養士等による健康相談、認知症初期集中支援チームへの参画、かかりつけ医や地域包括支援センター等と連携、三次予防（認知症の進行の予防と進行遅延）として、重症化予防、機能維持、行動・心理症状の予防・対応、認知症バリアフリー、不安の除去と安心・安全な生活の確保、などが代表的であり、それぞれの予防の段階において歯科医師が果たすべき役割は大きい。

基本知識 編

ねらい：認知症に関する基本的な知識を理解する

到達目標：

- 認知症の主な原因疾患及びその症状や経過等
を理解する
- 認知症の診断基準及びアセスメントのポイント
を理解する
- 歯科医師にとって必要な診断・アセスメント・
治療薬の知識について理解する

認知症の概念

〔基本知識1〕

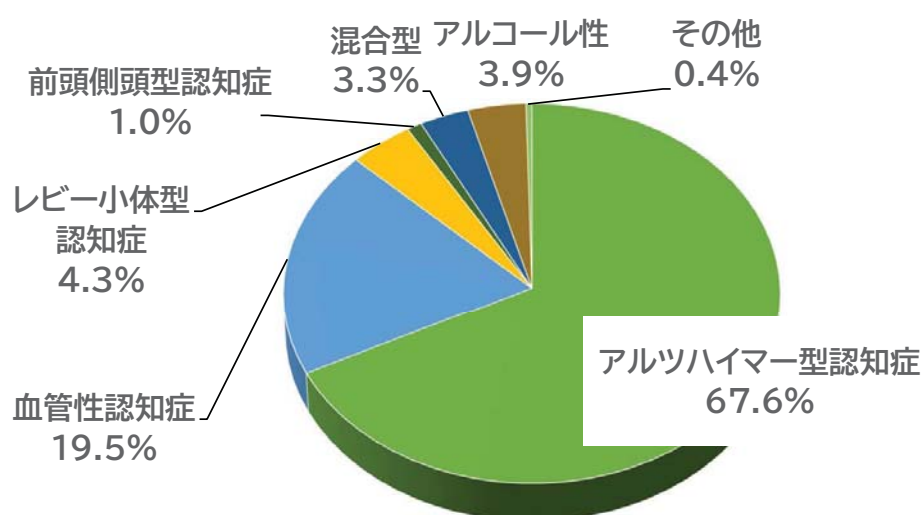
認知症とは

『一度正常に発達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態』

- ※ 認知機能の低下は、せん妄や他の精神疾患(うつ病や統合失調症など)では説明されない。
- ※ 各診断基準で記憶障害は必須条件ではなく、早期に記憶が保たれている場合もあることに配慮すべきとしている。

認知症の原因疾患

〔基本知識2〕



「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成25年5月報告)を引用

〔基本知識 1〕

認知症とは『一度正常に発達した知的機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態』と定義され、多種の原因疾患や病態が含まれる。臨床診断は、問診、身体的診察、神経学的診察を行い、認知症の有無、症状、重症度を把握し、血液検査、認知機能検査、脳画像検査、脳髄液検査などを行い、認知症の病型診断を行う。これまで認知症の診断基準は何度も改訂が行われてきたが、現在は米国精神医学会の精神障害の診断と統計マニュアル第 5 版 (DSM-5) や世界保健機関 (WHO) の国際疾病分類第 11 回改訂版 (ICD-11) における認知症の診断基準が用いられている。

いずれの診断基準でも、「認知機能の低下は、せん妄や他の精神疾患 (うつ病や統合失調症など) では説明されないこと」とされ、さらに各診断基準で記憶障害は必須条件ではなく、早期に記憶が保たれている場合があることにも十分に配慮するべきとしている。

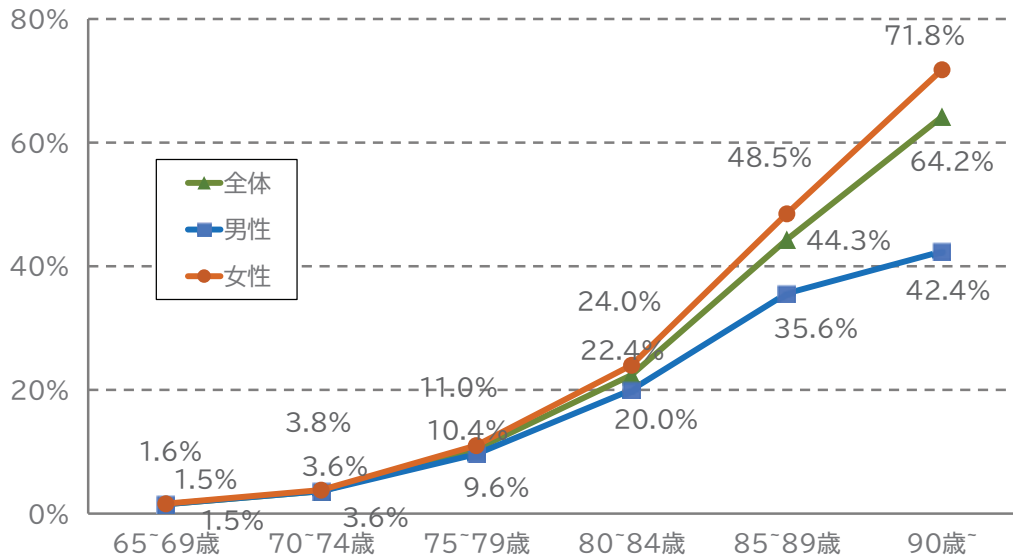
〔基本知識 2〕

認知症や認知症様の症状をきたす疾患には、様々な原因疾患や病態が含まれる。調査の時期や地域、対象、診断基準などにより頻度は異なるが、ここでは厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応、平成 23～平成 24 年度総合研究報告書;2013」を元に作成した認知症の原因疾患の頻度を示す。

アルツハイマー型認知症は 67.6% を占め、最も頻度が高い。次いで血管性認知症が 19.5%。レビー小体型認知症 (認知症を伴ったパーキンソン病を含む) が 4.3%、前頭側頭型認知症 (前頭側頭葉変性症) が 1.0% であった。初期症状のみでの確定的な診断は難しいことがあり、確定診断名がついているケースでも、関わる全ての人々による注意深い観察と評価が重要である。さらに高齢の認知症患者では一つの疾患のみではなく複数の認知症性疾患が重複している可能性も考慮すべきである。

年齢階級別の認知症の有病率

〔基本知識3〕



※平成24年時点の推計は厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成24年度総合研究報告書による。平成30年時点の推計は日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究（研究代表者二宮教授）において開始時に悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町のデータ解析の当初の結果である。

認知症の診断（ICD-11）

〔基本知識4〕

- A 認知領域(記憶、実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)のうち2つ以上が以前のレベルから低下しているという特徴を持つ後天的な脳症候群である。
- B 認知機能の低下は正常加齢によるものではなく、日常生活活動の自立を有意に妨げる。
- C 利用可能な根拠に基づき、認知機能障害は脳に影響する神経学的あるいは医学的な状況、外傷、栄養欠乏、特定の物質や薬剤の慢性的使用、重金属やその他の毒物によるものと考えられる。

〔基本知識 3〕

年齢階級別の認知症の有病率を 65 歳以降の 5 歳ごとの年齢階級で全体、及び男女別に示した。認知症の有病率は、全体で 75～79 歳では 10.4%、80～84 歳では 22.4%、85～89 歳では 44.3%、90 歳以上では 64.2%と顕著に増加し、89 歳までの階級で有病率は倍増する。男女別では、女性の方が有病率は全体的に高い。認知症患者の 8 割弱は 80 歳以上であり、80 歳以上の患者の約 8 割を女性が占めている。

〔基本知識 4〕

2018(平成 30)年 6 月に公表された世界保健機関(WHO)の国際疾病分類の第 11 回改訂版(ICD-11)による認知症の記述を示す。認知症イコールアルツハイマー型認知症ではない。

認知症の定義として、加齢ではなくかつ後天的な変化によって日常生活や社会生活に支障をきたすような状態である。記憶力が必ずしも低下していなければならないわけではなく、実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知(各領域の説明は次のスライドにて説明)の認知領域のうちの 2 つ以上が障害されている場合でも認知症の診断となる。

認知機能の障害

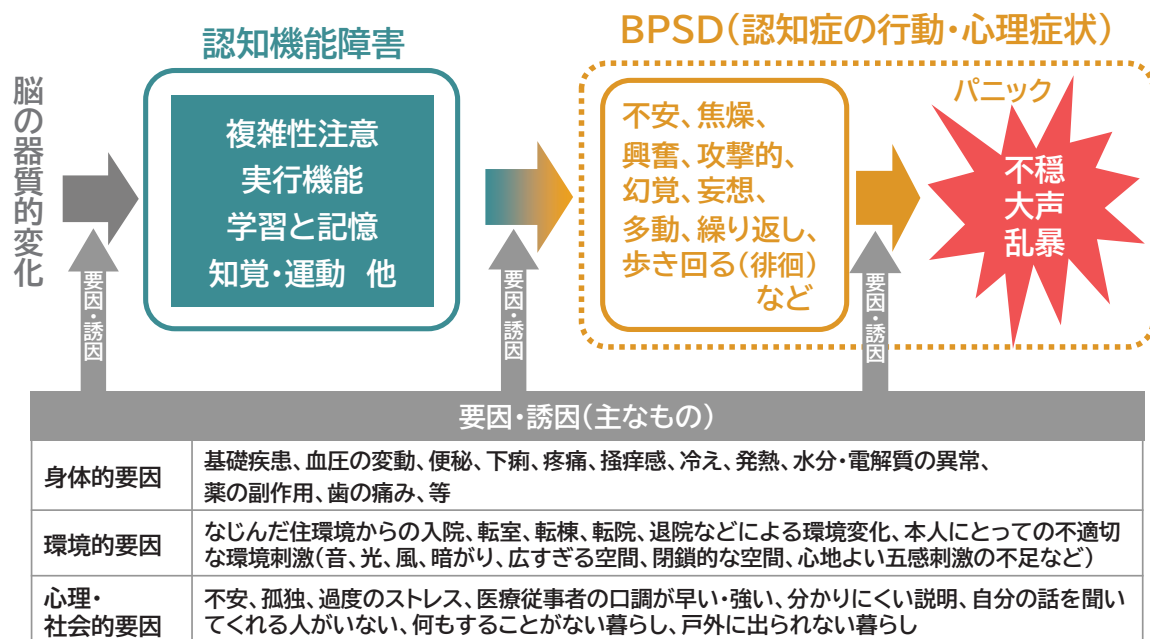
〔基本知識5〕

記憶	以前に言ったことを忘れて同じことを何度も言う、物を置いた場所を忘れて捜しまわる等
実行機能	自発的に、計画的に、効果的に、合目的に行為を遂行することが困難、個々の認知機能を使いこなすことが難しい等
注意	注意が持続できない、必要な刺激だけに注意を向けられない、複数の事柄に注意を振り分けられず、同時進行が困難等
言語	呼称の障害、流暢性の障害、理解の障害、復唱の障害等
社会的認知及び判断	他者の思考や感情を類推できない、同情や共感の喪失等
精神運動速度	情報処理速度の低下、思考や作業に時間がかかる
視覚認知又は視空間認知	知っている人の顔や物を見ても分からない、片側の視野が見えにくい、図形の模写が困難、道に迷う等

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

認知症の症状と要因・誘因

〔基本知識6〕



〔基本知識 5〕

解説なし

〔基本知識 6〕

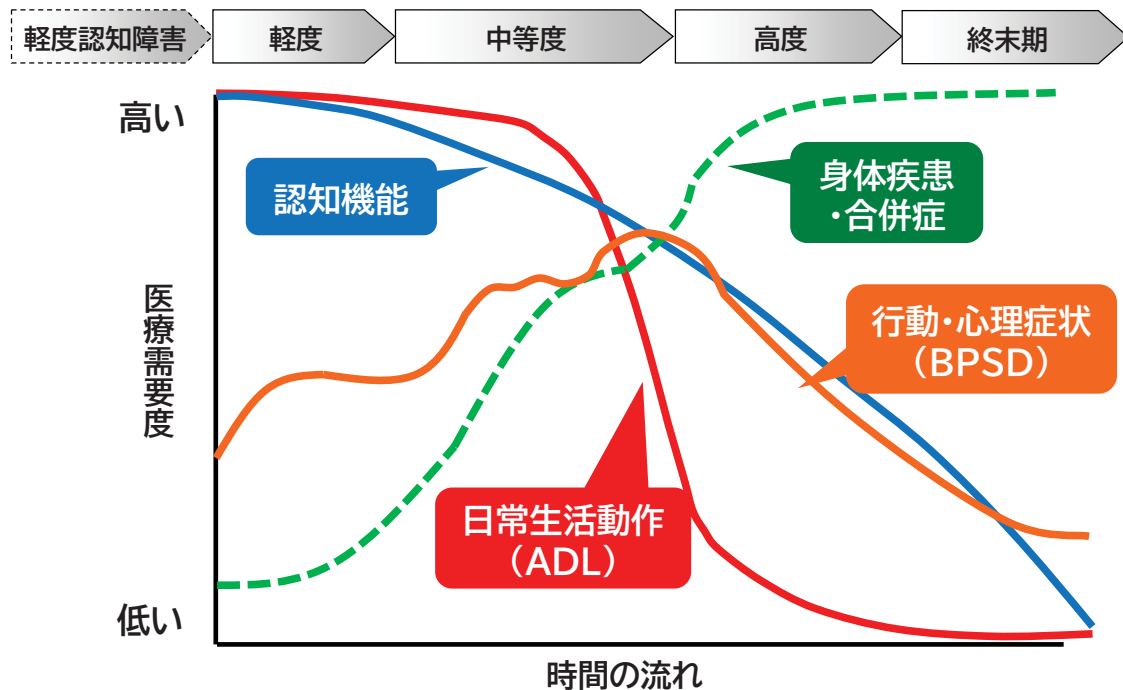
日常診療において留意すべき認知症の症状と、それらを引き起こす要因や誘因についての関係を示す。

認知症では、脳の器質的变化により、「複雑性注意」「実行機能」「記憶」「知覚・運動」などの認知機能障害が生じる。さらに、この認知機能障害により、不安や焦燥、興奮、攻撃的言動、幻覚、妄想、多動、繰り返し、歩き回る(徘徊)などの行動・心理症状(BPSD)が引き起こされる。これらのBPSDが、さらに不穏な言動や大声を出す、乱暴な行為などの著明な精神症状としてのBPSDとして現れる。この過程において身体的要因、環境的要因、心理・社会的要因などが要因や誘因となり、BPSDを引き起こしたり、悪化させたりする。そのためBPSDの予防や治療を行う際には、スライドで示した様々な身体的要因、環境的要因、心理・社会的要因や誘因などを理解し、それらに対して適切な評価や対応することが重要である。

変性疾患の場合の認知症の経過

〔基本知識7〕

認知症の進行とともに医療需要度は変化する



アルツハイマー型認知症の診断

〔基本知識8〕

- A. 典型的には最初に記憶障害が潜行性に出現する
- B. ゆっくりではあるが着実に以前の認知機能のレベルから悪化し、疾患の進行とともに他の認知領域(実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)の障害を伴ってくる
- C. しばしば疾患の初期の段階で抑うつ気分やアパシーのような行動・心理症状を伴い、より進行した段階で精神病症状、易刺激性、攻撃、錯乱、歩行や移動の異常や痙攣を来す可能性がある
- D. 遺伝子検査で陽性であること、家族歴、徐々に認知機能が障害されることはアルツハイマー型認知症であることを強く示唆する

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

〔基本知識 7〕

変性疾患の場合の認知症の経過と医療需要度の関係を示す。

認知症の経過は、原因疾患や類型によって一様ではなく、個人差も大きい。アルツハイマー型認知症などの緩徐に進行する変性疾患の場合の一般的な経過と医療ニーズを把握することによって、認知症の地域ケアにおけるかかりつけ医の役割を見出すことができる。認知症の医療には、認知症そのものに対する医療、認知機能の低下や行動・心理症状(BPSD)の増悪要因となる心身状態の改善を図るための医療、認知症の人が罹った一般的な身体疾患に対する医療、やがては看取りに至るまでの全人的医療が必要となる。

医療職には、本人や家族の心理に配慮しつつ、時間の経過と認知症のステージごとに変化する「認知機能」、「日常生活動作」、「身体疾患・合併症」、「行動・心理症状」などへの医療需要度を常に意識しながら、個々の患者の病状の把握や治療、生活の支援に結び付ける姿勢が求められている。

〔基本知識 8〕

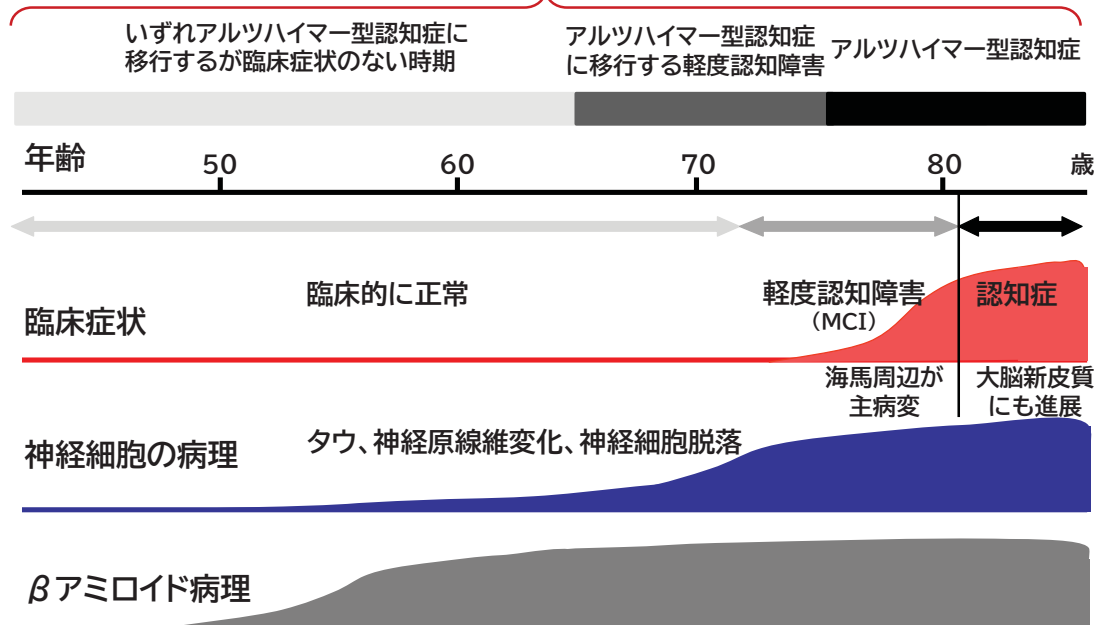
ICD-11 におけるアルツハイマー型認知症の記述である。

初発症状が記憶障害であることが多く、進行とともに他の認知領域の障害を伴ってくる場合が多い。生活環境によっては記憶障害が見過ごされており、様々な行動・心理症状を来して初めて受診する場合も多い。抑うつ気分といった意欲低下、また、アルツハイマー病の原因遺伝子変異が確認されたり、家族歴があったり、徐々に認知機能が障害されることが本疾患であることを示唆する。

アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症

〔基本知識9〕

臨床症状が出現する前からアルツハイマー病変化は潜在的に進行している
これらのすべての時期がアルツハイマー病



アルツハイマー型認知症の早期発見のポイント

〔基本知識10〕

【初期に多い症状】

- **記憶障害**が目立つことが多い。
(同じことを何度も尋ねる、約束事を忘れる、同じものを買うなど)
- **遂行機能障害**を周囲に気づかれる。
(仕事でミスが増えた、料理が順序良くできなくなったなど)
- 日付や場所の**見当識障害**が目立つこともある。
(受診日に通院しない、外出先で迷うなど)
- **精神症状**が先行する、もしくは伴うことも多い。
(意欲や関心が低下する、何事にも自分で取り組まなくなったなど)

【特徴的な所見】

- 麻痺などの神経学的所見はない。
- **取り繕いや振り返り症候**がある。
- **病識がない**もしくは**乏しい**。

〔基本知識 9〕

従来、用語としてアルツハイマー病とアルツハイマー型認知症はほぼ同義として扱われてきた。近年の PET や脳脊髄液検査などを用いた研究により、臨床症状が出現していない時期から脳内のアルツハイマー病変化がとらえられるようになった。いずれアルツハイマー型認知症に移行するが臨床症状のない時期を preclinical AD とし、その後時間の経過とともに β アミロイドが脳内に蓄積し、さらにタウ蛋白の蓄積や神経原線維変化、神経細胞脱落などの神経細胞の病理学的な変化などのアルツハイマー病変化がおこり、軽度認知障害の時期 (AD による軽度認知障害: MCI due to AD) を経て認知症を発症する。

この全病期をアルツハイマー病、認知症の発症後をアルツハイマー型認知症とする考え方が提唱されている。このように認知症の様々な臨床症状が出現する前からアルツハイマー病変化は潜在的に進行していることを理解した対応が望まれている。

〔基本知識 10〕

アルツハイマー型認知症の早期発見のためのポイントをまとめた。

記憶障害が潜在性に発症し、多くは内容に基づく分類では出来事記憶障害、保持時間に関する分類では近時記憶障害が特徴的である。約束を忘れたり、物の置き場所がわからなくなった、話したことを忘れて同じ話を繰り返したりする。進行に伴い見当識障害や遂行機能障害、視空間認知障害が徐々に加わる。見当識障害は、時間→場所→人の順に進むことが多い。比較的早期から遂行機能障害が認められることが多く、仕事や家事などの日常業務に支障を来すようになる。視空間認知の障害が目立つこともあり、時計、立方体や複雑な図形の描画模写が困難となり、近所でも道に迷うようになる。初期には抑うつやアパシー等を伴うことも多い。取り繕い反応や振り返り徴候、病識のなさ、もの盗られ妄想なども特徴的な症状である。他の疾患と異なり、早期から著明な局所症状を認めることは稀である。

血管性認知症の診断

〔基本知識11〕

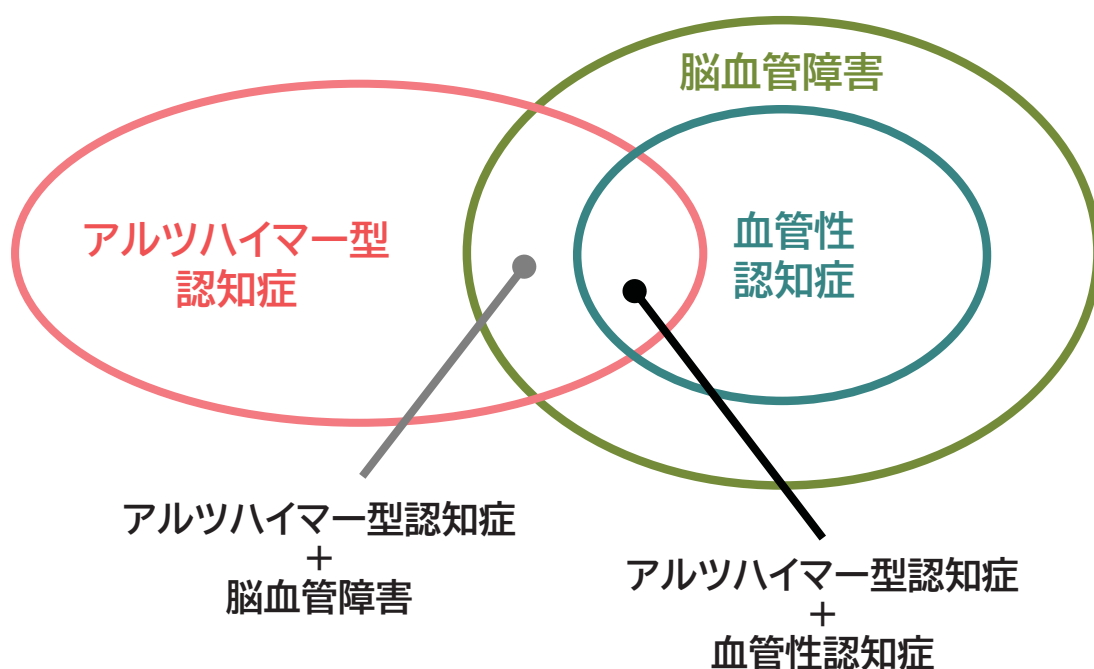
- A. 認知機能障害の発症が1回以上の脳血管障害のイベントと時間的に関連している
- B. 認知機能障害は典型的には情報処理速度、複雑性注意、前頭葉性実行機能において最も顕著である
- C. 病歴、身体診察、神経画像検査から認知機能障害を十分に説明できる脳血管障害が存在する証拠がある

※ 虚血性又は出血性の脳血管疾患により脳実質が損傷されることに起因する

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

脳血管障害と認知症の関係

〔基本知識12〕



〔基本知識 11〕

ICD-11 の血管性認知症に関する記述を示す。

認知機能障害の発症と脳血管障害のイベントが時間的に関連している、血管性認知症に認められることが多い情報処理速度、複雑性注意と実行機能の障害が明らかであること、病歴、身体所見、画像所見で認知機能障害を十分に説明できる脳血管障害が存在することが重要である。

〔基本知識 12〕

脳血管障害と認知症の関係を示す。

従来は脳卒中の既往や画像検査で脳梗塞を認める場合や運動麻痺や構音障害などの局所神経症状があれば血管性認知症と診断される傾向があった。また、アルツハイマー型認知症と血管性認知症は本来異なる疾患であり、両者の併存は混合型認知症ととらえられていた。しかし実際の高齢者では、様々な程度に脳血管障害が合併していることが多く、さらに縦断的な観察では、アルツハイマー型認知症の経過のなかで脳血管障害を合併したり、潜在性のアルツハイマー型認知症が脳血管障害を契機に顕在化したりすることもある。

一方で脳血管障害を認めても血管障害の範囲や場所によっては認知機能障害を引き起こさないこともある。経過や臨床症状、画像所見などを考慮し、アルツハイマー型認知症のみ、アルツハイマー型認知症と脳血管障害、アルツハイマー型認知症と血管性認知症、血管性認知症のみ、といった適宜の評価や診断が重要である。

血管性認知症の早期発見のポイント

〔基本知識13〕

【初期に多い症状】

- 記憶障害よりも**遂行機能障害**が目立つ。
(記憶力はある程度保てているが、携帯電話が使えなくなった、料理が順序良くできなくなったなど)
- **動作の緩慢さ、意欲や自発性の低下、抑うつ、傾眠**などが脳血管障害のエピソード後に持続する。

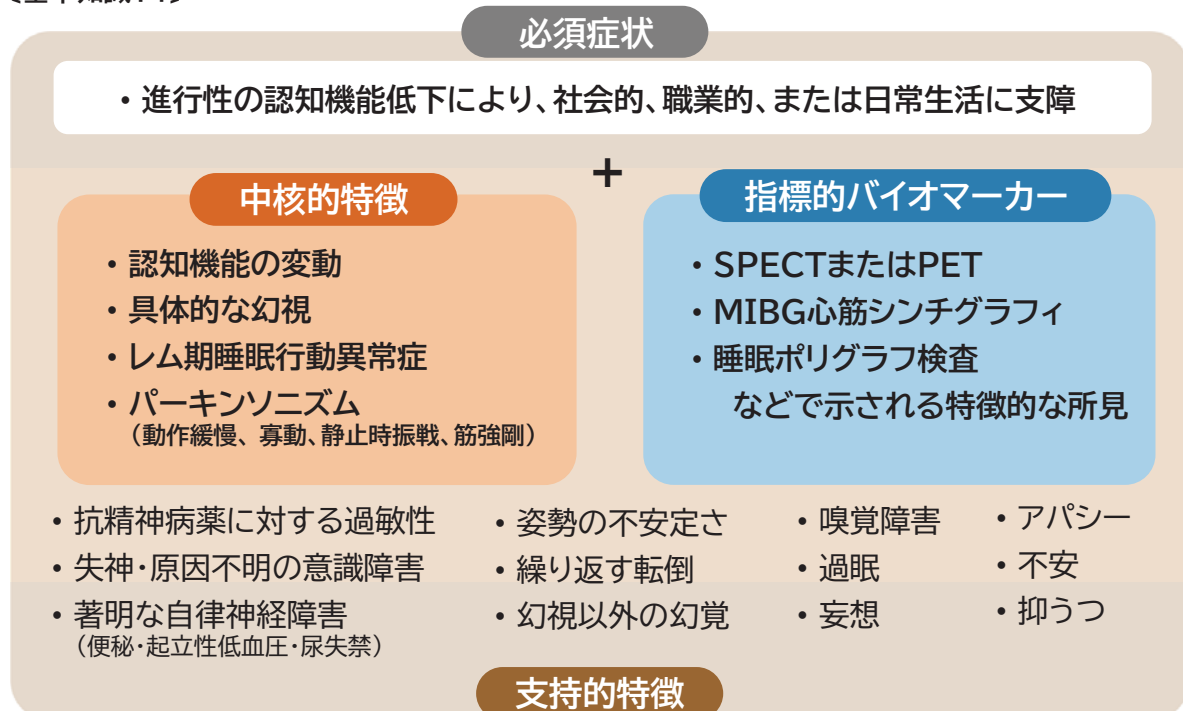
【特徴的な所見】

- 脳血管障害に伴う**局所症状**(麻痺、嚥下障害など)を認める。
- 脳血管障害を起こすたびに**階段状**に悪化している。
- **斑な認知機能障害、歩行障害や構音障害**など。

※ 多発性ラクナ梗塞やBinswanger病といった深部白質の虚血性病変(小血管病)では、脳卒中との関連がはっきりせず緩徐に進行することがある。

レビー小体型認知症(DLB)の臨床症状

〔基本知識14〕



認知症疾患診療ガイドライン 医学書院, 2017年. McKeith,I.G et al.: Neurology, 89: 88-100, 2017より作図

〔基本知識 13〕

血管性認知症の早期発見のためのポイントをまとめた。

血管性認知症は、虚血性又は出血性の脳血管疾患により脳実質が損傷されることに起因する認知症の総称であり、血管障害による病変の数、大きさ、場所によって多彩な症状を呈する。小さな梗塞でも認知障害を呈することもある。

記憶障害が軽いことが多く、脳卒中のエピソード後に認知機能が低下していれば強く疑う。早期から局所症状を認め、意欲の低下、感情失禁、歩行障害、構音障害、嚥下障害、麻痺、失禁などが目立つことが多いため、診察には神経学的診察が欠かせない。高血圧症、糖尿病、脂質代謝異常、大量飲酒など脳梗塞や脳出血の危険因子を有することが多い。複数の梗塞による場合は、まだらな認知機能障害と脳卒中発作後に階段状に進行することも特徴であるが、多発性ラクナ梗塞やBinswanger病といった深部白質の虚血性病変(小血管病)では脳卒中との関連がはっきりせず緩徐に進行することがある。

〔基本知識 14〕

レビー小体型認知症(以下 DLB) の診断基準は 2017(平成 29)年に改訂されている。

進行性の認知機能の低下により日常生活に支障をきたしている状態に加えて、中核症状(認知機能の変動、具体的な繰り返される幻視、レム期睡眠行動異常、パーキンソニズム(動作緩慢、寡動、静止時振戦、筋強剛))、指標的バイオマーカー(SPECT または PET で示される基底核におけるドパミントランスポーターの取り込み低下、MIBG 心筋シンチグラフィでの取り込み低下、睡眠ポリグラフ検査における筋緊張低下を伴わないレム睡眠の確認)が診断に必要な症状である。中核症状 2 項目もしくは 1 項目の中核的特徴と 1 項目の指標的バイオマーカーで probable(ほぼ確実)DLB の診断となる。

1 項目の中核的特徴のみ、もしくは 1 項目以上の指標的バイオマーカーのみの場合は possible(疑い)DLB となる。支持的特徴として、薬剤過敏性、易転倒性、自律神経症状、幻覚・妄想などの精神症状を伴う場合が多い。

レビー小体型認知症の早期発見のポイント

〔基本知識15〕

【初期に多い症状】

- もの忘れに対する**自覚がある**
(動揺性があり注意障害を伴う点でもアルツハイマー病と異なる)
- 人物や小動物、虫など**幻視や錯視**
(鮮明で生々しい幻視にもかかわらず本人は困惑していない)
- **レム睡眠行動障害**
(大声の寝言、眠っているときの激しい体の動き)
- **動作緩慢や歩行障害に伴う易転倒性**
- **便秘や起立性低血圧などの自律神経症状**
- **嗅覚の障害、抑うつ、不安、妄想など**

【特徴的な所見】

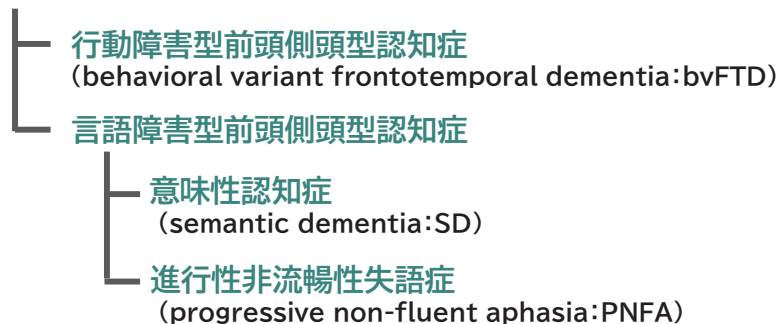
- 症状の**日内変動**がある。
- 質問や支持動作への**反応が緩徐**である。
- 取り繕いや振り返り症候がない。

前頭側頭葉変性症(FTLD)の概念

〔基本知識16〕

1) 定義： 主として初老期に発症し、大脳の前頭葉や側頭葉を中心に神経変性を来し、人格変化や行動障害、失語症、認知機能障害、運動障害などが緩徐に進行する

2) 分類： **前頭側頭葉変性症** (frontotemporal lobar degeneration: FTLD)



3) 特徴： ・ 頻度は、ADの10分の1以下で性差はない。
・ 高齢で発症する例も存在するが、70歳以上で発症する例は稀である。家族歴を有することがある。
・ bvFTDとSDは指定難病(平成27年から)

〔基本知識 15〕

レビー小体型認知症の早期発見のためのポイントをまとめた。

病初期には、記憶障害が目立たないことが少なくないため、記憶障害以外の注意障害や視空間認知障害、遂行機能障害などの有無を検討することが重要である。さらに中核症状以外にも多彩な臨床症状を呈しうる。また注意機能をはじめとした認知機能の変動し、数分、数日、月単位で症状が変動する。パーキンソン症状では、振戦は比較的少なく、動作緩慢、姿勢反射障害、歩行障害が目立つことが多い。睡眠のレム期に大きな寝言や叫び声をあげたり、手足を動かしたりするレム期睡眠行動異常症が前駆段階からしばしばみられる。嗅覚障害、便秘や起立性低血圧などの自律神経症状、抑うつ、アパシーなどが早期よりみられる場合がある。

臨床症状の出現時期や重症度、進行の速度には個人差が大きい。認知機能障害以外にも全身の症状に注目することが重要である。

〔基本知識 16〕

前頭側頭葉変性症は、主として初老期に発症し、大脳の前頭葉や側頭葉を中心に神経変性をきたし、人格変化や行動障害、失語症、認知機能障害、運動障害などが緩徐に進行する疾患の総称である。スライドの分類は、2011(平成23)年に提唱された診断基準(臨床的分類)である。前頭前野の萎縮により行動異常を主体とする行動障害型前頭側頭型認知症(bvFTD)と言語障害を主体とする言語障害型前頭側頭型認知症に分類された。

言語障害型は更に萎縮の部位と臨床症状により、意味性認知症(SD)と進行性非流暢性失語症(PNFA)に分類される。前頭葉や側頭葉に局限した神経細胞の脱落がみられ、残存神経細胞にはタウ蛋白や TDP-43、FUS などの異常蛋白が蓄積していることが知られているが、その原因は解っていない。主な特徴はスライドの通りである。bvFTD と SD は指定難病に認定され、公的支援を受けるためには早期の正確な診断が重要である。

出典

Rascovsky K et al. Sensitivity of revised criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. Brain, 134: 2456-2477

前頭側頭葉変性症の早期発見のポイント

〔基本知識17〕

初期には記憶障害は目立たず、神経学的所見は特に認めない

分類	初期に多い症状	特徴的な所見
行動障害型 前頭側頭型認知症	・ 脱抑制的行動 ・ 常同行為 (時刻表的生活・反復行為) ・ 食行動異常 (過食・嗜好変化・口唇傾向) ・ 無関心・共感の欠如	・ 病識の欠如 ・ 「我が道を行く行動」 ・ 診察中の立ち去り行為 ・ 社会のルールが守れない
意味性認知症	・ 言葉の意味が分からない (「利き手」「季節」など) ・ 物や人の名前が出てこない	・ 会話が迂遠になる ・ 質問の意味が理解できない
進行性非流暢性 失語症	・ 発話自体がゆっくりで努力性になる	・ 発語の開始が困難となる (会話中のどもりや途切れ)

画像診断の意義と重要性

〔基本知識18〕

- 『高齢者でもの忘れがあるから認知症である』と容易に診断せずに、診断には必ず器質性の脳病変の有無を検出する必要がある。
- 疾患によっては、確定診断には、脳波検査や他の画像検査(SPECTやPET、ダットスキャン®、MIBG心筋シンチなどの核医学検査を含む)、神経心理学的検査、血液検査、髄液検査 などが必要となる。
- 自院で頭部CT検査や脳MRI検査などが施行できない場合には、施行が可能な施設への依頼や認知症サポート医や専門医との連携を検討する。

〔基本知識 17〕

前頭側頭葉変性症の早期発見のためのポイントをまとめた。

いずれのタイプでも発症と進行は緩徐で初期には記憶障害や視空間機能障害などが目立たないことが特徴である。

行動障害型前頭側頭型認知症では、前頭葉機能の障害としての脱抑制行動、共感や感情移入の欠如、固執・常同性、食行動変化、口唇傾向などの行動異常が前景に立つ。そのため成人の発達障害やうつ病、強迫性障害など他の精神疾患と診断されることも稀ではない。

意味性認知症では、単語の呼称障害と理解障害を中心とする語義失語（物の名前が分からない、単語の意味が理解できないなど）、表層性失読（団子を「だんし」、三日月を「さんかづき」と読むなど）が目立つ。失語症状のためアルツハイマー型認知症と間違われることも多い。発語失行や複雑な文の理解障害などが目立つ。発話における失文法と不規則な音韻の誤りや歪みの特徴であり、努力性発話や発話開始困難を伴い、会話も途切れる。

〔基本知識 18〕

認知症の診断に際して画像診断の役割は大きい。『高齢者でもの忘れがあるから認知症である』と容易に診断せずに、診断には必ず器質性の脳病変の有無を検出する必要がある。画像検査は、認知症の病型診断の補助としても重要である。また、脳出血や慢性硬膜下血腫といった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を含め、治療可能な認知症を見逃さないためにも、認知症と診断した場合には、頭部 CT 検査や頭部 MRI 検査などの形態画像検査を実施することが望ましい。

疾患によっては、確定診断には、脳波検査や他の画像検査（SPECT や PET、ダットスキャン®、MIBG 心筋シンチなどの核医学検査を含む）、神経心理学的検査、血液検査、髄液検査などが必要となる。

各認知症の典型的なMRI画像

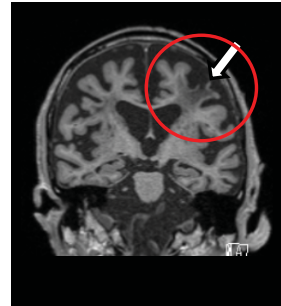
〔基本知識19〕

アルツハイマー型認知症



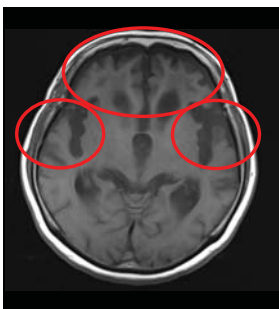
海馬、側頭葉内側の萎縮

血管性認知症



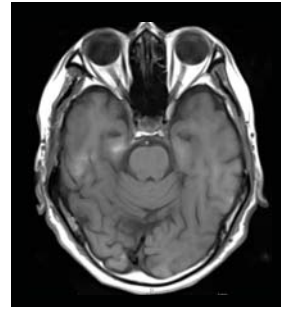
多発する皮質下梗塞や灌流域の高度の白質病変(低灌流型)

前頭側頭葉変性症



前頭葉または側頭葉前部、あるいはその両方の限局性萎縮

レビー小体型認知症

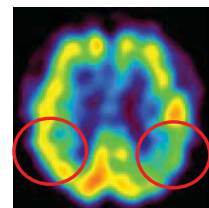
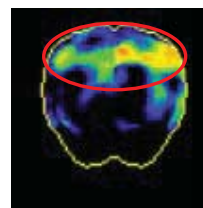
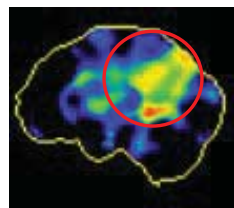


海馬・側頭葉の萎縮は目立たない

各認知症の典型的な機能画像

〔基本知識20〕

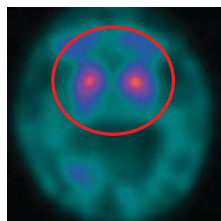
アルツハイマー型認知症



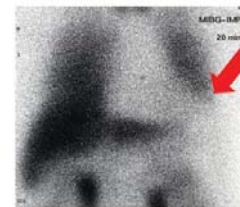
後部帯状回、楔前部、側頭頭頂連合野の血流低下

脳血流シンチ

レビー小体型認知症



大脳基底核での取り込み低下

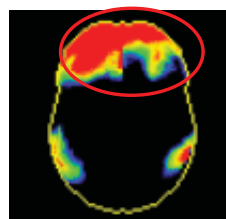
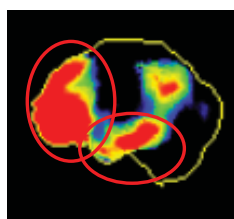


取り込み低下

DATスキャン®

MIBG心筋シンチ

前頭側頭葉変性症



前頭葉または側頭葉前部、あるいはその両方の血流低下(脳血流シンチ)

脳血流シンチ

〔基本知識 19〕

変性性認知症の評価には T1 画像がより有効である。萎縮の部位、程度の評価のためには3方向(横断、矢状断、冠状断)で撮像する事が望ましい。また、各認知症においても頭部画像評価のみで診断をすることは極めて危険であるため臨床症状とともに評価し、画像は参考程度とすべきである。

アルツハイマー型認知症は、海馬、側頭葉内側部の萎縮が特徴であるが、萎縮が軽微である場合、年齢的な萎縮を伴う場合も多いため、他の部位と比較しての萎縮評価が重要である。

血管性認知症の画像パターンは①多発梗塞性、②戦略的な部位の単一病変、③小血管病変(多発ラクナ梗塞、Binswanger 病)、④低灌流、⑤脳出血の大きく5つに分類される。小血管病変が最も多いが、CT、MRI 上の白質病変は高齢者や他疾患でもしばしば認められるため、これを根拠に血管性認知症と診断するべきではなく、変性性認知症と血管障害の合併を常に念頭に置く必要がある。

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場合が典型的であるが、失語症状中心の場合は前頭葉の萎縮が目立たない事も多く、症状により画像が異なる事に注意が必要である。

レビー小体型認知症では、頭部 MRI では萎縮が目立たないことが特徴である。症状が顕著であるのに萎縮が目立たない場合は、本疾患を疑う手掛かりとなる場合がある。

〔基本知識 20〕

シンチグラフィ検査は頭部 MRI とともに評価する事により診断の精度を上げることができる。アルツハイマー型認知症は、脳血流シンチでは後部帯状回、楔前部、側頭頭頂連合野の血流低下が特徴である。初期にはその一部の変化のみの場合もあるため経時的に評価する事も有用である。一方で、脳血管障害や脳血流低下による血流低下を伴う場合があるため、頭部 MRI を含めて評価する事が重要である。

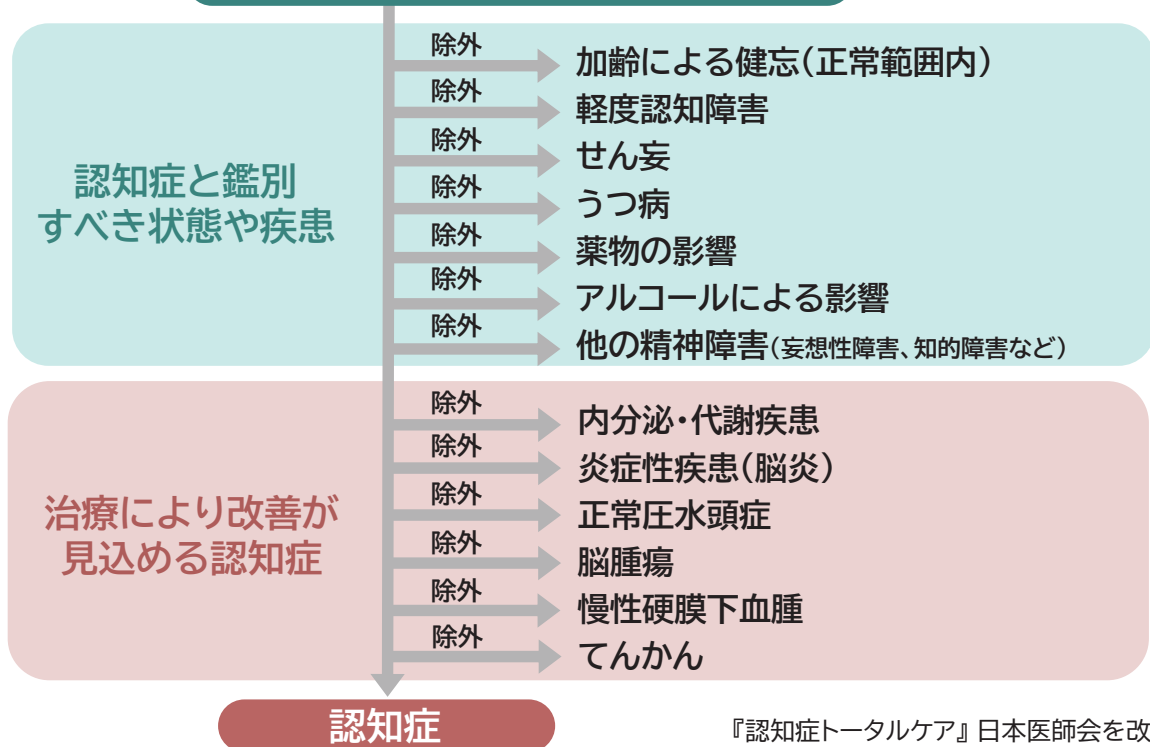
レビー小体型認知症では、DAT スキャン®において線条体におけるドパミントランスポーター(DAT)の取り込み低下を認め、ドパミン神経の変性・脱落を評価する事ができる。ドット型の集積低下を示す。選択的セロトニン取り込み阻害薬などの中には影響を与える薬剤があるため、内服薬は注意が必要である。MIBG 心筋シンチグラフィは心臓の交感神経の変性・脱神経を評価しているが、MIBG の心筋への取り込み低下が本疾患での特徴となる。心疾患や糖尿病でも低下を示すため、合併疾患には留意すべきである。

前頭側頭型認知症では、前頭葉および側頭葉を中心に血流低下を示すが、意味性認知症などの失語症状が中心の疾患群では側頭葉前部を中心とした低下や、左右差を伴う事がしばしばあるため留意すべきである。

認知症診断のフローチャート

〔基本知識21〕

認知症の疑い・認知機能障害の疑い



『認知症トータルケア』日本医師会を改変

加齢に伴う生理的健忘の特徴

〔基本知識22〕

生理的健忘と病的健忘の鑑別点の要点

	生理的健忘	病的健忘 (アルツハイマー型認知症)
もの忘れの内容	一般的知識など	自分の経験した出来事
もの忘れの範囲	体験の一部	体験した全部
進行	進行・悪化しない	進行していく
日常生活	支障なし	支障あり
自覚	あり	なし
学習能力	維持されている	新しいことが覚えられない
日時の見当識	保たれている	障害されている
感情・意欲	保たれている	易怒性、意欲低下

〔基本知識 21〕

認知症の臨床診断では、問診、身体的診察、神経学的診察を行い、認知症の有無、症状、重症度を把握し、認知機能検査、脳画像検査、血液検査、脳脊髄液検査などを行い、認知症の病型診断、除外診断、鑑別診断を行う。

認知症診断のフローチャート(例)をスライドに示した。認知症の疑い・認知機能障害の疑いがある場合に、まず、認知症と鑑別すべき状態や疾患などを除外し、さらに、治療により改善が見込める内科的疾患・外科的疾患を除外していく。その後、検査等により、変性性・血管性認知症の鑑別を進める。

このプロセスの中で、加齢による健忘(正常範囲内)、軽度認知障害、せん妄、うつ病、薬剤の影響、アルコールの影響、他の精神障害(妄想性障害、知的障害など)などを除外し、さらに内分泌・代謝疾患、炎症性疾患(脳炎)、正常圧水頭症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、てんかんなど治療により改善が望める認知症を見逃さないことが重要である。

〔基本知識 22〕

生理的健忘(加齢に伴うもの忘れ)と病的健忘(認知症のもの忘れ)の鑑別点の要点をまとめた。「もの忘れの内容」、「もの忘れの範囲」、「進行」、「日常生活」、「自覚」、「学習能力」、「日時の見当識」、「感情・意欲」などの項目で前者と後者とでは表に挙げた特徴を認める。

具体的に一部を挙げると、「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。また、「進行」に関しては、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。「日付の見当識」では、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。「自覚」では、後者ではもの忘れに対する自覚は前者に比べて乏しい。それぞれの特徴を把握するための問診が重要である。

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)

軽度認知障害 (MCI : Mild Cognitive Impairment)

〔基本知識23〕

定義・分類

- 正常と認知症の中間の状態。記憶障害を主体とする**健忘型MCI**とその他の障害による**非健忘型MCI**に分類される

健忘型MCIの特徴

- ① 記憶障害の訴えが本人または家族から認められる
- 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)

特徴

- 軽度認知障害から認知症へのコンバージョンは専門医による追跡では9.6%/年、地域研究では4.9%/年。一方で正常なレベルに回復する人もいる。

(Mitchell AJ, Acta Psychiatr Scand. 2009)

(Shimada H et al. J Am Med Dir Assoc. 2017)

若年性認知症

〔基本知識24〕

- 認知症は高齢者の病気だと思われがちだが、実際は**若い世代でも発症**することもある。
- **65歳未満の人が発症する認知症を総じて「若年性認知症」と言う。**
- 働き盛り世代や子育て世代の人に発症するため**本人だけでなく、家族の生活への影響が大きい。**
- 若年性認知症について**正しく理解し、早期の気づきと対応、及び適切な支援に繋げることが重要である。**

〔基本知識 23〕

軽度認知障害 (MCI: Mild Cognitive Impairment) 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 (1.5SD 以下) と定義され、正常と認知症の中間の状態を指す。

健忘型 MCI の特徴は、①記憶障害の訴え、②ADL は正常、③全般的認知機能は正常、④記憶障害が存在、⑤認知症ではない、ことである。MCI は、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、専門医の追跡では平均で年間約 10% が認知症に転換すると報告されている。一方で正常なレベルに回復する例もある。MCI はあくまでも症状での診断であり、その病理学的背景はさまざまであることに留意すべきである。これらに配慮し、本人ならびに家族に対して MCI について適切な情報提供し正しい理解を促す必要がある。

出 典

Petersen RC et al. Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Neurol. 2001;58:1985-1992.
 Mitchell AJ, Acta Psychiatr Scand. 2009
 Shimada H et al. J Am Med Dir Assoc. 2017

〔基本知識 24〕

認知症は高齢者の病気だと思われがちだが、実際は若い世代でも発症することもある。65 歳未満の人が発症する認知症を総じて「若年性認知症」と言う。

若年性認知症は高齢発症の認知症と比較して、①発症年齢が若く男性に多い、②本人や周囲が様子の変化には気づくものの認知症が疑われずに適切な医療への受診が遅れがちである、③子の養育や親の介護の時期と重なることが多く、社会経済的な問題が大きい、④働き盛り世代や子育て世代の人に発症するため本人だけでなく、家族の生活への影響が大きい (本人・配偶者の就労継続、子の養育の継続や結婚への影響等)、⑤若年性認知症の本人に適した公的なサービスが少なく、情報量も少ないために適切な支援に結び付きにくい、といった課題があげられる。そのような背景や課題から、若年性認知症について正しく理解し、早期の気づきと対応、及び適切な支援に繋げることが重要である。

若年性認知症の症状の特徴

〔基本知識25〕

若年性認知症の注意すべき症状の特徴は以下の通り

- 初期のサインが見逃されやすい
- 症状の個人差が大きい
- 抑うつ状態に陥りやすく、不安感が強い
- 介護やケアを受けることへの抵抗感が強い
- 進行が早い傾向がある
- 認知機能の低下と身体機能の低下が並行しない
- 社会的役割や達成感を希求している



※ 確定診断を受けた時には、既に症状が進行していることが少なくない

せん妄の特徴

〔基本知識26〕

定義

- 身体的な要因や薬剤の要因によって急性に出現する意識・注意・知覚の障害であり、症状には変動性がある。

特徴

- 診察する時期によって状態が大きく変化する。
- 高齢者の有病率が高いにもかかわらず、医療従事者でもせん妄の症状が認識されないことも多い。
- 精神疾患や認知症患者では見逃されることが多い。
- 過小評価され、対応が遅れ症状が遷延する傾向がある。

留意点

- 原則可逆性であり、診断と鑑別、治療が重要である。
- 安全な治療・療養環境の確保、適切な検査、精神症状に隠れた身体疾患の鑑別、全身の診察を怠らない。

〔基本知識 25〕

若年性認知症において注意すべき症状の特徴は、スライドに挙げられている通り、①初期のサインが見逃されやすい、②症状の個人差が大きい、③抑うつ状態に陥りやすく、不安感が強い、④介護やケアを受けることへの抵抗感が強い、⑤進行が早い傾向がある、⑥認知機能の低下と身体機能の低下が並行しない、⑦社会的役割や達成感を希求している、などである。

しかし、実際にはこれらの特徴を認めても適切な医療や支援に結びつかず、確定診断を受けた時には、既に症状が進行していることが少なくない。

若年性認知症の人・家族がおかれている環境や状況は様々ではあり、具体的な対応や必要とする支援も異なるが、これらの特徴を十分に理解した上で、高齢者に限らず、日常の診療や業務において注意深く観察することが重要である。

〔基本知識 26〕

せん妄は、認知症と並び高齢者の認知機能障害の原因として最も重要な病態である。せん妄は、「身体的な要因や薬剤の要因によって急性に出現する意識・注意・知覚の障害であり、症状には変動性がある。」と定義され、急性の意識障害の一種である。

一方で高齢者における有病率が高いにもかかわらず、医療従事者でもせん妄の症状が認識されず、精神疾患や認知症患者では見逃されることが多い、などの特徴がある。さらに過小評価され、対応が遅れ症状が遷延する傾向もある。

せん妄は、原則として可逆性であり、認知症との鑑別や原因に基づく治療を行うことが重要である。せん妄が疑われる場合には、安全な治療環境・療養環境の確保を図りつつ、精神症状の評価とともに、一般内科学的診察、神経学的な診察、画像検査、血液検査、服薬歴の調査などを適宜実施し原因の把握に努めつつ、精神症状に隠れた身体疾患を見逃さず、常に全身の診察を怠らないことも重要である。

せん妄とアルツハイマー型認知症の違い

〔基本知識27〕

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発 症	急激(数時間～数日)	潜在性(数か月～数年)
経過の特徴	動揺性、短時間	慢性進行、長時間
初期症状	注意集中困難、意識障害	記憶障害
注意力	障害される	通常正常である
覚醒水準	動揺する	正常
誘因	多い	少ない
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与しない

うつ病の特徴

〔基本知識28〕

特徴

- 高齢者では、加齢や心理社会的要因、身体的要因が重なるため頻度も高いが、**診断されずに見過ごされる**ことが多い。
- **認知症発症のリスク**であり、**認知症に併存**することもある。

診断

- 以下の症状のうち5つ以上が2週間持続(少なくとも1つは、1)または2))
 - 1) 抑うつ気分
 - 2) 興味、喜びの著しい減退
 - 3) 体重減少、食欲の減退
 - 4) 不眠
 - 5) 精神運動性の焦燥/制止
 - 6) 易疲労性/気力の減退
 - 7) 思考力や集中力の減退/決断困難
 - 8) 無価値観/罪責感
 - 9) 死についての反復思考、自殺念慮

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

留意点

- 高齢者では、**悲観的思考、精神運動激越、心気症、身体症状、精神病症状、うつ病性仮性認知症**などが特徴である。
- **自殺の可能性や社会的孤立、身体疾患の影響**などへの配慮が重要。

〔基本知識 27〕

せん妄とアルツハイマー型認知症の鑑別の要点を示す。

せん妄との最も大きな違いは「発症様式」と「経過の特徴」であり、せん妄は急激で数時間～数日で発症し、症状は動揺性である。一方でアルツハイマー型認知症では潜在性で数か月～数年で症状が現れ、慢性に進行することが特徴である。「何日の夜」「数日前から」と特定できる症状の現れ方の場合は、前者の可能性が高い。注意力の散漫という形での「意識障害」と「幻視」および「運動不穏」は、せん妄の三徴であるが、高齢者では幻視を伴わないこともある。

また、通常は運動不穏のために多動となることが多いが、多動状態を伴わず、不活発な状態となる場合もある。また、「誘因」、「身体疾患」、「環境」などの要因の有無についてもスライドのような特徴がある。

〔基本知識 28〕

認知症と鑑別すべき疾患としてうつ病は重要である。高齢者では、加齢や心理社会的要因、身体的要因が重なるためうつ病の頻度も高いが、一方で診断されずに見過ごされることが多い。さらにうつ病は、認知症発症のリスクであり、認知症に併存することもある。

DSM の診断基準では、1)抑うつ気分、2)興味、喜びの著しい減退、3)体重減少、食欲の減退、4)不眠、5)精神運動性の焦燥/制止、6)易疲労性/気力の減退、7)思考力や集中力の減退/決断困難、8)無価値観/罪責感、9)死についての反復思考、自殺念慮の9つの症状のうち 5 つ以上が 2週間持続(少なくとも1つは、1)または2))する場合にうつ病と診断する。これらの症状以外にも、高齢者では、悲観的思考、精神運動激越、心気症、身体症状、精神病症状、うつ病性仮性認知症など多彩な症状を呈することが特徴的である、自殺の可能性や社会的孤立、身体疾患の影響への配慮が重要である。

うつ病とアルツハイマー型認知症の違い

〔基本知識29〕

	うつ病(仮性認知症)	アルツハイマー型認知症
発 症	急性(週か月単位)	緩徐で潜在性
経過と特徴	比較的短期、動揺性	長期、進行性
自覚症状	存在する、強調する (能力の低下を慨嘆する)	欠如することが多い (能力の低下を隠す)
身体症状	摂食障害、睡眠障害	ないことが多い
答え方	否定的答え(わからない)	つじつまをあわせる
思考内容	自責的、自罰的	他罰的
見当識障害	軽い割にADL障害強い	ADLの障害と一致
記憶障害	軽い割にADL障害強い 最近の記憶と昔の記憶に 差がない	ADLの障害と一致 最近の記憶が主体
日内変動	あり	乏しい

薬剤による認知機能の低下

〔基本知識30〕

特徴

- 認知機能低下に服用している薬剤が影響している可能性があり、肝・腎機能障害、多剤併用の高齢者、認知症や神経変性疾患などで出現しやすい。

症状

- 潜在性もしくは亜急性に発症する。
- 服用により経時的に認知機能障害が変化する。
- 注意力の低下が目立つ。(せん妄に類似した症状)
- 薬剤の中止により認知機能障害は改善する。

留意点と対応

- 服薬状況や健康食品の使用状況を含め必ず聴取が必要である。
- 初診時だけでなく、定期的に聴取を行う。
- 他院での薬剤の変更を把握する。
- 原因薬剤および症状について情報共有し、処方医と相談する。

〔基本知識 29〕

うつ病とアルツハイマー型認知症の鑑別の要点を示す。

うつ病は、潜在性に緩徐に発症することではなく、急性(週か月単位)で比較的短期の経過で症状を呈することが特徴である。生活史上の何らかの契機が認められることが多い。通常は長くても数ヶ月前からの発症である。

もの忘れなど認知症症状に対する自覚については、うつ病では自覚が強く、強調したり困惑したりする。アルツハイマー型認知症では自覚症状に対する関心が乏しく、能力の低下を隠したり否定したりする傾向にある。また、うつ病では質問に対しての答え方が全体に緩徐となり、「分からない」と否定的に答えるが、アルツハイマー型認知症ではつじつまを合わせようとしたり、取り繕おうとしたりする。思考内容に関しても違いがあり、うつ病では自責的あるいは自罰的となる。一方、アルツハイマー型認知症では他罰的となる。

その他、見当識障害、記憶障害、日内変動などでスライドに示した特徴が挙げられる。

〔基本知識 30〕

認知機能低下の背景に服用している薬剤が影響している可能性を念頭に置く必要がある。肝・腎機能障害、多剤併用の高齢者や認知症や神経変性疾患などでは出現しやすい。薬剤により認知機能が低下している場合は、潜在性もしくは亜急性に発症する、服用により経時的に認知機能障害が変化する、注意力の低下が目立ち、せん妄に類似した症状が出現する、原因となっている薬剤中止により認知機能障害は改善する、等が特徴的な症状である。留意点としては、服薬状況や健康食品の使用状況を含め、定期的に薬剤に関する聴取を行うことが重要である。

アルコール関連障害（精神・神経の疾患）

〔基本知識31〕

特徴

- アルコール依存症など長期の多量飲酒が、中枢神経の機能や構造変化をもたらし、精神症状や神経症状を呈する。

症状

ウェルニッケ脳症

- ビタミンB1欠乏により、意識障害・眼球運動障害・失調性歩行障害などが、と急速(1日～数日)に出現する。

※ ビタミン剤投与により可逆的であるが、見過ごされるとコルサコフ症候群に移行する。

コルサコフ症候群

- 健忘(前向性・逆行性)・失見当識・作話を認め、回復は困難。

アルコール性認知症(アルコール関連認知症)

- 長期の多量飲酒が、間接的な血管リスクや脳の萎縮などリスクとなり認知症症状を呈する。

※ アルコール以外に認知症の原因がない場合、アルコール性認知症とされる。

記憶障害のアセスメント

〔基本知識32〕

● 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
- ・ 気になったニュースや出来事 など

● 昔の記憶

- ・ 生年月日
- ・ 出生地
- ・ 学校時代の話
- ・ 過去の仕事や社会的な役割 など

※ 内容によっては、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。可能であれば認知症のスクリーニング検査の実施を検討する。

〔基本知識 31〕

多量に飲酒する人に認知機能の低下や認知症がみられることが知られている。長期の多量飲酒が中枢神経の機能や構造に変化をもたらす精神症状や神経症状を呈する。ウェルニッケ脳症は、多量飲酒や偏食などによりビタミン B1 が欠乏し、意識障害、眼球運動障害、失調性歩行障害などが、急速(1 日～数日)に出現する。ビタミン剤投与により可逆的であるが、見過ごされるとコルサコフ症候群に移行する。

コルサコフ症候群は、健忘(前向性・逆行性)、失見当識、作話などを認め、この状態からの回復は困難である。さらに長期の多量飲酒が、間接的な血管リスクや脳の萎縮などリスクを高め、認知症の症状を呈するアルコール性認知症(アルコール関連認知症)も鑑別上重要である(認知機能を障害している原因について検査し、アルコール以外に認知症の原因がない場合、アルコール性認知症とされる。ウェルニッケ脳症やコルサコフ症候群と同じという意見もある)。

〔基本知識 32〕

記憶障害のアセスメントのポイントをまとめた。

記憶障害に関する質問は、あらかじめ家族から最近起こった出来事の情報や日常生活の行動に関する情報を得ておくことが必要となる。両者の間の情報に矛盾が生じたりするだけでなく、その矛盾を本人が認めるかどうか、認めないで様々な言い訳をして取り繕うかどうかは、診断において重要なポイントとなる。

最近の記憶を確認・評価する際には、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出すのがコツである。「昨日何をしましたか」、「家族との外出でどこに行き何をしましたか」、「気になったニュースや出来事はありませんか」などの質問も最近の記憶の確認に繋がる。

昔の記憶に関して確認する際には、生年月日、出身地、結婚や子供の誕生日などを尋ねる。学校時代のエピソードや過去の仕事や社会的な役割、既往歴、教育歴などを聴くのもよい。

見当識障害のアセスメント

〔基本知識33〕

- 今日の年月日、曜日
- 今の時間、午前・午後
- 今の季節
- 自宅の住所
- 今いる場所の認識（病院名や建物の名前）
- 家族の認識（同伴者の続柄や名前）

※ 通常は質問式であり、質問内容や状況によっては、診察の会話の中でさりげなく確認することを考慮する。

※ 施行が可能であれば認知症のスクリーニング検査の実施を検討する。

判断・実行機能障害のアセスメント

〔基本知識34〕

- 家族からの情報
 - ・ 気候にあった服を着ているか
 - ・ 適切に着替えや入浴をしているか
 - ・ 料理の味付けや段取りはどうか
 - ・ いつも同じ料理ばかりではないか
 - ・ 買い物は適切に行えているか
 - ・ 貴重品や金銭管理は行えているか など
- 本人への質問
 - ・ 日常生活で以前と比べて困ることはないか
 - ・ 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 など

〔基本知識 33〕

見当識障害のアセスメントのポイントをまとめた。

通常は質問式で行われるが、質問内容や状況によっては、診察の会話の中でさりげなく確認することを考慮する。施行が可能であれば認知症のスクリーニング検査の実施を検討する。

今日の年月日、曜日などの日付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並行して進行するが、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。

さらに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ってみてもらうことも有用である。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、病院名や建物の名前、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。

〔基本知識 34〕

判断・実行機能障害のアセスメントのポイントをまとめた。

判断・実行機能障害について確認や評価するには、家族から日ごろの行動について聴いておく必要がある。具体的には、気候にあった服を着ているか、適切に着替えや入浴をしているか、料理の味付けや段取りはどうか、いつも同じ料理ばかりではないか、買物は適切に行えているか、貴重品や金銭管理は行えているか などを確認する。

本人への質問で判断・実行機能障害について確認する場合には、日常生活で以前と比べて困ることはないか、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、などを質問すると良い。

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する。

改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)

〔基本知識35〕

No.	質問内容	配点	記入
1.	お歳はいくつですか？(2年までの誤差は正解)	0 1	
2.	今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？ (年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)	年	0 1
		月	0 1
		日	0 1
		曜日	0 1
3.	私たちが今いるところはどこですか？ 自発的に出れば2点、5秒おいて、家ですか？病院ですか？ 施設ですか？の中から正しい選択をすれば1点	0 1 2	
4.	これから言う3つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。 (以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく) 1：a)桜 b)猫 c)電車 2：a)梅 b)犬 c)自動車	0 1 0 1 0 1	
5.	100から7を順番に引いてください。 (100-7は？それからまた7を引くと？と質問する。最初の答えが不正回の場合、打ち切る)	(93)	0 1
		(86)	0 1
6.	私がこれから言う数字を逆から言ってください。 (6-8-2、3-5-2-9)(3桁連唱に失敗したら打ち切る)	2-8-6	0 1
		9-2-5-3	0 1
7.	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。 (自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下のヒントを与え正解であれば1点) a)植物 b)動物 c)乗り物	a: 0 1 2 b: 0 1 2 c: 0 1 2	
8.	これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか言ってください。 (時計、鍵、タバコ、ペン、鉛筆など必ず相互に無関係なもの)	0 1 2 3 4 5	
9.	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。 答えた野菜の名前を右欄に記入する。 途中で詰まり、約10秒待っても出ない場合にはそこで打ち切る。 5個までは0点、6個＝1点、7個＝2点、8個＝3点、9個＝4点、10個＝5点		0 1 2
			3 4 5

認知症トータルケア 日本医師会雑誌 第147巻・特別号(2)

アルツハイマー型認知症 認知症治療薬の薬理学的な差異

〔基本知識36〕

薬剤	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
分類	ピペリジン系	アルカロイド系	カルバメート系	アマンタジン誘導体
作用機序	ChE阻害	ChE阻害 + ニコチン性アセチルコリン受容体(nAChR)へのアロステリック増強作用	ChE阻害 + ブチリルコリンエステラーゼ(BuChE)阻害作用	NMDA受容体阻害
用量(/日)	5-10mg	16-24mg	4.5-18mg	10-20mg
用法(/日)	1回	2回	1回	1回
生体内利用率	100%	100%	～70%	100%
蛋白結合率	93%	17%	40%	45%
半減期(時間)	70-80	5-7	3.4	60-80
代謝	肝臓 (CYP3A4>2D6)	肝臓 (CYP2D6・3A4)	腎排泄	腎排泄
剤形の種類	錠剤、OD錠、細粒、 ドライシロップ、ゼリー等	錠剤、OD錠、 内用液	貼付剤	錠剤、OD錠、 ドライシロップ

ChE: Cholinesterase, NMDA: N-methyl-D-aspartate

Noetzli M, and Eap CB. Clin Pharmacokinet. 2013 Apr;52(4):225-41. より引用

〔基本知識 35〕

改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)は、見当識、言葉の記銘、計算、遅延再生など 9 つの項目からなる簡便な認知機能評価測度で、認知症のスクリーニング検査として有用である。臨床(医療)のみならず、保健・福祉や司法の分野でも広く用いられている。30 点満点中 20 点以下で認知症の可能性を判断し、感受性は 0.90、特異性は 0.82 と高い検出力をもっている。しかし、ルールを無視した安易な実施はその評価の信頼性を失うため、聴力・視力障害の有無、体調不良や神経症状等を事前に把握し、もの忘れにかかるテストである旨の明示など、正しく実施することが重要となる。

※被検者の中には、簡単な計算問題や常識的な設問に愚弄されていると思う者や、施行前に緊張する者がいるので、施行時には十分な配慮が必要である。

出典

認知症トータルケア 日本医師会雑誌 第 147 巻・特別号(2)

〔基本知識 36〕

アルツハイマー型認知症治療薬として使用可能なコリンエステラーゼ阻害薬 3 剤と NMDA 受容体拮抗薬の薬理学的な特徴を表にまとめた。

コリンエステラーゼ阻害薬の 3 剤は、その作用機序の特性には差があるため、効果がないもしくは不十分、あるいは副作用で継続できなくなった場合には他剤への変更やメマンチンとの併用など患者の特性に合わせた治療を考慮する。表のように 3 剤は生体内利用率、蛋白結合率、半減期、代謝や排泄など薬理学的にも特徴が異なり、ドネペジルとガランタミンでは薬物相互作用に留意する。剤型ではリバスチグミンは貼付剤のみの発売であり、他の 2 剤では錠剤や OD 錠、細粒、内用液、ドライシロップなどの剤型がある。

メマンチンは、上記 3 剤とは作用機序が異なり、グルタミン酸受容体の 1 つである NMDA 受容体の拮抗作用により神経保護作用があると考えられている。腎排泄型の薬剤であり薬物相互作用も少ない。単剤で使用する以外に上記 3 剤との併用が可能である。

なお、ドネペジルのみが全病期での適応があり、ガランタミンとリバスチグミンは軽度から中等度、メマンチンは中等度から重度で適応がある。

出典

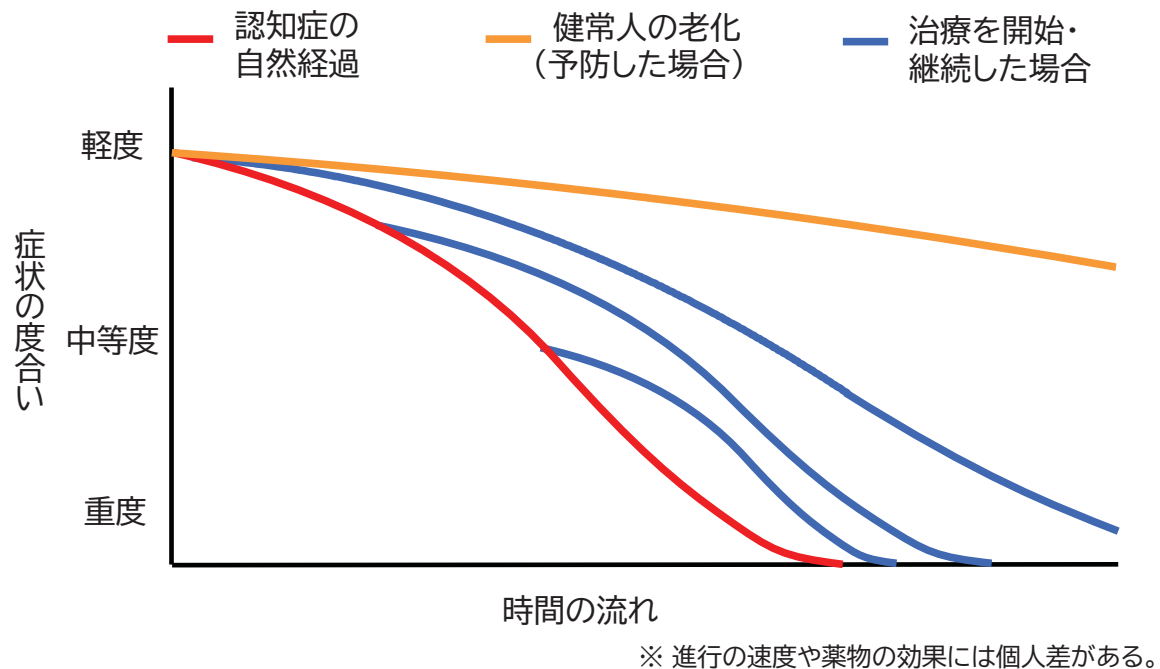
1) Birks J. Cochrane Database Syst Rev. 2006; 1: CD005593

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

アルツハイマー型認知症 臨床症状の経過と薬物療法の効果

〔基本知識37〕

早期診断や早期治療と適切な薬物療法の継続が重要である



認知症の非薬物的介入

〔基本知識38〕

認知症本人への介入

- 認知機能訓練、認知刺激、認知リハビリテーション
- 運動療法、マッサージ
- 音楽療法、作業療法、レクリエーション
- 回想法、支持的精神療法、バリデーション療法

介護者への介入

- 心理教育、スキル訓練
- 介護者サポート、ケースマネジメント、レスパイトケア
- 介護者のセルフケア、認知行動療法

〔基本知識 37〕

アルツハイマー型認知症の経過と薬物療法の効果の関係を示す。

認知症の自然経過は緩徐に進行する(赤)。一方で健常人の老化や認知症の発症を予防した場合は、個人差はあるものの社会生活や日常生活に大きな支障を来すことはなく年齢を重ねる(オレンジ)。認知症の薬物療法を開始・継続した場合の経過を示す(青)。

早期診断や早期治療と適切な薬物療法の継続をすることで認知機能障害の進行を遅らせることが期待できる。治療を開始した時期による差はあるが、本人が出来ることを長く維持できる、進行に伴う変化に落ち着いて対応できる、介護や見守りの負担を軽減出来る、行動・心理症状の出現を予防できる、医療費や介護費用を削減する、等の効果やメリットなどが報告されている。

※認知機能障害の進行の速度や薬物療法の効果、有害事象の発現には個人差があることも留意すべきである。

出典

認知症疾患診療ガイドライン 2017

〔基本知識 38〕

認知症の非薬物的介入には、認知症本人への介入と、介護者への介入がある。

認知症本人への介入としては、認知機能訓練、認知刺激、認知リハビリテーションなど認知機能・生活機能に注目したもの、運動療法、タクティールケアなどのマッサージ、音楽、絵画、園芸、手芸などの作業やレクリエーション、認知症の方の自尊心に働きかける回想法、支持的療法、バリデーション療法などのコミュニケーション技法がある。これらの非薬物的介入を効果的に行うには、認知症本人のライフレビューをしっかりと行い、本人にとって快刺激となり、役割や生きがいにつながり、結びつくものを選択することが重要である。またコミュニケーションを伴うものであることが効果的であり、個人療法だけでなくグループ療法として提供することも検討する。

介護者の介入としては、まず認知症の疾患理解を促す心理教育、介護スキルの訓練に始まり、介護者自身のストレスや介護負担の緩和を目的とした、介護者サポート、ケアマネジメント、レスパイトケアがある。介護者の役割を新たに担う過程の中で、介護者自身のメンタル問題が明らかになることもあり、介護者のセルフケアや認知行動療法も含まれる。介護者に対するこれらの介入は、認知症の方の行動心理症候の改善に効果があることが示されている。

認知症の非薬物療法

〔基本知識39〕

認知機能訓練	記憶、注意、問題解決など認知機能の特定の領域に焦点をあて、個々の機能レベルに合わせた課題を行う。
認知刺激	認知機能や社会機能の全般的な強化を目的とした活動やディスカッションなどの様々な関与を指す。認知に焦点をあてて正しい見当識などの情報を繰り返し教示する。
認知リハビリテーション	個別のゴール設定を行い、目標に向けて戦略的に行う個人療法
運動療法	多種多様なプログラムが存在し、有酸素運動、筋力強化訓練、平衡感覚訓練などを組み合わせて行うことが多い。
音楽療法	多種多様なプログラムが存在し、音楽を聴く、歌う、楽器を演奏する、リズム運動を行うなどの方法がある。
回想法	人生の歴史に焦点をあて、聞き手が受容的、共感的、支持的に傾聴することを通じて心を支える。
認知行動療法	認知のゆがみを修正することでストレスの軽減を図る技法。

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

〔基本知識 39〕

それぞれの非薬物療法の詳細について示す。

認知機能訓練は、記憶、注意、問題解決など認知機能の特定の領域に焦点をあて、個々の機能レベルに合わせた課題を行うものである。高次脳機能障害の方に行われる訓練と同じだが、認知症の場合、代償的手段の提示も重要なため、家族や介護者への指導も含まれる。

認知刺激は、認知機能や社会機能の全般的な強化を目的とした活動やディスカッションなどの様々な関与を包括した、ある程度決まったプログラムである。海外では有効性も確認されている。現実見当識療法(リアリティー・オリエンテーション)から発展したものであり、認知に焦点をあてて正しい見当識などの情報を繰り返し教示することも含まれる。

認知リハビリテーションは、個別のゴール設定を行い、目標に向けて戦略的に行う個人療法で、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などリハビリテーション専門職が提供する。利点としては、本邦では介護保険サービスとして通所と訪問の両方で提供可能である。

運動療法は、有酸素運動、筋力強化訓練、平衡感覚訓練などを組み合わせて行うが、個人でやる場合とグループで行う場合がある。音楽療法は、音楽を聴く、歌う、楽器を演奏する、リズム運動を行うなどの方法があり、個人でやる場合とグループで行う場合がある。回想法は、人生の歴史に焦点をあて、聞き手が受容的、共感的、支持的に傾聴することを通じて心を支えることが目的である。認知行動療法は、認知のゆがみを修正することでストレスの軽減を図る技法であるが、介護者のケアにおいてよく用いられる心理療法である。

歯科診療における実践 編

ねらい：認知症への気づき及び具体的な対応の原則を踏まえた、歯科診療の継続等について理解する

到達目標：

- 認知症への気づき及び初期対応のポイントを理解する
- 症状に配慮した歯科診療のポイントを理解する
- 認知症の人への歯科診療についての原則・具体的な方法について理解する
- BPSDに対する対応の原則を理解する

かかりつけ歯科医が早期に気づき対応する意義

〔歯科実践1〕

- 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

〔歯科実践2〕

- 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)

〔歯科実践 1〕

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。

〔歯科実践 2〕

「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

〔歯科実践3〕

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)

〔歯科実践4〕

動画 ③

「保険証返してよ・・・」

〔歯科実践3〕

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、“認知症が疑われる人”を CASE1、“認知症と診断されている人”を CASE2として考えていく。

〔歯科実践4〕

動画③「保険証返してよ・・・」

いつものように、かかりつけ歯科医院で治療を終えた山田すみさん。

帰り際に、保険証を返してもらっていない事に気付きました。

「返しましたよ」という受付、「もらっていない」という山田さん。

「認知症かもしれない」兆候への注意深い対応を理解しましょう。

認知症が疑われる人への対応

〔歯科実践5〕

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

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

〔歯科実践6〕

Point①

- 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

〔歯科実践5〕

動画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。

〔歯科実践6〕

基本的なポイントを示す。

“疑われる人”に対しては、動画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

例えば、動画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つともだ”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。

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

〔歯科実践7〕

Point②

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

〔歯科実践8〕

Point③

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

〔歯科実践 7〕

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。

〔歯科実践 8〕

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、他の疾患の場合と同様に重要である。

認知症が疑われる人に対する かかりつけ歯科医が行う医療連携の手始め

〔歯科実践9〕

- 歯科医院で起こった出来事の客観情報を集める
(他の歯科医師、スタッフ、家族等より)
- 以前の様子と比較する
- 困っているかどうかそれとなく確認する
- チャンスを見計らい地域包括支援センター等 他の支援者につなぐ
- 機会を見て診療情報提供を介してかかりつけ医から情報収集する
- 「心配してるんだよ」と寄り添い、「希望があれば紹介状を書くからね」など、支援できる旨を日頃から伝える

認知機能低下によって生活が困っていることを想定し
困りごとを助けるために行う

医師・歯科医師・薬剤師の連携の意義

〔歯科実践10〕

外来受診できるうちから医療連携しておく

かかりつけ医
と連携しよう

- ・ 認知症の診断名や内服薬剤の情報が得られる。
- ・ 生活機能に関する具体的・客観的な情報が得られる。
- ・ BPSDに関連する要因についての情報が得られる。
- ・ 服薬支援に資する服薬状況や副作用の確認ができる。
- ・ 医師に歯科治療方針や計画について伝えることができる。
- ・ 治療方針の共有により見通しが立てやすくなる。
- ・ 連携していることが、治療に関する本人・家族の安心感や満足度の向上になる。



- ・ 服薬遵守の意義や服薬方法、副作用について共有することができる。
- ・ 薬剤の副作用や日常生活に対する影響の説明を得ることができる。

かかりつけ
薬剤師・薬局
と連携しよう

- ・ 生活機能を知ったうえで口腔健康管理について共有する。
- ・ 歯科治療方針、計画について共有し、協力を得る。
- ・ 口腔機能低下や低栄養のリスク、対応について共有する。

かかりつけ歯科医は
情報提供しよう！

〔歯科実践 9〕

外来患者の認知症を疑った場合、自院において外来治療を継続していくためにも、医療介護連携の準備を始めることが重要となる。

自院で起こった本人の様子の変化に関する情報は、客観的な複数のエピソードを記録しておく。

連携のきっかけは、歯科治療中や受付での会話の中で困りごとが見つかった時、家族から困っていることを相談されたときだけでなく、本人の心情に配慮して「それとなく」「チャンスを見計らい」「機会を見て」タイミングを逃さないことが重要である。

医療上の連携だけでなく、地域包括支援センターなど他の支援者につなぐなど、可能な範囲で「生活支援の目線で、見守る目を増やす」ことが、医療介護連携の手始めになる。地域包括支援センターが既に情報を持っている場合もあるので連絡してみることも有用である。

本人が安心できるように、本人にも支援することを伝えることは後の診療をスムーズにする。

〔歯科実践 10〕

かかりつけ歯科医が医師や薬剤師が連携することの意義（連携することで得られる利点）についてまとめた。

かかりつけ医との連携を行うことで、認知症の診断名や内服薬剤の情報、生活機能に関する具体的・客観的な情報が得られ、また BPSD に関連する要因についての情報が得られる。医師に歯科治療方針や計画について伝えることができると、治療方針の共有により見通しが立てやすくなり、本人・家族の歯科治療に関する安心感や満足度の向上になる。

かかりつけ薬剤師・薬局との連携を行うことで、服薬遵守の意義について共有し、薬剤の副作用や日常生活に対する影響の説明ができるだけでなく、副作用に関する相談可能な関係が構築できる。

かかりつけ歯科医は、医師や薬剤師との連携において、口腔健康管理（口腔ケア・セルフケアを含む）、歯科治療方針や計画、口腔機能低下や低栄養リスクなどについて情報提供することが重要である。

認知症と診断されている人への対応

〔歯科実践11〕

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

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

〔歯科実践12〕

Point①

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

〔歯科実践 11〕

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。

〔歯科実践 12〕

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でなり、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

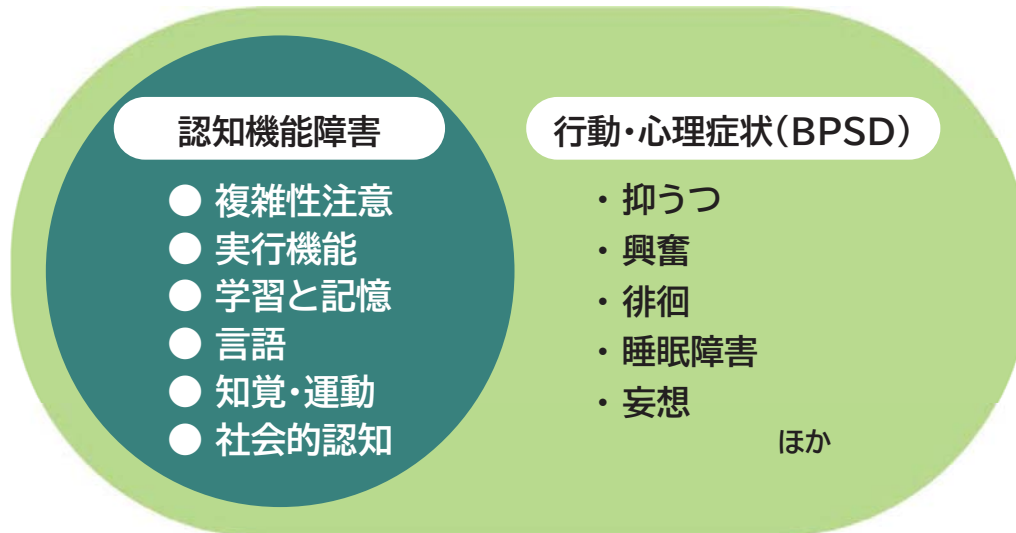
永田久美子:11 認知症高齢者の理解とケアの変遷

正木治恵監修:改訂版老年看護学、日本放送出版協会 P196.2011

認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)

〔歯科実践13〕

Point②

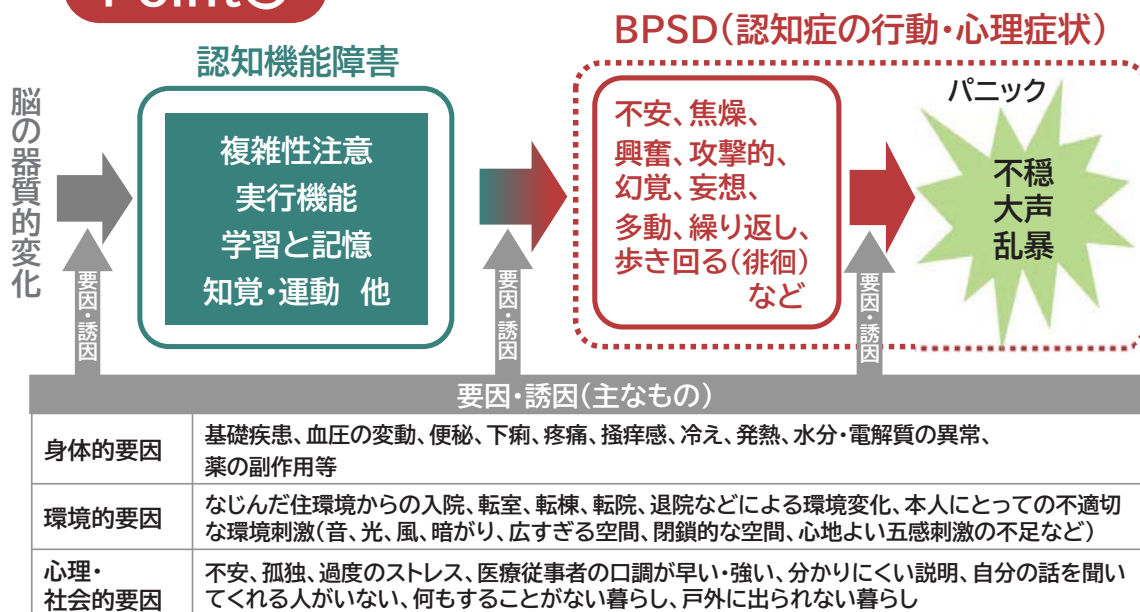


BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

歯科診療の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因

〔歯科実践14〕

Point③



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

〔歯科実践 13〕

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。

〔歯科実践 14〕

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、周囲のものとごとうまく対応できなくなり、行動・心理症状(BPSD)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。医療機関において医療従事者の口調が早い、言い方が強い、説明が分かりにくい、本人の言葉を聞いてもらえない、など接し方も心理・社会的要因になりうる。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。

認知症の人へのかかりつけ歯科医の支援

〔歯科実践15〕

Point④

- 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、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、現存する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
- 治療の際には前回行った治療を簡単に振り返り、治療内容を説明してから治療を行う

キーパーソンとの情報共有と配慮

〔歯科実践16〕

Point⑤

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

〔歯科実践 15〕

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。

〔歯科実践 16〕

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場合には、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。

歯科医療機関で起こるBPSDに対する対応

〔歯科実践17〕

Point⑥

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

認知症の人に歯科治療を行う上で必要な視点

〔歯科実践18〕

- ① 歯科医療機関は、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を発生や悪化させる可能性もあることを認識する

〔歯科実践 17〕

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、さらに周囲の物ごとへの判断を鈍らせ、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いえ、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。

〔歯科実践 18〕

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、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

〔歯科実践19〕

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

歯科治療中の不安を予測した治療上の配慮

〔歯科実践20〕

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

〔歯科実践 19〕

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。

〔歯科実践 20〕

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。

治療中の観察とストレスの軽減を図る対応

〔歯科実践21〕

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

歯科治療計画を立案する上での視点

〔歯科実践22〕

- 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生活全体を捉えた治療方針
- 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
(訪問歯科診療も視野に)

〔歯科実践 21〕

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。

〔歯科実践 22〕

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生活全体を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、良好なものとすること
- 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(日常生活、生活のリズム、習慣、趣味嗜好など)を知り、治療方針に生かすとともに、生活の継続性を保つ(入れ歯の使用を含む経口摂取の状況など本人の生活をなるべく変えない)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。

治療内容の理解を助ける説明

〔歯科実践23〕

認知症の人は「治療内容が理解できない」と考えてはならない
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、分かりやすい言葉、同じ説明方法をゆっくりと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・説明を繰り返す
- 本人が理解している内容、認識を確認する

- ◎ 選択肢を提示する際の工夫
 - ▶ 比較のポイント、重要なポイントをわかりやすく示す
 - ▶ 文字にする ▶ 図や模型を使う
- ◎ 必要な情報が提供されているのかを確認する
 - ▶ 「わが事」としてとらえているか

治療場面での意思形成についての支援

〔歯科実践24〕

認知症の人に見合った意思“形成”支援の配慮が必要

- 認知症の人の特性の理解
 - ▷ 注意・集中を保つことが困難
 - ▷ 新しい環境、慣れない環境が苦手で、緊張しがち
 - ▷ 囲まれると圧倒されて、混乱してしまう
 - ▷ 焦らされると混乱して、うまく対応できない
 - ▷ 医療従事者の態度に影響されて臆してしまう
- 自己決定を尊重する
 - ▷ 意思決定能力を有することを前提に支援する
 - ▷ 本人の保たれている認知機能等を向上させる働きかけを行う
 - ▷ 本人の表明した意思（意向や選好）の確認・尊重から始まる
 - ▷ 決定する上で必要な情報を、認知症の人が有する認知機能に応じて、理解できるように説明する

〔歯科実践 23〕

外来治療は、治療内容の説明と同意をベースに進められるのが一般的であるが、認知症の人に対する治療においても変るところはない。もっとも、低下した認知機能に見合った形で、説明や情報提供が行われることが望ましく、認知症の人の理解のために、状態等に合わせて、使う言葉、説明の仕方、繰り返しの説明や都度の確認など、様々な工夫を行うことが重要である。「認知症の人は、記憶障害があるから治療内容が理解できない」という思い込みをなくし、より丁寧な治療内容の説明と同意を行うことがポイントである。

〔歯科実践 24〕

認知症の人の歯科治療を進める上で、本人の同意や希望は自己決定によることが前提であり、それについての支援を行うことが重要となる。特に、外来歯科治療という非日常の場所・空間において、認知症の人の意思が適切に形成されたものであるかについて、環境変化や混乱・焦りなどのスライドに挙げられているような認知症の人の特性を十分に理解すること、また、本人に意思決定能力があることを前提に、保たれている認知能力等への働きかけといった配慮も併せて行うことが望ましい。

治療場面での意思表示についての支援

〔歯科実践25〕

認知症の人に見合った意思“**表明**”支援の配慮が必要

● 認知症の人の表現の方法を理解する

- ▷ 周りに影響され、遠慮して言いたいことが言えなくなることがある
- ▷ 緊張する環境では言葉が出にくくなってしまう
- ▷ ジェスチャー、身振り手振り、表情の変化も意思表示と理解する

● 認知症の人が安心して**表明しやすい環境・状況**を創る

- ▷ 本人・家族と医療従事者の信頼関係の構築
- ▷ 本人の意思を尊重し、安心できる態度、大勢で囲まない
- ▷ 生活、家族関係の理解のもと立ち会う人の関係性に注意
- ▷ 利害関係のある歯科医師は圧力をかけない
- ▷ 慣れた場所、集中時間できる時間帯

- ◎何を望むかを開かれた質問*で尋ねる *例) どのようにしたいと思いますか
- ◎わかりやすい選択肢の提示

背景を理解した上での意思決定支援

〔歯科実践26〕

認知症の人の生活にも配慮した意思決定の配慮

● 表面上の理解によるリスクを理解する

- ▷ 理解しているように返事をしたとしても、実際は理解できていないケース
 - ➡ 表面的な支援になってしまうリスク
 - セルフネグレクトの放置になるリスク
- ▷ 状況がうまくつかめずに言葉がまとまらないケース
 - ➡ 情報に混乱し迷いがある可能性の見逃しリスク
 - 「決められない人」と判断され本人の意思が反映されないリスク

● 認知症の人の**社会的・文化的背景の意味を理解する視点**

- ▷ 様子の変化を見逃さない
 - ①言葉で示したとしても、表情やしぐさと一致しない
 - ②本人の生活歴や価値観と一貫性がない
- ➡ その決定は本人の社会的・文化的背景に合致するか、支援者間で確認

〔歯科実践 25〕

認知症の人の意思が適切に形成されることが併せて、その意思が適切に表明されることへの配慮も重要である。認知症の人の表現方法の特徴(言葉が出にくい、遠慮してしまうなど)を踏まえること、また、ジェスチャーや表情の変化などを含めて意思表示の手段として考え、理解していくことが望ましい。

また、自らの意思を表明する前提となる、環境や状況づくりにも配慮が必要である。場所や時間以外にも、歯科医師・スタッフとの信頼関係、同行・同席している家族や立ち合い人等との関係性にも意思表示が影響を受ける場合がある点も注意を要する。

歯科医師は患者にとって利害関係にある。「先生が勧めてくる治療を断ったら、次から優しくしてくれないのではないか、診てもらえなくなるのではないか」と思わせてしまう関係であること。医学説明が終わったら、一旦歯科医師が席をはずし、本人家族と歯科衛生士で会話して情報と希望の整理をしてもらっても良い。

〔歯科実践 26〕

認知症の人の意思形成や意思表示は、表面上に現れる理解(とりあえずうなずいた等)や言葉(「そうしてください」と言った等)のみでは適切に把握できない場合もある。本人の表情やしぐさ、また、生活歴や価値観等と一貫性がない、整合的でないといった観点からも十分な配慮が求められる。

表面的な受け止めによる支援は表面的なものとなってしまう、また、本人の生活歴等に照らして著しく高額治療を選択した場合など、経済的負担への合理的な配慮を欠く対応にもなりかねない。

記録を残すこと

〔歯科実践27〕

◎治療内容や生活に影響を与えるような支援を行うごとに記録を残す

【記録を残すときのポイント】

支援をした状況、意向を判断した根拠を明確に記録する

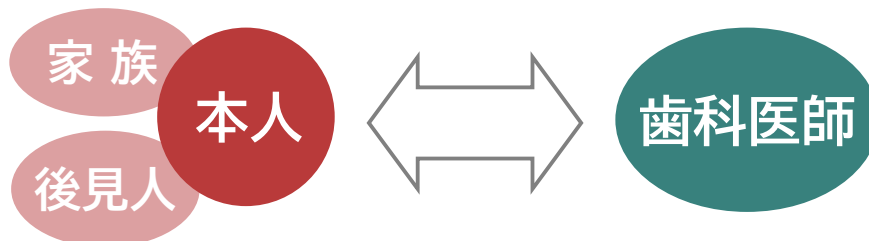
例) ▶ 付き添いの娘と共に要点を紙にまとめながら説明した。

▶ 「それでいいよ」と話すものの、落ち着かずそわそわと
していた。表情が曇って不安そうだった。言葉をうまく
選べていないか、混乱していることがうかがえたので、
改めて確認することが必要と判断した。

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

〔歯科実践28〕

- 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



〔歯科実践 27〕

意思決定にかかる支援において、振り返りや多職種での共有のためにも、経過等について記録に残すことはとても重要である。本人の意思決定のプロセスを振り返る時に、根拠をしっかりと明確にしておくことが、振り返りを容易にする、どうしていくかを考える大事なポイントになる。こちらが判断した根拠、本人の様子や言葉をしっかり示しつつ、チームで共有していくことが望ましい。

〔歯科実践 28〕

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、

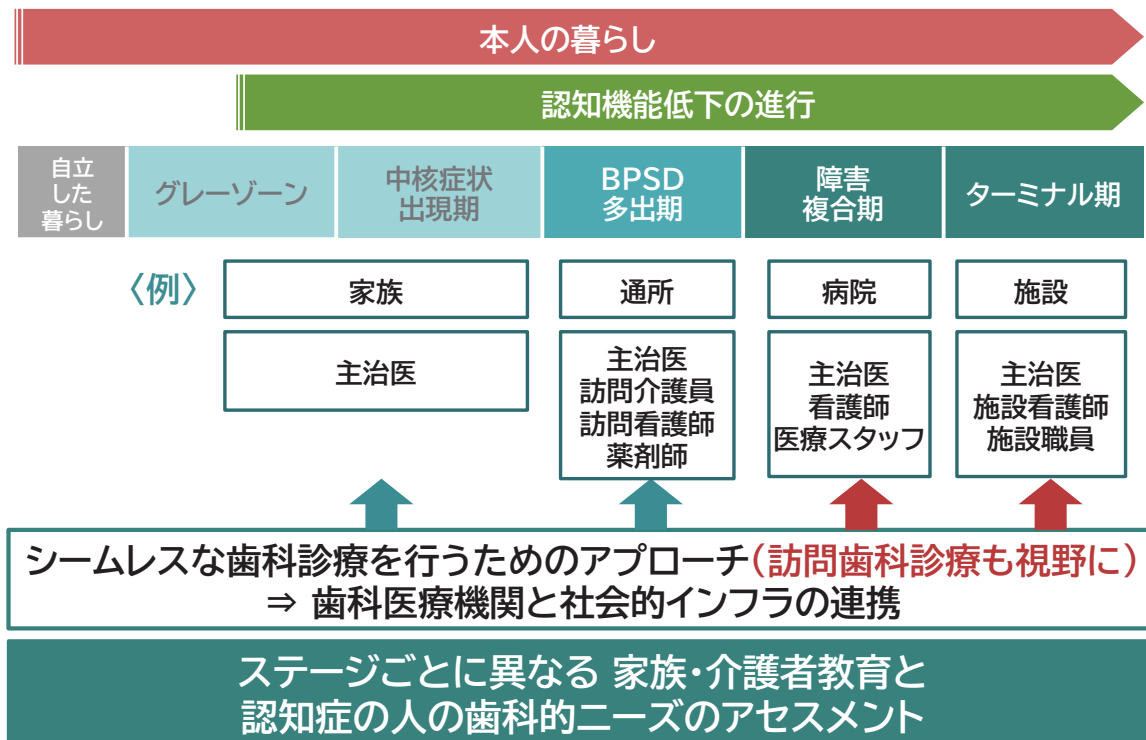
- 家族以外の後見人との治療費に関する相談が必要になるケースもあることから、社会的インフラを理解すること
- 本人の明確な意思表示や判断能力があるかどうかに配慮し、必要に応じ本人に加え家族に対し診断と治療計画の説明をすること
- 関係者の間で十分なコンセンサスを得て、状況を家族と共有するためにも、また、治療計画に関するトラブルを避けるためにも、説明内容は書面に残す習慣
- 本人の自己決定を尊重しつつ、家族や後見人などの社会的状況を加味した計画を立てること

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。

継続的な口腔管理の必要性和治療計画の立案

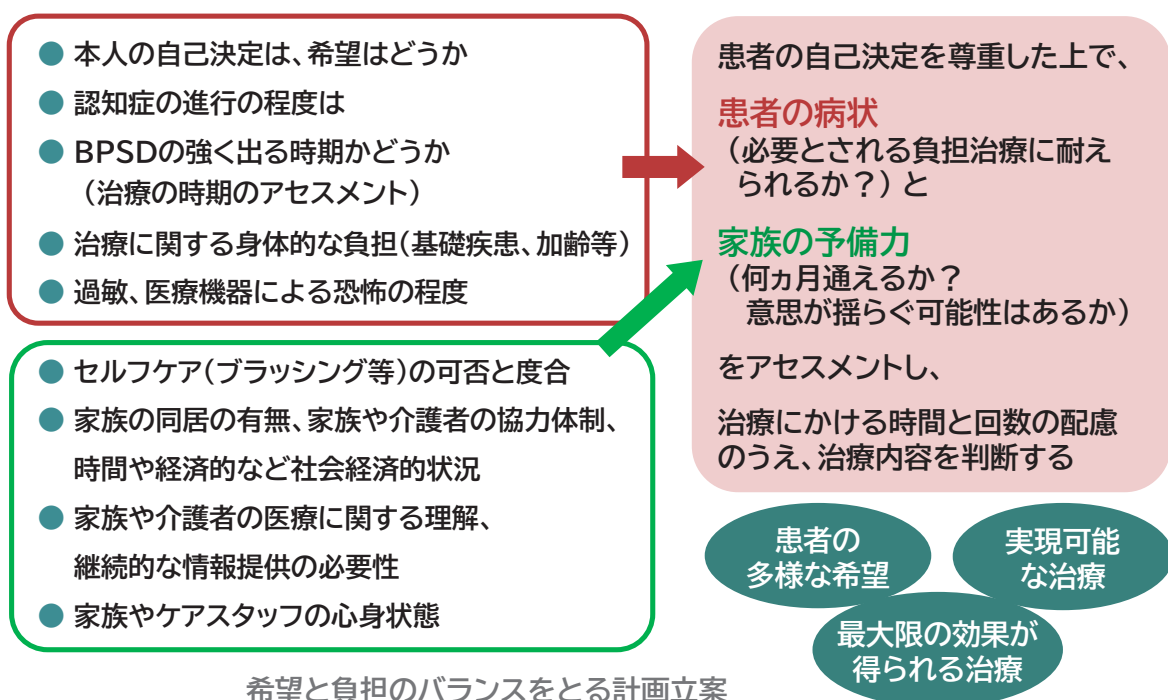
〔歯科実践29〕



治療計画とケアの計画の立案のしかた

〔歯科実践30〕

計画立案時のアセスメントポイント



〔歯科実践 29〕

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。

〔歯科実践 30〕

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が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を得られる治療計画を探ることが求められる。

認知症の人への長期的な歯科診療方針

〔歯科実践31〕

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

訪問歯科診療
も視野に

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

本人と家族の歯科訪問診療のニーズ

〔歯科実践32〕

本人にとっての外来歯科治療の難しさを理解する

外来
治療の
難しさ

- 予約を忘れてしまって通院が出来なくなってしまう
- 緊張のあまり当日外出できない精神状態になってしまう
- 待合室で待つことが難しい
- 慣れない場所では残存能力を発揮できない

歯科訪問診療によって実現できる社会的支援

実現
できる
社会的
支援

- 通院負担の軽減
- 住み慣れた環境で治療が可能
- 介護者も他者への気遣いが軽減される
- あらかじめ情報収集したうえで認知症の症状への配慮
- 本人の様子に合わせて共感し励ます情緒的サポート
- 食生活や継続的な口腔管理のアドバイスなど情理的サポート

〔歯科実践 31〕

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。

〔歯科実践 32〕

認知症の人の歯科治療においては、認知症の症状の進行や身体機能の低下によって、外来での治療管理が困難になるケースも少なくない。認知症の本人にとっては、予約を忘れてしまう、緊張して外出できない、待合室で待つことが難しいなど、外来通院が困難になる場合もある。

歯科訪問診療では、外来治療から引き続いて治療にあたることができる。本人や家族にとっては、通院負担の軽減、リラックス出来る自宅で認知症の症状への配慮をしてもらい、生活の様子を知った歯科医師から食生活や継続的な口腔管理のアドバイスをもらうことが出来るなど多くのメリットがあり、そのニーズも高まっている。

歯科訪問診療実施上の留意

〔歯科実践33〕

利点

かかりつけ患者をシームレスに診療することが出来る
生活支援の目線から食べることの支援が可能になる

課題

持参できる**医療機器や治療内容に制限**がある
高齢者の**医学管理上のリスク**対応への準備が必要
関連職種との調整が必要

歯科治療計画立案時からの注意点

- ▶ 通院負担と口腔内全体、認知症の進行を見通す計画性
- ▶ 診療室で行っておくべき治療内容と歯科訪問診療に移行して行う治療内容の整理
- ▶ ケアマネジャーとの調整

歯科訪問診療実施上の多職種連携の意義

〔歯科実践34〕

- 歯科訪問診療が適する人は**認知症が中等度以上に進行**している
- **ADLの低下**が同時に起こっている可能性が高い
- 口腔のトラブルが**急速な低栄養**に発展する可能性が高い
- 他の医学的状態の**合併症**が口腔に生じる可能性がある
- 在宅医療、在宅看護、訪問リハビリ、訪問介護等の併用

必然的に多職種連携の必要がある

- ▶ ケアマネジャーにケアプランの内容を確認する
- ▶ 積極的に口腔の状態、栄養摂取の課題を共有する
- ▶ 必要があればケアマネジャーにサービス担当者会議を依頼する
- ▶ 地域の医療介護連携のツールを活用する

〔歯科実践 33〕

歯科訪問診療では、外来治療から継続的に診療を行うことができ、また、生活環境での治療を行う点で、生活支援の目線からの口腔管理から食支援に至る幅広いフォローが可能となる。

一方で、医療機器や治療内容に一定の制約がある点、在宅の関連機関・職種との調整が必要となる点などが課題である。

歯科治療計画立案時から、訪問診療への移行を視野に入れた計画的かつ多面的な検討が重要であるといえる。

〔歯科実践 34〕

さらに、歯科訪問診療を実施する上では、必然的に様々な多職種との連携が必要である。

訪問診療ニーズのある認知症の人は、スライドに挙げられたような状態・可能性を有しており、安全に効果的な歯科診療を実施するためには、在宅医療介護の専門職と情報共有を行い、本人家族に配慮した計画を立てる。

在宅療養における医療介護連携のなかで、口腔管理・栄養摂取等に関する課題等の相互共有を行うことで、他の職種にも有効な情報になる。

（介護保険サービスを利用している場合には）多職種連携の要となるケアマネジャーとの連携が必須で、ケアプランの確認や必要に応じてサービス担当者会議に出席することにより、歯科訪問診療の計画や配慮を行うことが可能になる。

管理者の役割の重要性

〔歯科実践35〕

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

- 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

〔歯科実践36〕

- 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

〔歯科実践 35〕

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。

〔歯科実践 36〕

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

〔歯科実践37〕

- 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

〔歯科実践38〕

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

〔歯科実践 37〕

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。

〔歯科実践 38〕

一つひとつは普段の日常臨床でも注意していることと思われるが、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。

観察ポイントのバックグラウンド

〔歯科実践39〕

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

〔歯科実践40〕

心理面の配慮	● 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
変化への対応	● 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ヵ月の状況変化 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)
日常の心得	● 地域の医療・介護資源の情報(相談先・連絡先)をもつこと

〔**歯科実践 39**〕

適切な治療の立案から本人・家族等への説明までの全体マネジメントにあたって、多くの材料を得ることも重要である。

歯科治療期間において、計画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。

〔**歯科実践 40**〕

認知機能障害に関する観察(情報収集)と同時に、歯科外来治療の継続の観点から、スライドに挙げるような、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ことも重要となる。

動画 ④

「帰りたいんですけど・・・」

歯科診療における実践編のまとめ

〔歯科実践42〕

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

〔歯科実践 41〕

動画④「帰りたいんですけど・・・」

認知症の診断を受けた山田すみさん。

ひとりぼっちで診察室で待っていますが、だんだんどこにいるのか、なぜここに座っているのかわからなくなってきました。

突然現れた先生が「前と同じ治療をやりますよ」なんていうけど、何をやるんだったっけ…？怖いわ、帰りたい、そんな気持ちになってしまいます。

歯科医院での配慮のある対応を理解しましょう。

〔歯科実践 42〕

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。

地域・生活における実践 編

ねらい:認知症の人の地域における生活を支える
ために必要な支援の基本、活用できる医療・
介護等の施策、地域連携の重要性を理解する

到達目標:

- 認知症ケアの考え方とかかりつけ歯科医の役割を理解する
- 認知症の人が医療・介護等の施策や制度を活用するために必要な情報やポイントを理解する

高齢者に対する適切な医療提供の指針

～認知症高齢者の医療とケアの基本～

〔地域実践1〕

1. 「高齢者の多病と多様性」
2. 「QOL維持・向上を目指したケア」
3. 「生活の場に則した医療提供」
4. 「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」
5. 「患者の意思決定を支援」
6. 「家族などの介護者もケアの対象に」
7. 「患者本人の視点に立ったチーム医療」

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）（H22-長寿-指定-009）」研究班

認知症の人の医療とケアの目標

〔地域実践2〕

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

〔地域実践 1〕

医療従事者が高齢患者に対して医療提供を行う際に考慮すべき基本的な要件を示す。

1. 「高齢者の多病と多様性」
 - ・高齢者の病態と生活機能、生活環境をすべて把握する。
2. 「QOL 維持・向上を目指したケア」
 - ・生活機能の保持、症状緩和などにより QOL の維持・向上を目指す。
3. 「生活の場に則した医療提供」
 - ・患者の QOL 維持に生活の場の問題は重要であり、適切な医療提供の場を選択する。
 - ・医療提供の場を変更する際に生じる問題を理解し、予防に努める。
4. 「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」
 - ・有害事象や服薬管理、優先順位に配慮した薬物療法を理解し、実践する。
5. 「患者の意思決定を支援」
 - ・意思決定支援の重要性を理解し、医療提供の方針に関して合意形成に努める。
6. 「家族などの介護者もケアの対象に」
 - ・家族をはじめとした介護者の負担を理解し、早期に適切な介入を行う。
7. 「患者本人の視点に立ったチーム医療」
 - ・患者もチームの一員であることを理解し、患者本人の視点に立った多職種協働によるチーム医療を行う。

高齢者医療の実践面においては、多病と多様性を抱えた高齢患者を多様なケアの場において患者側の価値観にも配慮しつつ多職種協働で医療提供を行うという高度な医療スキルが必要となっている。

〔地域実践 2〕

認知症の人の医療とケア(介護)の目標をまとめた。医療の役割である鑑別診断や認知症治療薬を中心とした認知機能障害や BPSD の治療は重要であるが、これらの治療は、認知症の人の生活機能を一日でも長く維持することが目標である。薬物療法や非薬物療法により認知機能障害の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 の治療も同様である。さらに、この生活機能の維持はケアの目標でもある。さらに、この医療の目標は、診断と薬物投与だけでは達成することは出来ず、医療とケアの連携、特に介護保険サービスと医療が連携してはじめて本人や家族にとって適切な支援となる。

医療とケアの連携には、共通言語として、高齢者の総合的な機能の評価が欠かせないが、今後はさらにこれらを地域のケアと密着したサービスにも発展させて行く必要がある。このように医療であってもケアであっても目標が同じであることを認識した連携が最も重要である。

認知症の人のケアとコミュニケーション

〔地域実践3〕

パーソンセンタードケア

- 認知症の人の“その人らしさ”を尊重し、その人の視点や立場に立って理解し、ケアを行おうとする基本的な認知症ケアの視点
- 認知症をもつ人の行動や状態を、疾患、性格傾向、生活背景、健康状態、心理、社会的背景など多角的な面から捉えて理解しようとする

バリデーション療法

- 認知症の人の言動を否定せずに感情を共有し、行動の背景や理由を理解しながら関わる手法

ユマニチュード

- 「見る」「触れる」「話す」「立つ」の4つの柱を使って働きかけるとで、お互いを尊重し合い認知症の人とポジティブな関係を築こうとするケア技法

認知症の介護者への注意点やアドバイス

〔地域実践4〕

- 認知症の方の特性を理解し、現存する心身の能力を活かしながら、**本来の本人らしさ**なるべく保つ。
- 本人の負担になるような日常生活の変化・変更は避け、**本人の希望を尊重した生活の継続性**を重視する。
- 本人のペースで**ゆっくりと安心感**を大切にする。
- 本人が希望をもって充実した暮らしが継続できるように**生活支援面**で配慮する。

〔地域実践 3〕

認知症の人の言動には意味がある。その原因や背景を考えていくための考え方や技法として代表的なものをスライドに挙げている。医療職や介護職等が専門職としての役割を果たすための基礎的な対応力として有効なものである。

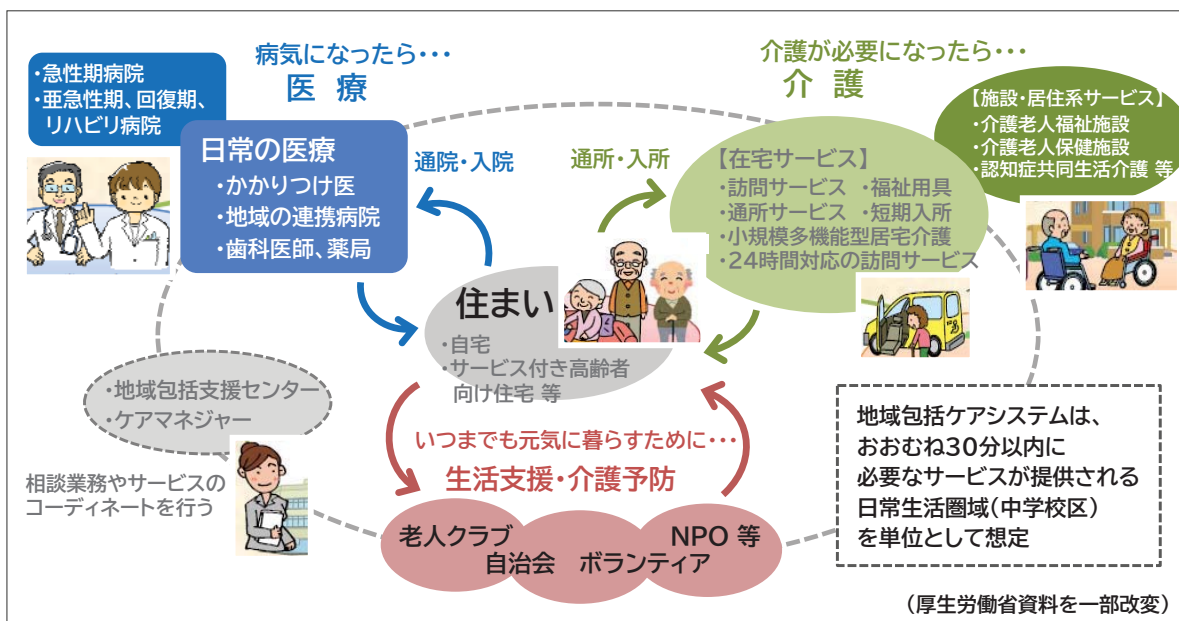
〔地域実践 4〕

認知症の人を介護する家族が、もの忘れなどの症状にだけとらわれないように、本人らしさや、本人の希望、安心などに目をむけられるようにアドバイスが必要である。口腔管理・セルフケアを含めた生活面で本人の困りごとが上手くサポートできるように家族にアドバイスする。

地域包括ケアシステム

〔地域実践5〕

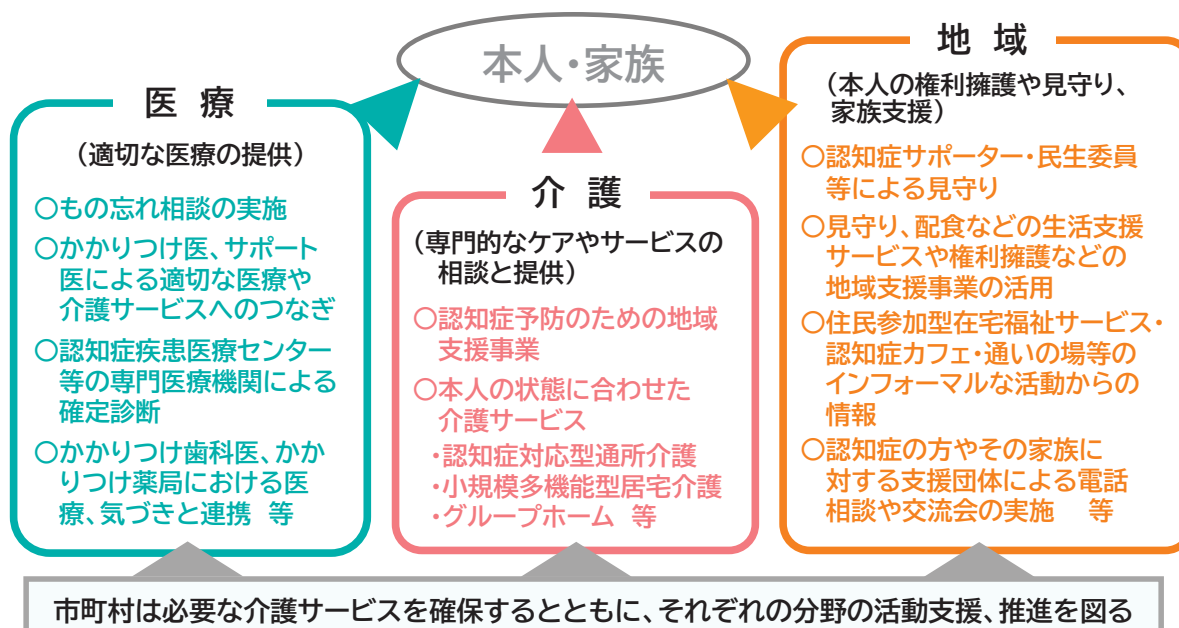
住まい・医療・介護・予防・生活支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる。



認知症の人への支援体制 ～医療・介護・地域の連携～

〔地域実践6〕

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



〔地域実践5〕

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を実現することが重要である。

〔地域実践6〕

それぞれの地域で認知症の人と家族への支援体制を示す。

認知症の人や家族の時々の状態やニーズに適切に対応し、暮らしを支えるサービスを提供するためには、スライドに示すような医療・介護・地域の領域ごとの各サービスが連携と役割分担をすることで効果的な支援を行っていく必要がある。さらに地域の実情を踏まえ、多方面にわたって展開されることも重要である。

医療の役割は、もの忘れ相談の実施、医療介護連携による適切な医療や介護サービスへのつなぎ、かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局における医療、気づきと連携等である。認知症の本人やその家族への適切な助言や資源へのつなぎを行うため、自院の所在する地域の認知症の支援体制を把握することが求められている。

認知症ケアパス

〔地域実践7〕

認知症ケアパスとは

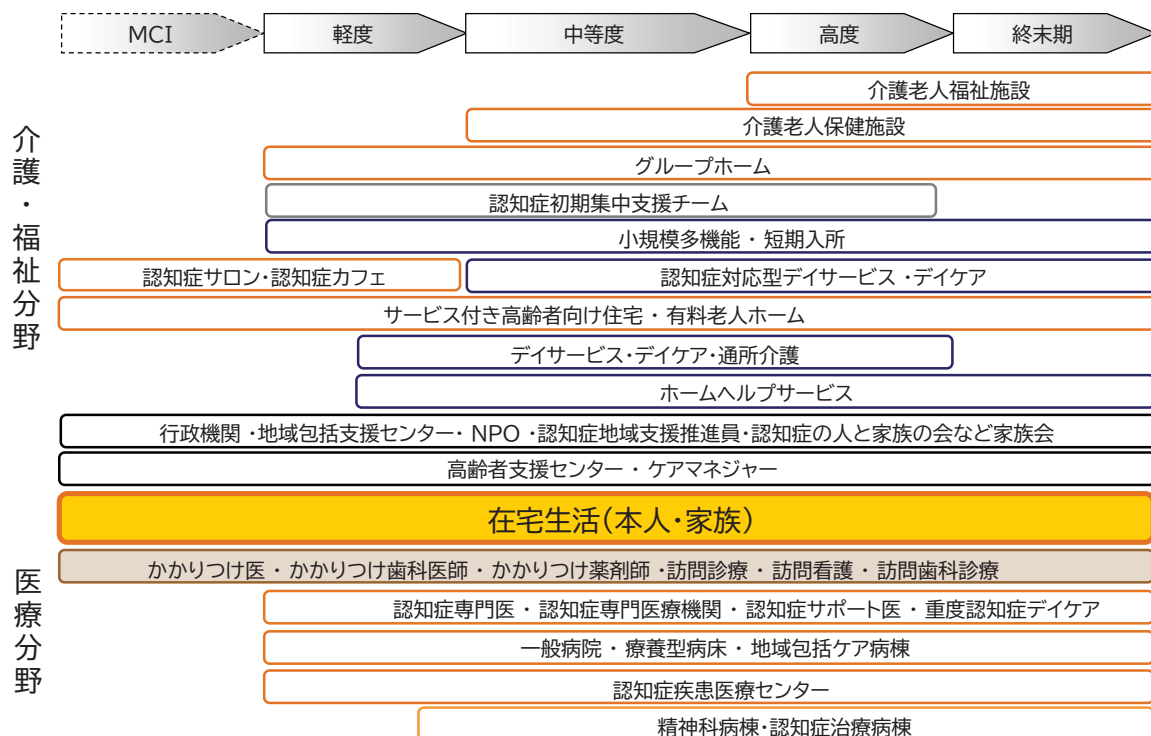
『認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの』

（認知症施策推進大綱より引用）

- ・ 認知症ケアパスを地域ごとに確立し、認知症に関する基礎的な情報や具体的な相談先・受診先の利用方法等が明確に伝わるようにする。
- ・ 認知症ケアパスは、医療・介護関係者間の情報共有のツールでもあり、サービスが切れ目なく提供されるように医療機関でも積極的な活用が望まれる。

標準的な認知症ケアパス：社会資源の整理

〔地域実践8〕



〔地域実践 7〕

認知症ケアパスは、スライドのように定義され、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る。各市町村の実情に応じて策定され、介護保険事業計画に反映される。①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、②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、医療・介護関係者間の情報共有のツールとして標準的な「認知症ケア」の手順を表したものの、二つの側面がある。

認知症ケアパスを地域ごとに確立し、認知症に関する基礎的な情報や具体的な相談先・受診先の利用方法等が明確に伝わるようにすることやサービスが切れ目なく提供されるように医療機関でも積極的に活用することが重要である。

かかりつけ歯科医も、自院の所在する地域の認知症ケアパスについて、自治体ホームページ等から確認しておくことが望ましい。

〔地域実践 8〕

認知症は原因疾患や認知症の進行によって、必要な支援の内容が変化することに留意する必要がある。そのため、一人ひとりの認知症の人に合わせて、必要な支援を必要な期間、適切に提供するために、認知症の人の生活機能障害とニーズを把握するとともに、認知症の人の立場に立ち、どういう支援があると助かるか、どういう支援であれば不安や心配なく受けることができるのかといった視点に立って検討する必要がある。さらに認知症の人の生活機能障害にあわせた社会資源を地域ごとに整理し、それぞれの地域の社会資源が連携しあい、認知症の人に適切な支援を提供する必要がある。

認知症の人の生活機能障害に応じて、介護保険サービス、医療サービス、地域支援事業等のサービス、介護保険制度以外のサービスなど、どの事業所・団体が支援を提供するかを、地域福祉を担う関係者間でおおまかに検討・整理し、「地域として、こういう状態の認知症の人をこのサービスで支えていく」というおおまかな構図を描くようにすると良い。

認知症サポート医

〔地域実践9〕

地域における「連携の推進役」を期待されている

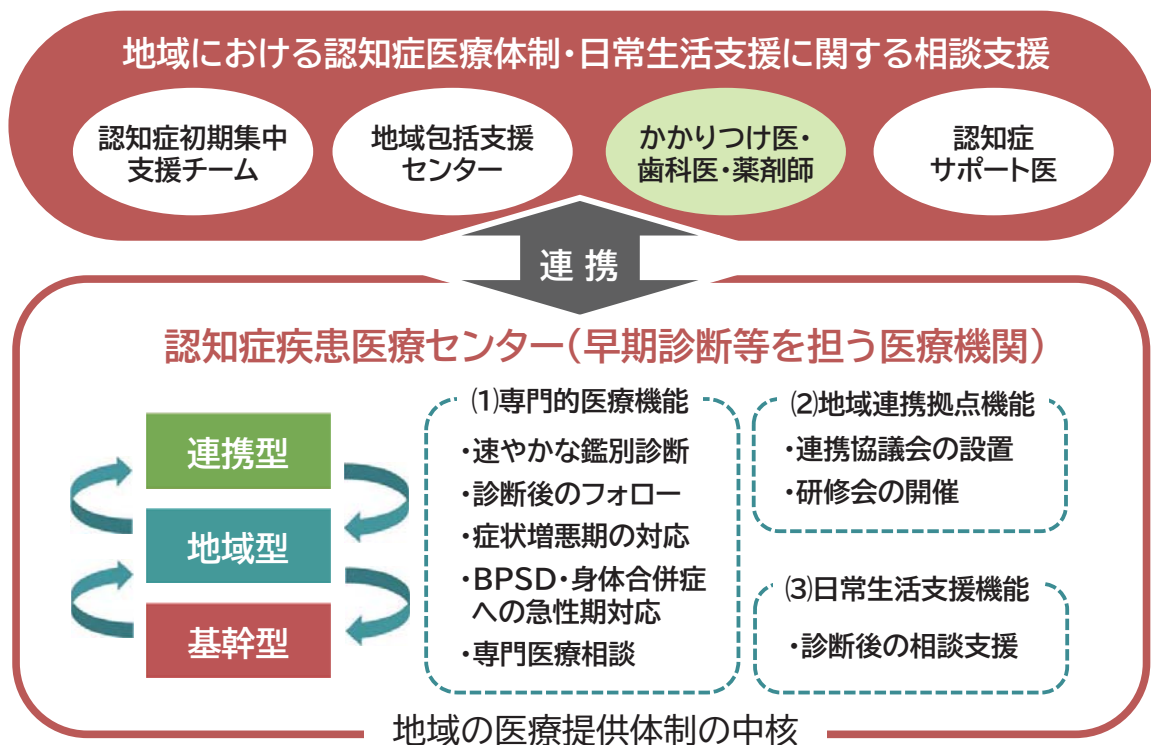


認知症サポート医の機能・役割

- 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 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

〔地域実践10〕



〔地域実践 9〕

認知症サポート医は、かかりつけ医か専門医に峻別されるものではなく、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。これらの活動を通じて、地域における「連携の推進役」が期待されている。

〔地域実践 10〕

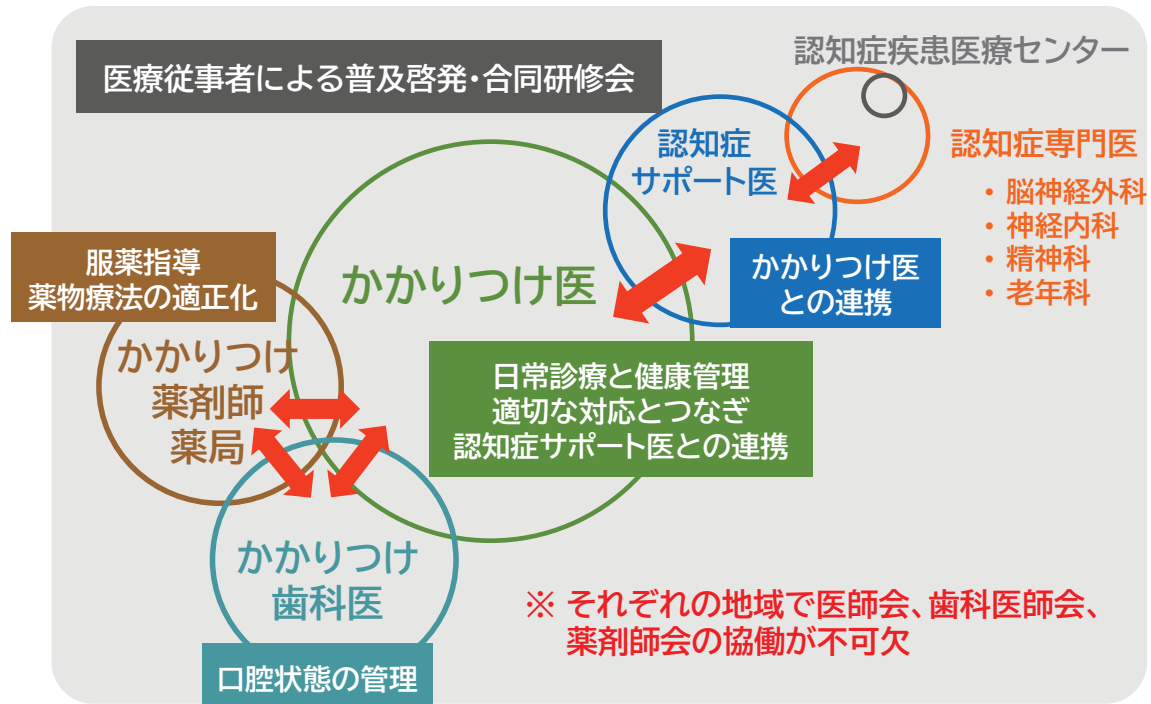
認知症疾患医療センターは、二次医療圏ごとに地域の医療計画との整合性を図り都道府県・指定都市により設置され、医療機関の特性、人員配置、検査体制、急性期治療への対応体制等に応じて、基幹型、地域型、連携型に分類される。

地域の認知症に関する医療提供体制の中核として、(1)認知症の速やかな鑑別診断、診断後のフォロー、症状増悪期の対応、BPSDや身体合併症に対する急性期医療、専門医療相談などの専門的医療機能、(2)連携協議会の設置や研修会の開催など地域連携拠点機能、(3)診断後の認知症の人や家族に対する相談支援機能などの日常生活支援機能、などを有する。かかりつけ医や歯科医・薬剤師、認知症初期集中支援チーム、地域包括支援センター、認知症サポート医などの地域の相談拠点との連携を含め、関係機関間の調整・助言・支援の機能なども重要な役割である。

地域の介護・医療資源等を有効に活用するためのネットワークづくりや認知症の人やその家族の視点に立った当事者によるピア活動や交流会の開催などの取り組みを必要に応じて行うことも求められている。

認知症医療連携のイメージ

〔地域実践11〕



認知症サポーター医研修会資料を一部改変

医師・歯科医師・薬剤師の連携の意義

〔地域実践12〕

かかりつけ歯科医

- ・ 口腔健康管理(口腔ケア・セルフケアを含む)の確認ができる。
- ・ 歯科治療に関する本人・家族の協力や満足度が向上する。

かかりつけ医

- ・ 生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる。
- ・ BPSDに関連する要因についての情報が得られる。
- ・ 服薬状況の確認ができる。
- ・ 治療に関する本人・家族の満足度がより上がる。
- ・ 具体的に薬剤の副作用の説明ができる。

かかりつけ薬局・薬剤師

- ・ 服薬遵守の意義について共有することができる。
- ・ 薬剤の副作用や日常生活に対する影響の説明ができる。

〔地域実践 11〕

医師・歯科医師・薬剤師を中心とした認知症医療連携のイメージ図を示す。

認知機能低下のある人や認知症の人の早期発見・早期対応、診断後の診療や支援を継続するためには、地域の関係医療機関の日頃からの有機的な連携が欠かせない。

かかりつけ機能を実践しているかかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の日常的な連携をはじめ、かかりつけ医を介した認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医との適宜の連携、必要時の認知症疾患医療センターや認知症専門医(脳神経外科、神経内科、精神科、老年科)等との連携などが重要である。専門職による有機的な連携のためには、地域の医療従事者による普及や啓発、合同研修会の開催などが欠かせない。

認知症医療連携の構築には、各地域における医師会、歯科医師会、薬剤師会の協働が不可欠である。

〔地域実践 12〕

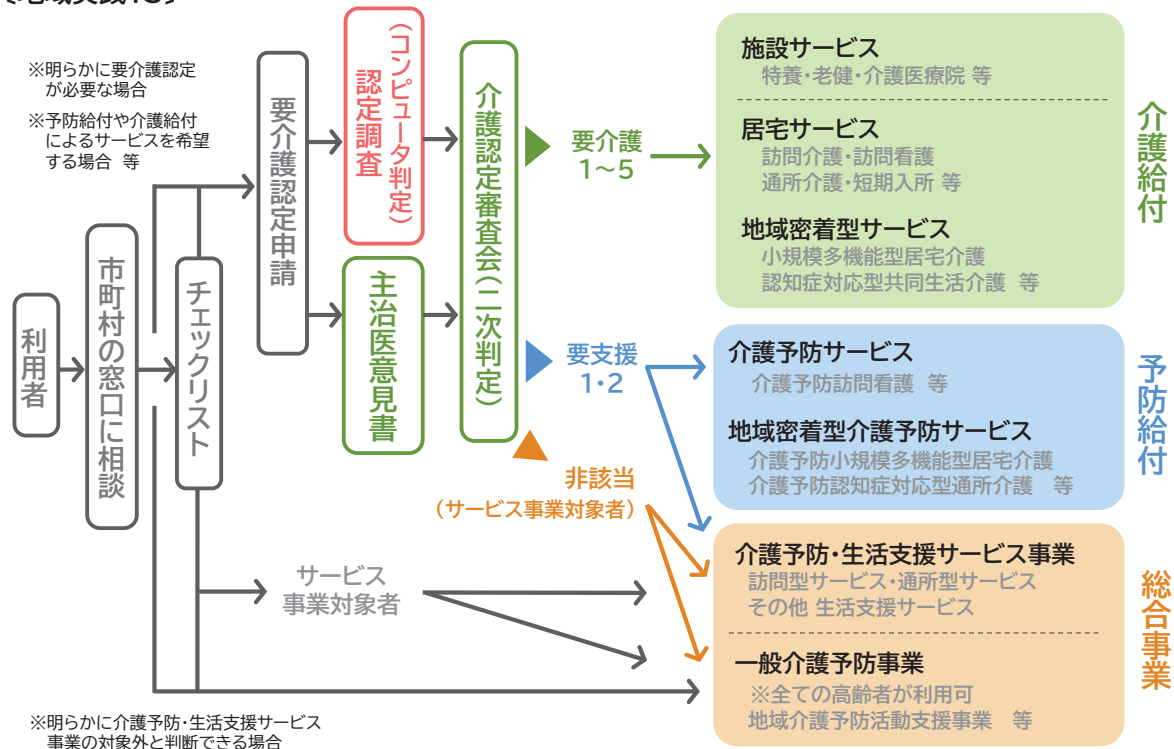
医師、歯科医師、薬剤師が連携することの意義(連携することで得られる利点)についてまとめた。

かかりつけ歯科医の具体的な利点としては、口腔健康管理(口腔ケア・セルフケアを含む)の確認ができる、歯科治療に関する本人・家族の協力や満足度が向上することが挙げられる。かかりつけ医では、生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる、BPSDに関連する要因についての情報が得られる、服薬状況の確認ができる、治療に関する本人・家族の満足度がより上がる、具体的に薬剤の副作用の説明ができるなど、また、かかりつけ薬剤師では、服薬遵守の意義について共有することができる、薬剤の副作用や日常生活に対する影響の説明ができる、などの利点が挙げられる。

結果として認知症の人や家族への利点も大きくなり、日常から医師、歯科医師、薬剤師が適切に連携することでそれぞれのかかりつけ機能や専門性がより効果的に発揮できる。

介護サービスの利用の手続き

〔地域実践13〕



介護給付(介護保険サービス)

〔地域実践14〕

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)

〔地域実践 13〕

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の内容に基づき、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。

要介護認定を受けて利用できる介護サービスには、主に認知症の人の利用が想定される地域密着型サービス(認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)など)等がある。

〔地域実践 14〕

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。

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。

地域密着型サービス

〔地域実践15〕

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

予防給付と地域支援事業

〔地域実践16〕

介護給付（要介護1～5）

予防給付（要支援1・2）

地域支援事業	対象：身体介護・機能訓練等が必要としない要支援高齢者	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）多様な民間事業者・非営利団体等の地域資源を活用 ・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（医療・介護の情報共有と切れ目のない提供体制等） ○ 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（生活支援コーディネーターの配置、協議体の設置 等）
		任意事業

〔地域実践 15〕

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所者生活介護)の計 9 種類のサービスがある。

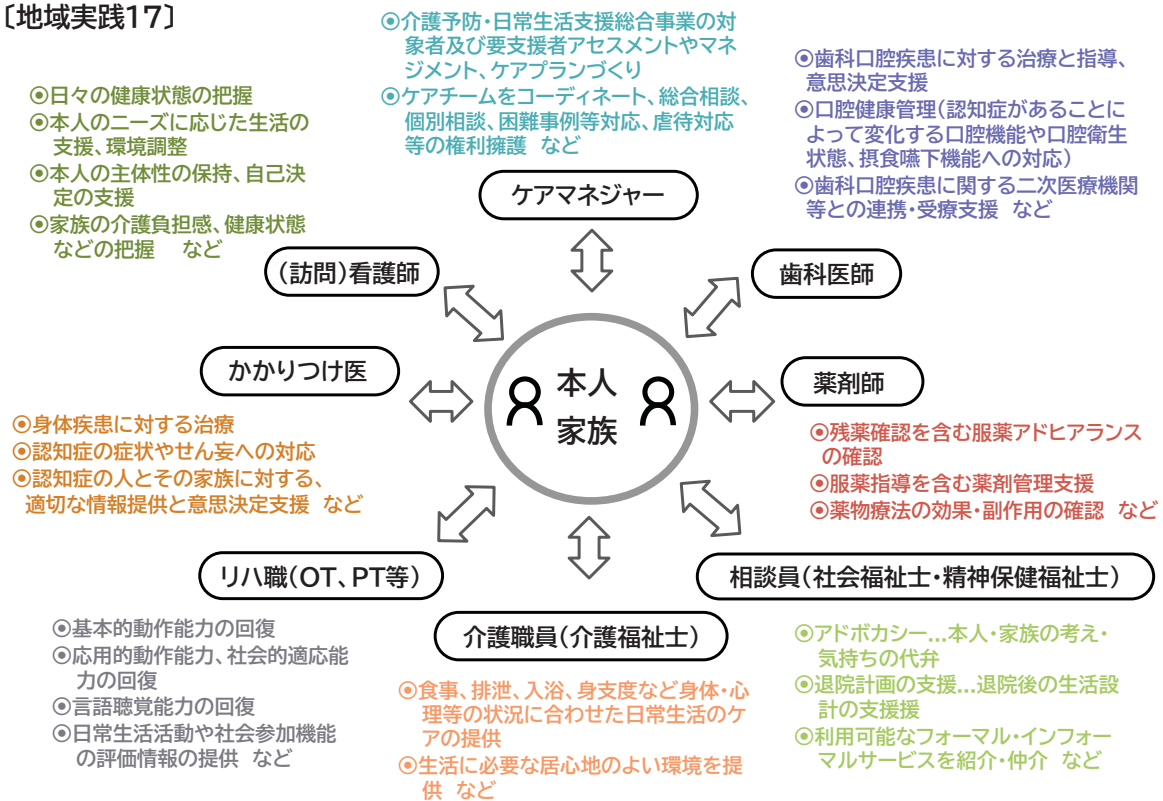
〔地域実践 16〕

介護保険制度の予防給付と地域支援事業については、平成 27 年 4 月より再編されている。チェックリストや介護認定審査会(二次判定)においてサービス事業対象者とされた場合や、要支援 1・2 の一部サービスの利用者は、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ほか、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、認知症地域支援推進員等)が推進されている。

地域の多職種役割

〔地域実践17〕



情報共有ツール

〔地域実践18〕

認知症の医療介護連携の推進のための情報共有ツールのひな形

「情報共有ツール」のコンセプト

- ✓ 認知症の人にとって使いやすい、持つことで安心する、必要な情報を支援者と共有できる「ご本人の視点」を重視した情報共有ツールを目指して、全国の先進地域を調査し、ご本人・ご家族・有識者との議論をもとに作成。
- ✓ ひな形を参考に各自治体を中心に関係機関と協働しながら地域の実状に合わせた情報共有ツールを作成し、運用。



情報項目

- (1) 使い方(内容の目録と記入に当たっての注意)
- (2) 同意書
- (3) わたし自身① : ご本人の基本情報
- (4) わたし自身② : ご本人の経歴・趣味等その人らしさを示す項目
- (5) わたしの医療・介護① : 医療機関
- (6) わたしの医療・介護② : 支援に関わる者・機関のリスト
- (7) わたしの医療・介護③ : 病名と医療機関
- (8) わたしの医療・介護④ : 処方内容と処方の目的
- (9) わたしの医療・介護⑤ : 血圧、体重
- (10) わたしの医療・介護⑥ : 利用しているサービス状況
- (11) わたしの認知症の状況① : 認知機能検査(MMSE又はHDS-R)
- (12) わたしの認知症の状況② : 日常生活活動の変化
- (13) わたしの認知症の状況③ : 最近気になっていること、困っていること
- (14) わたしのこれからのこと①② : 今後の医療・介護への希望
- (15) 通信欄

認知症の医療介護連携、情報共有ツールの開発に関する調査研究事業
情報共有ツール等は 国立長寿医療研究センターのホームページからダウンロード可能

〔地域実践 17〕

地域において多職種・多事業所間で連携を行うためには、地域における全体像を把握し、それぞれ異なる場所で勤務している他の職種や事業所のそれぞれの業務内容や役割を知ることが重要となる。

一人の支援対象の課題を把握したうえで、連携による対象者への効果が最大化するように連携の意義を明確にして、関係各所に連絡しあい対象者情報を共有し、互いが実施可能な医療・介護の内容を共有する。

スライドでは、本人・家族に関わる多職種の主な役割が記載されている。連携相手の業務内容をたがいに理解した上で、日頃から忌憚のない意見交換ができるようにしておくことが重要である。

〔地域実践 18〕

認知症の人と家族と支援する医療・介護関係者等の多職種が、連携する際には情報共有が重要であり、認知症の人の情報を共有するためのツールが、平成 27 年度 老人保健健康増進等事業で検討され、作成された。事業報告書の中でひな形が WEB 上で公表されている。記載できる情報の項目はスライド右の「情報項目」にある通りで、“わたしの”情報を本人起点で共有できる点が特徴である。

その後認知症に関わる医療・介護連携のマネジメントを行うために全国で様々な情報連携ツールが作成され、実際に活用されている。地域の実情に応じた医療・介護関係者等の情報連携ツールが認知症ケアパスとともに活用されることが望ましい。近年では、情報連携のために ICT を活用している地域も増加している。

参考

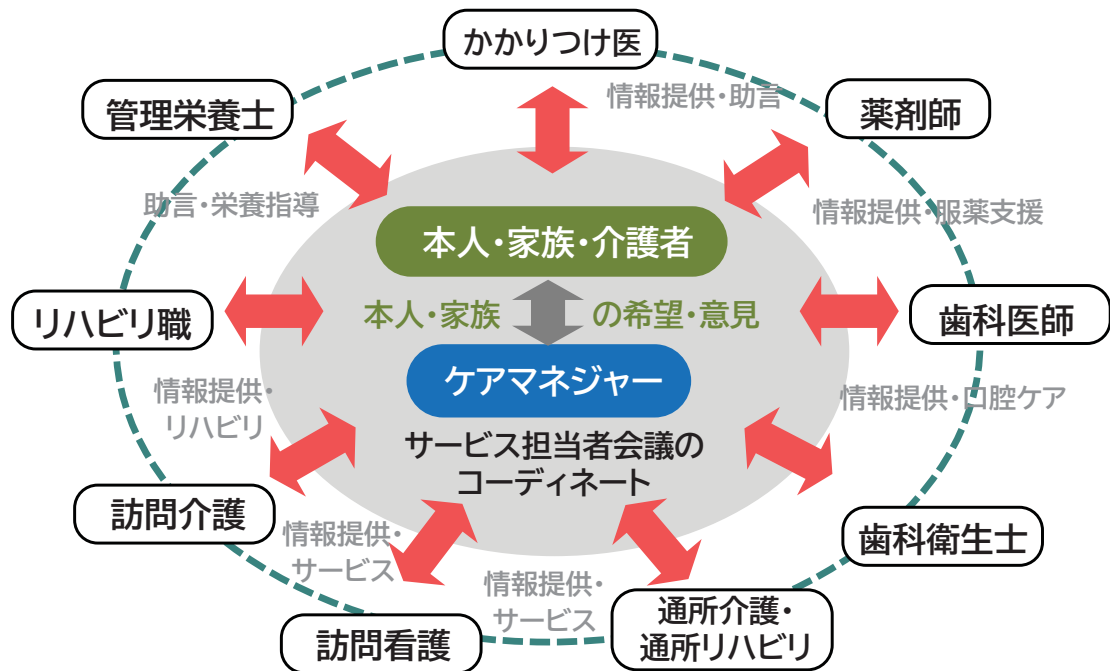
情報共有ツール（国立長寿医療研究センター）

<https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/jouhourenkei-all.pdf>

ケアマネジャーと多職種連携

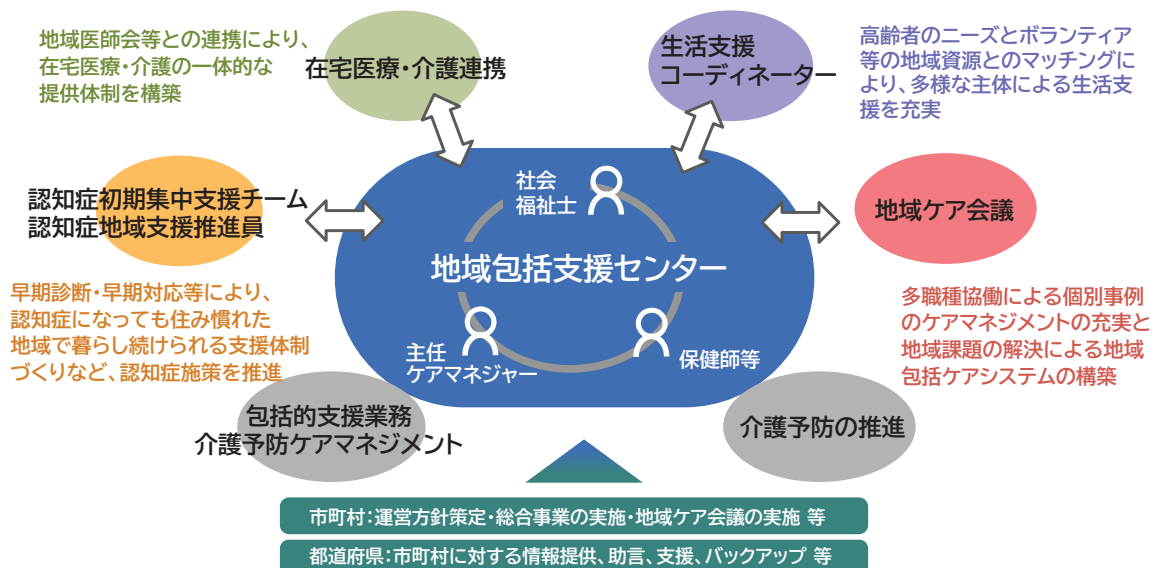
〔地域実践19〕

サービス担当者会議での情報共有と多職種の協働が重要



地域包括支援センター

〔地域実践20〕



地域包括支援センターの機能強化に向けて

業務量増加・センターごとの役割に応じた人員体制の強化

基幹型・機能強化型センターの位置づけ等、連携強化・効果的運営

運営協議会による評価・PDCAの充実等、継続的な評価・点検

〔地域実践 19〕

ケアマネジャーは、認知症の人に関わるケアチームをコーディネートし、本人にとっての適切な生活支援が可能になるよう、各職種の業務のバランスをマネジメントする。

- ① 認知症の人の情報はケアマネジャーに集約され、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認知症の人の生活支援では、疾患の管理ニーズが最優先となることがある。疾病・障害・身体状況の把握は、常にかかりつけ医・かかりつけ歯科医との連携が必要となる。
- ③ サービス担当者会議は、認知症の人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。会議室や本人の自宅で行われることがあり、可能な限り出席することが望ましい。

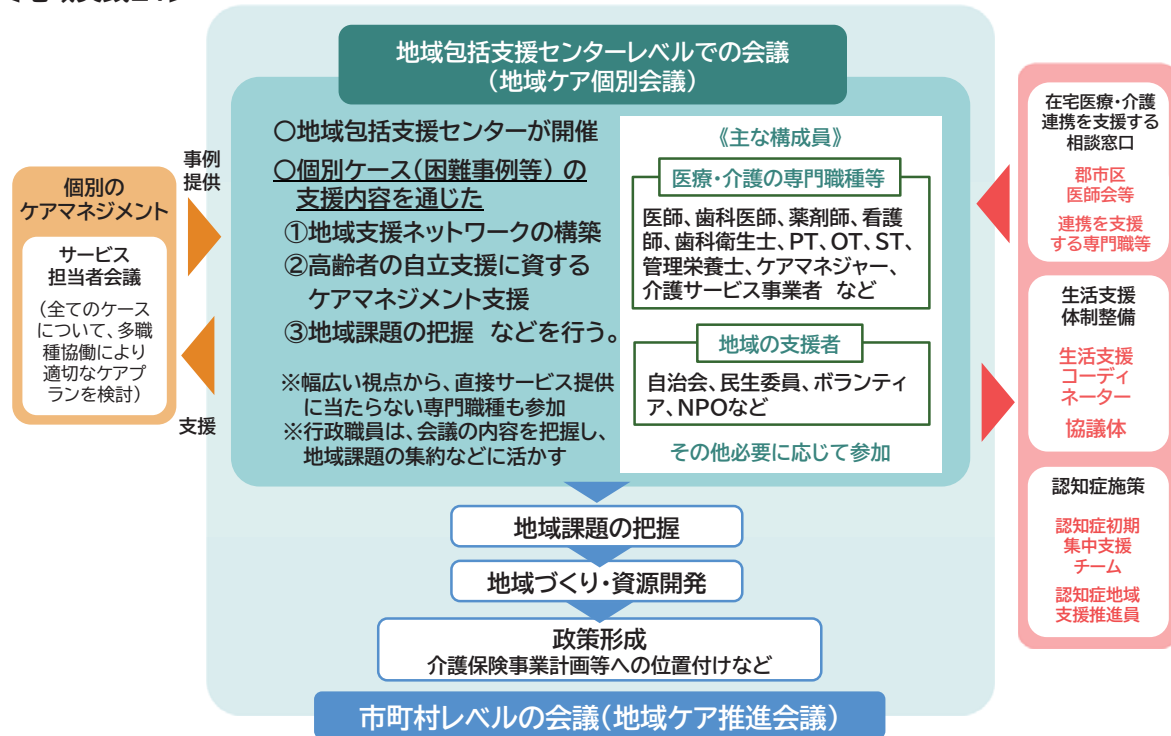
〔地域実践 20〕

地域包括支援センターの機能は、従来からの、介護予防、多職種ネットワーク、権利擁護の柱に加え、認知症施策の推進、生活支援、地域ケア会議など、それぞれを有機的に関連させながら拡充している。センターの基本配置職種である、保健師等・主任ケアマネジャー・社会福祉士を中心に、地域の専門職や専門機関等の社会資源と連携を図りながら、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、かかりつけ歯科医にも、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。

地域ケア会議

〔地域実践21〕



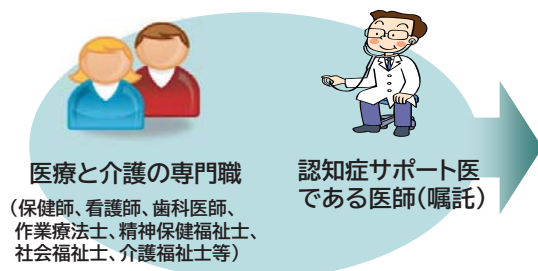
認知症初期集中支援チーム

〔地域実践22〕

- 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のこと

- 全ての市町村に設置されている

- 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、診療所、病院、認知症疾患医療センター、市町村の本庁など

【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

〔地域実践 21〕

地域ケア会議とは、主に市町村直営や基幹型の地域包括支援センターを中心に設置が進められ、個々の要介護者ごとに、かかりつけ医・歯科医師やケアマネジャー、サービス事業者などが一堂に会して、また、多職種の第三者による専門的な視点も交えて、個別のケア方針を検討する会議である。

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。直接的な関係者のみならず、市町村、民生委員、地域医師会・歯科医師会を含む在宅医療拠点、自治会・社協など、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。

さらに、上記の「個別課題解決」と同時に、その協働を通じて、地域の多職種による「ネットワーク構築」や、地域に共通する課題を浮き彫りにする「地域課題発見」なども地域ケア会議の目的とされている。

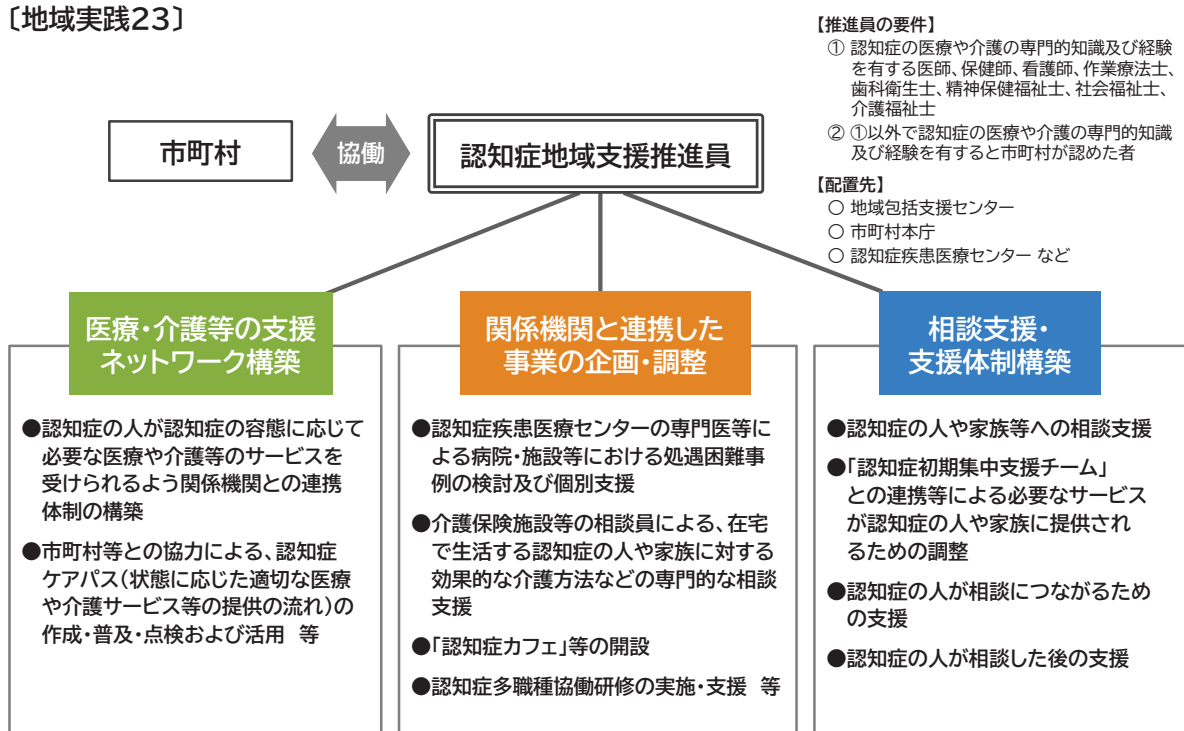
〔地域実践 22〕

認知症初期集中支援チームは、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で生活が維持できるような支援を、できる限り早い段階で包括的に提供することを目的とした複数の専門職(サポート医や看護師等の医療職や福祉・介護職)で構成されたチームである。

チーム名の「初期」とは、疾患の初期という意味だけではなく、初動を意味しており、「集中」とは、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ったうえで本来の医療やケアチームに引き継いでいくことを意味している。チームは、全ての市町村の地域包括支援センター等に設置されており、主な支援の対象者はスライドに示した通りであるが、様々な状態や疾患などが背景にある可能性があり、必要となる支援も様々である。そのためチームには、かかりつけ医や専門医療機関と連携しながら、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な支援を適切に行うことが求められている。

認知症地域支援推進員

〔地域実践23〕



認知症カフェ・ピア活動

〔地域実践24〕

認知症カフェ

- 認知症の人やその家族が地域で孤立しないために、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場

家族介護教室や家族同士のピア活動

- 認知症の人と家族の会
- その他の家族支援・介護者支援の会

認知症の人同士のピア活動

- 認知症の本人交流会、本人ミーティング
- 認知症の本人が認知症の人の相談にのる活動

〔地域実践 23〕

認知症地域支援推進員（以下、推進員）は、2018 年度から全ての市町村の地域包括支援センターや担当課に配置され、専門職等が充てられている。各市町村が進める認知症施策の推進役、そして地域における認知症の人の医療・介護等の支援ネットワーク構築の要役としての役割が期待されている。

推進員の活動は、「医療・介護等の支援ネットワークの構築」、「関係機関と連携した事業の企画・調整」、「相談支援・支援体制構築」であり、詳細はスライドの通りである。令和2年度から、「認知症を有する人をはじめとする高齢者が地域において役割を担うことを通じて、生きがいをもった生活を送ることを支援するための社会参加活動のための体制整備」を推進していくことが推進員の新たな役割となった。

推進員が上記の活動を進めるためには、地域の関係機関や関係者の理解や協力が必要不可欠である。地域の推進員がどこに配置され誰であるのかなどを確認したうえで日頃からの連携や協働が求められている。

〔地域実践 24〕

地域では、認知症の人や家族が孤立しないように、「認知症カフェ」や「ピア活動」が行われている。認知症の人同士や家族介護者同士が出会うことで、認知症があっても希望をもって生きていく方法を見出すことができる。医学的観点からのアドバイスやフォローなど、医療職の参加も求められる場合もあり、医療職にとっても、認知症の人を理解する貴重な機会として、積極的な協力が望まれる。

認知症の人と家族への支援

〔地域実践25〕

支援内容	具体例
治療や症状への対処法	知識情報を得る場、家族教室、介護講習会、認知症カフェ、相談窓口
介護者の心身の休息	デイサービス・ショートステイの活用、介護・リフレッシュ休暇、保養所
介護者の健康	家族の心身の健康の維持、健康診断、受診や治療の支援
同じ立場の人と話せる場	家族会や家族の集いの場、情報交換、家族同士のピア活動
偏見・差別に対する啓発	地域の人への認知症の知識の啓発、家族支援の啓発
経済的な支援制度	就労継続支援、介護費用の軽減、税の減免、介護手当等

認知症サポーター/キャラバン・メイト/チームオレンジ

〔地域実践26〕

【認知症サポーターとは】

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」を養成する。

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



【チームオレンジとは】

認知症サポーターがチームを組み、認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等を行う取り組み。認知症の人にもメンバーとして参加する。

〔地域実践 25〕

認知症の人と家族の支援の様々な取り組み、仕組み、制度を整理したものである。すべての内容や効果を把握しておく必要はないが、本人や家族への助言・アドバイスのためにも、自治体のホームページ等から、地域にはどのようなものがあり、連絡先はどこか、といった基本情報を蓄積しておくことも重要である。また、これらの拠点や機関から協力等を求められる場合には、積極的に関わって頂ければと考える。

〔地域実践 26〕

認知症サポーターとは、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を温かく見守り、できる範囲で支援する応援者のことであり、認知症に関する理解促進を目的に 2005(平成 17)年から認知症サポーター養成事業が開始された。認知症サポーター養成講座の受講者を認知症サポーターとして認定し、認知症サポーター養成講座の講師役を養成するものがキャラバン・メイト養成講座である。認知症サポーターには、①認知症を正しく理解し、偏見をもたない、②認知症の人や家族に対して温かい目で見守る、③自分なりにできる簡単なことから実践する、④相互扶助・協力・連携、ネットワークをつくる、⑤地域のリーダーとして活躍する、ことが期待されている。

認知症の人と地域で関わる人が多いと考えられる小売業・金融機関・公共交通機関等の従業員等をはじめ、子供や学生に対しての養成講座も開催されている。さらに認知症サポーターの復習の機会や実際の活動につなげるためのステップアップ講座も開催されている。

また、認知症サポーターがチームを組み、認知症の人・家族の生活支援を行う「チームオレンジ」という取り組みも行われている。

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

〔地域実践27〕

趣旨

- 意思を形成し、表明でき、尊重されることは、日常生活・社会生活において重要であり、認知症の人についても同様。
- 意思決定支援の基本的考え方、姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理し、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めざすもの。

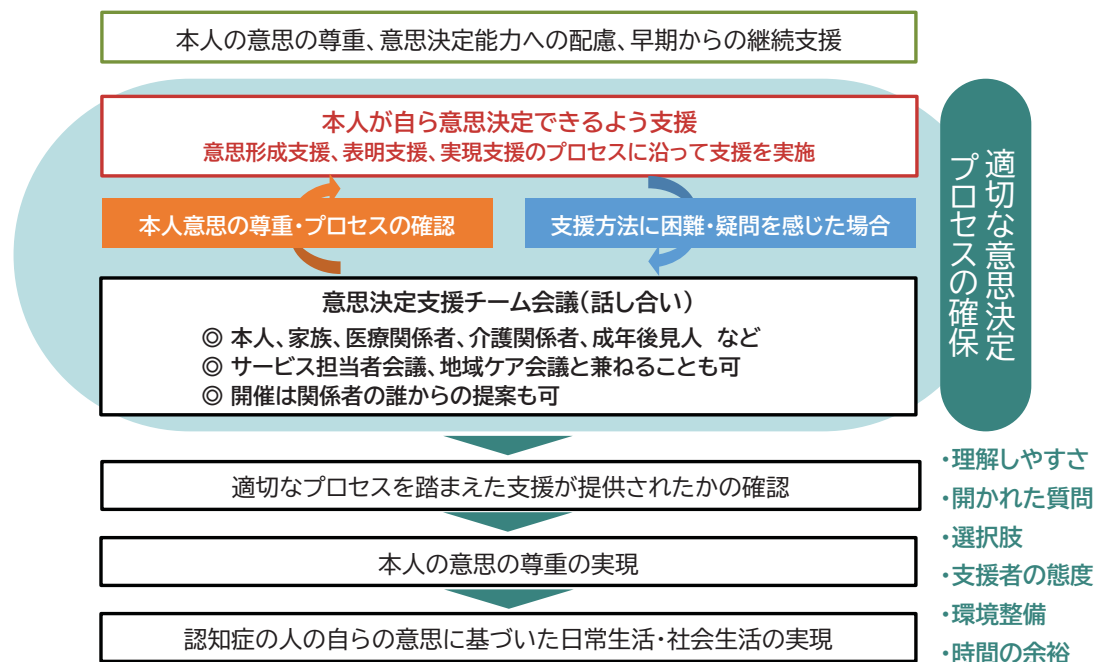
基本事項(誰のための・誰による・支援なのか)

- 認知症の人のための
(認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む。)
- 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による
(意思決定支援者)
- 認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもの
(意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援)

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 組込型研修の視聴

生活支援としての意思決定支援

〔地域実践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(H30.6) に一部追記

〔地域実践 27〕

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あり、「決められないときに代わりに決めてあげる」のではなく、「認知症の人が自分で決めることを支援する」ことが意思決定支援の基本原則である。本ガイドラインでは、認知症の人のための（認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む）、認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による（意思決定支援者）、認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもの（意思形成支援、意思表示支援、意思実現支援）などの基本事項が整理されている。

本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。

参考

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>

ガイドライン組込型研修 動画(合同会社 HAM 人・社会研究所ホームページ)

URL: https://ham-ken.com/wp/?page_id=1340

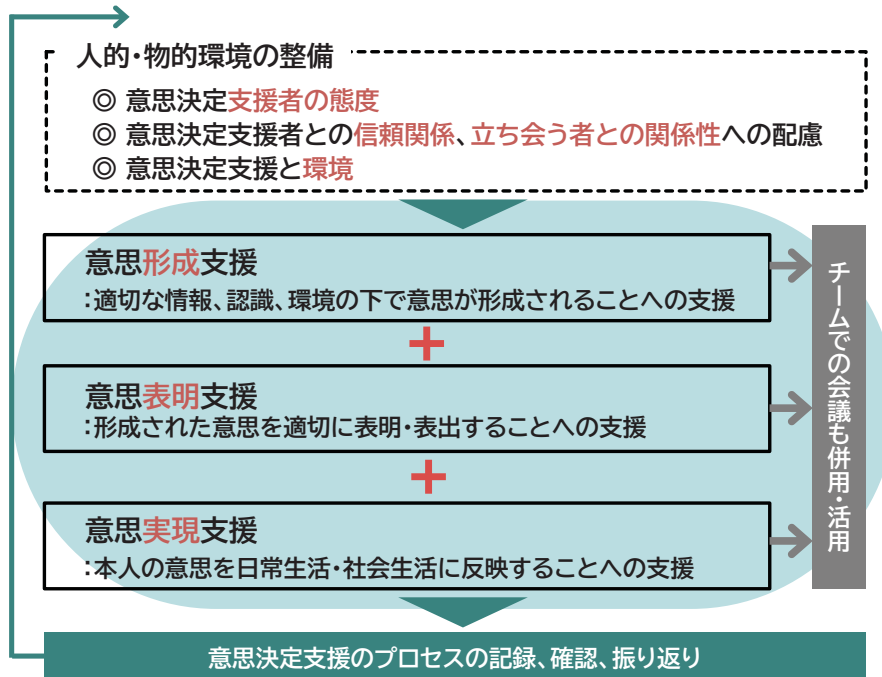
〔地域実践 28〕

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における意思決定支援とは、認知症の人が自ら意思決定できるように、そのプロセスを支援するものと定義されている。そのプロセスには、本人が「意思を形成すること」の支援と、本人が「意思を表明すること」の支援を中心とし、本人が「意思を実現する」ための支援までが含まれる。本人の意思の尊重、意思決定能力への配慮、早期からの継続支援などが前提となり、支援方法に困難や疑問を感じた場合などには、支援する関係者による話し合い（意思決定支援チーム会議）によって、多面的な情報や意見交換を行いながら支援していくことが重要である。

また、本人の特性に応じた意思決定支援を行うためには、多職種協働により、あらかじめ本人の意思の確認等を行う等の取り組みを推進することも重要であり、そのためには本ガイドラインが医療・介護従事者への研修において活用されることが望まれる。

意思決定支援のプロセス

〔地域実践29〕



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(H30.6) より

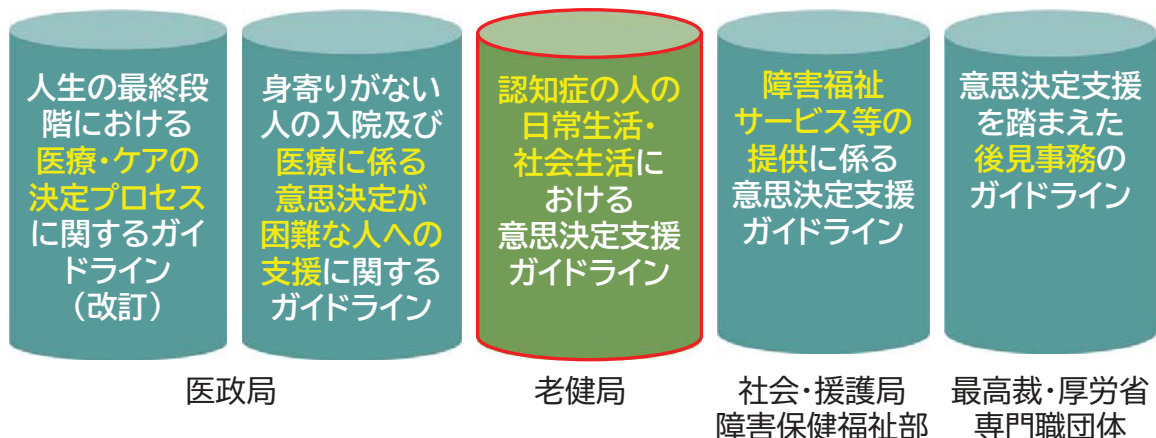
各意思決定支援ガイドライン

〔地域実践30〕

【意思決定支援ガイドラインの策定推進の背景】

- ◎ 障害者の権利に関する条約
- ◎ 成年後見制度利用促進法
- ◎ 成年後見制度利用促進基本計画(2017年3月閣議決定)

【公表されている5つの意思決定支援ガイドライン】



〔地域実践 29〕

意思決定支援は、意思決定支援者の態度や意思決定支援者との信頼関係、立ち会う人との関係性や環境による影響を受けることから、意思決定支援に当たっては、まず、人的・物的な「環境の整備」が重要となる。

それを前提として、本人が適切な情報と、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に注意して意思「形成」支援を行い、その上で本人が適切に「表明・表出」することができるように支援し、最終的にはその意思を生活に反映・「実現」させることを支援する。これらの支援を意思決定支援チームの会議の場では併用・活用することが望ましい。

なお、これらの支援は必ずしも順番通りに行われることが必須ではなく、重なり合い、行きつ戻りつ行われるものであり、適切な支援のプロセスかどうかを確認するときには、上記の 3 つの支援に「環境」、「振り返り」を加えた 5 つの観点から行くと整理しやすい。そのためには意思決定支援のプロセスを記録することも重要となる。

〔地域実践 30〕

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の他にも、医療や障害サービス等の分野での意思決定支援に関するガイドラインが公表されている。各ガイドラインは、対象となる場面を広くとり、支援の規範を示すものや、また、場面を限定しつつ具体的な方法論を示すものなど、内容は様々である。

認知症は疾患ごとに特徴が異なり、多くは進行性の経過をたどるため、本人の状態や認知症のステージに応じた意思決定支援が重要となる。本人の意思をできるだけくみ取り、それを活かした医療・介護等が提供されるように、各ガイドラインが示す考え方や方法などを参照し、多職種や家族とも情報共有・連携しながら支援していくことが望まれる。

参考

かかりつけ医のための認知症マニュアル第 2 版 日本医師会
障害福祉サービス等の提供にかかる意思決定支援ガイドライン

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihoukenfukushibu/0000159854.pdf>

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>

身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン

<https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>

意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン

<https://www.mhlw.go.jp/content/000687818.pdf>

Advance Care Planning(ACP)

〔地域実践31〕

ACPとは

『将来の変化に備えて、将来の医療及びケアについて患者さんを主体に、その家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと』

ACPの目標

- 患者さん本人の人生観や価値感、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化する。

ACPの原則(主体は患者本人)

- コミュニケーションの促進、治療の選択肢・予後の情報共有、治療計画の共同作成、繰り返しの話し合いなどが原則である。
- 認知症の特性に考慮したACPの啓発・普及が課題である。
- かかりつけ医等の医療従事者が多職種と共に患者さんの意思に寄り添うことが理想である。

日本医師会:終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える2018 より 一部改変引用

成年後見制度利用促進基本計画

〔地域実践32〕

平成28年5月 「成年後見制度の利用の促進に関する法律」施行

平成28年9月 「成年後見制度利用促進会議」より、「成年後見制度利用促進委員会」に意見を求める(基本計画の案に盛り込むべき事項について)

平成29年1月 「委員会」意見取りまとめ

平成29年3月 「促進会議」にて「基本計画の案」を作成の上、閣議決定

〈計画のポイント〉

(1) 利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善

- ▶ 財産管理のみならず、意思決定支援・身上保護も重視した適切な後見人の選任・交代
- ▶ 本人の置かれた生活状況等を踏まえた診断内容について記載できる診断書の在り方の検討

(2) 権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり

- ▶ ①制度の広報、②制度利用の相談、③制度利用促進、④後見人支援等の機能を整備
- ▶ 本人を見守る「チーム」、地域の専門職団体の協力体制(「協議会」)、コーディネートを行う「中核機関(センター)」の整備

(3) 不正防止の徹底と利用しやすいさとの調和

- ▶ 後見制度支援信託に並立・代替する新たな方策の検討

〔地域実践 31〕

アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning、以下 ACP)とは、『将来の変化に備えて、将来の医療及びケアについて患者さんを主体に、その家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと』であり、患者さん本人の人生観や価値感、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目的としている。

ACP の主体は患者本人であり、コミュニケーションの促進、治療の選択肢・予後の情報共有、治療計画の共同作成、繰り返しの話し合いなどが原則となる。認知症の特性に配慮した ACP の啓発や普及などが今後の課題であり、ACP の実践には、多職種と共に患者・利用者の意思に寄り添うことが理想である。

〔地域実践 32〕

成年後見制度の利用の促進と全国どの地域に住んでいても成年後見制度を必要とする人が制度を利用できることを目的として、平成 28 年に成年後見制度利用促進法が施行され、平成 29 年に成年後見制度利用促進基本計画が閣議決定された。この計画に基づいて市町村の中核機関(権利擁護センター等を含む)の整備や市町村計画の策定が推進されている。

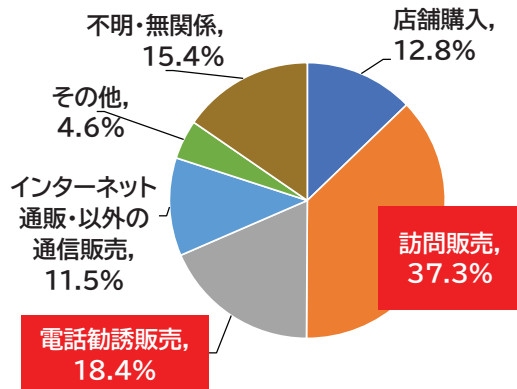
本計画では、利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善、権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり、不正防止の徹底と利用しやすさとの調和、などが利用促進のポイントとしてまとめられている。また、制度の運用に関しては、意思決定支援のための指針の策定、診断書の見直し、適切な後見人選任のための検討、などの重要性が強調されている。成年被後見人等の利益や生活の質の向上のための財産利用・身上保護に資する支援ができるように研修会の実施や「任意後見」「補助」「保佐」制度の広報・相談体制の強化、市町村等による市民後見人・親族後見人への専門的バックアップ体制の強化も重要である。

消費者被害の現状

〔地域実践33〕

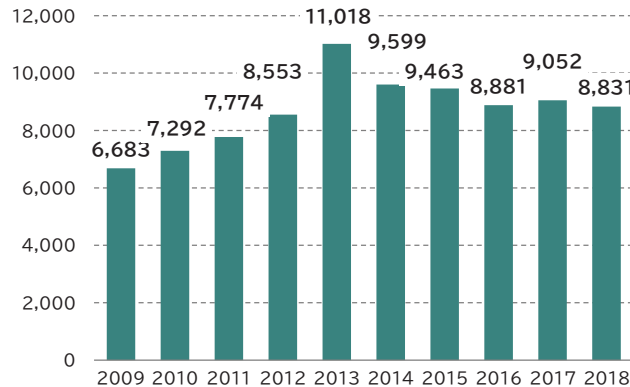
認知症等高齢者の販売購入形態別 消費生活相談割合

○訪問販売と電話勧誘販売が半数以上



認知症等高齢者に関する 消費生活相談件数

○高齢者の相談は全体の35%
○相談1件あたりの平均契約購入額150.9万
○約8割で相談者と契約者が異なる



消費者庁「令和元年版消費者白書」

日常生活自立支援事業と成年後見制度

〔地域実践34〕

○日常生活自立支援事業は、判断能力などは不十分でも契約行為が行え、身近に親族などの支援者がなく
金銭管理等できないで困っている人を支える仕組み
○成年後見制度は、さらに認知症が進行し、財産管理及び身上監護に関する契約等の法律行為全般を行う仕組み

日常生活自立支援事業		成年後見制度
厚生労働省	所轄庁	法務省
社会福祉法	法律	法定後見制度：民法 任意後見制度：任意後見契約に関する法律
認知症、知的障害、精神障害などの理由により、判断能力が不十分な方であり、なおかつ、本事業の契約内容について、判断し得る能力を有していると認められる方（判断能力が全くない方は対象外）	対象者	認知症、知的障害、精神障害などの理由により、判断能力が不十分な方（補助・保佐）及び判断能力が全くない方（後見）
市区町村社会福祉協議会の職員（専門員、生活支援員）	援助者	法定後見制度：補助人・保佐人・後見人 任意後見制度：任意後見人
社会福祉協議会への相談（本人、家族、関係機関から）	手続きの開始	本人、配偶者、4親等内の親族、市区町村長、検察官、任意後見人等が家庭裁判所へ申立て
「契約締結判定ガイドライン」により確認 困難な場合、契約締結審査会で審査（都道府県社協に設置）	意思能力の確認・ 審査や鑑定・診断	医師の診断書を家庭裁判所に提出 （必要に応じて、鑑定を行うことがある）
本人負担 生活保護世帯は公費負担あり	利用中の費用	本人が負担 金額については家庭裁判所が決定
運営適正化委員会（都道府県社協に設置）	監督機関	法定後見制度：家庭裁判所、成年後見監督人 任意後見制度：家庭裁判所、任意後見監督人

福祉サービスの利用、日常生活費（預金のお出し金・通帳の預かり等）の管理、日常生活の購入代金の支払い、各種届出などの手続きを支援する。
社会福祉協議会と支援計画を作成し、利用契約を結ぶ。

親族等（推定相続人）への照会、作業等の手続きがあり、2か月以上を要するほか、後見人等は家裁の職権によって選任され、後見業務は本人の死亡等まで継続し、選任された人物に対し不服申立てはできない。後見が開始されると、印鑑登録できなくなる。

〔地域実践 33〕

認知症の人を含む高齢者の消費生活相談は近年増加し、消費者トラブルへの遭遇の頻度は増し、その被害額も多額となっている。このため、高齢者や認知症等の判断力の低下した消費者を地域で見守る体制（消費者安全確保地域協議会など）が構築され、政府や自治体などの広報等を通じて消費者被害に関する注意喚起を行うことが重要である。

認知症等高齢者の消費者被害の現状を提示した。認知症高齢者の消費生活にかかる相談について、形態別では、「訪問販売」と「電話勧誘販売」が上位 2 位で、合わせて過半数となっている。また、相談件数をみると、1 年間で 9,000 件前後で推移しており、相談 1 件あたりの平均契約額は約 150 万円となっている。

認知症の人の消費者被害は、件数、額とも大きく、社会問題となっており、成年後見制度や日常生活自立支援事業などを活用した事前・事後の支援の必要性が高まっている。かかりつけ歯科医もこれらの現状を把握し、地域の高齢者見守りネットワークの一員として、高齢者の消費者被害を防ぐことへ協力することが望まれる。

〔地域実践 34〕

地域に暮らす人が、障害の有無や年齢にかかわらず、尊厳をもってその人らしく安心して生活が送れるように、利用者本位の自己決定や自立支援をする仕組みとして、日常生活自立支援事業と成年後見制度がある。具体的には、支援の内容・場面や判断能力の程度に応じて、認知症の人の金銭・財産管理をはじめとする契約等を支援する制度である。日常生活自立支援事業は、判断能力などは不十分でも契約行為が行え、身近に親族などの支援者がなく、金銭管理等できないで困っている人を支えるための仕組みである。一方の成年後見制度は、さらに認知症が進行し、財産管理及び身上監護に関する契約等の法律行為全般を行う制度である。それぞれの相違点について、所轄庁、法律、対象者、援助者、手続きの開始、意思能力の確認・審査や鑑定・診断、利用中の費用、監督機関ごとにスライドの表にまとめた。

支援内容を大きく「身の回りに関すること」と「財産に関すること」に分け、両者が可能なこと（対象になること）を下表に整理した。

日常生活 自立支援事業	支援内容	成年後見制度
身の回りに関すること		
△	福祉サービスの利用援助、 病院入院契約、施設の入退所契約	○
×	医療行為の同意、身元保証人、 婚姻・離婚・養子縁組	×
財産に関すること		
○	日常生活の金銭管理、年金の受領に必要な手続き、 通帳や銀行印の保管	○
×	不動産の処分や管理、遺産分割	
△	消費者被害の取消	

若年性認知症の特徴と現状

〔地域実践35〕

○全国における若年性認知症者数は、**3.57万人**と推計（前回調査(H21.3)3.78万人）※

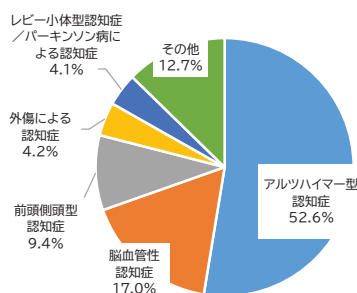
○18-64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数(有病率)は、**50.9人**（前回調査(H21.3)47.6人）

※前回調査と比較して、有病率は若干の増加が見られているが、有病者数は若干減少。有病者数が減少している理由は、当該年代の人口が減少しているため。

（表）年齢階層別若年性認知症者有病率(推計)

年齢	人口10万人当たり有病率(人)		
	男	女	総数
18～29	4.8	1.9	3.4
30～34	5.7	1.5	3.7
35～39	7.3	3.7	5.5
40～44	10.9	5.7	8.3
45～49	17.4	17.3	17.4
50～54	51.3	35.0	43.2
55～59	123.9	97.0	110.3
60～64	325.3	226.3	274.9
18-64			50.9

（図）若年性認知症(調査時65歳未満)の基礎疾患の内訳



主な調査結果

- ▶ 最初に気づいた症状は「もの忘れが最も多く(66.6%)」、「職場や家事などでのミス(38.8%)」、「怒りっぽくなった(23.2%)」がこれに続いた。
- ▶ 若年性認知症の人の約6割が発症時点で就業していたが、そのうち、約7割が退職していた。
- ▶ 調査時65歳未満若年性認知症の人の約3割が介護保険を申請しておらず、主な理由は「必要を感じない(39.2%)」、「サービスについて知らない(19.4%)」、「利用したいサービスがない(13.0%)」、「家族がいるから大丈夫(12.2%)」であった。
- ▶ 調査時65歳未満若年性認知症の人の世帯では約6割が収入が減ったと感じており、主な収入源は、約4割が障害年金等、約1割が生活保護であった。

調査対象及び方法

全国12地域(札幌市、秋田県、山形県、福島県、群馬県、茨城県、東京4区、山梨県、新潟県、名古屋市、大阪4市、愛媛県)の医療機関・事業所・施設等を対象に、若年性認知症利用者の有無に関する質問紙票調査を実施(一次調査)。利用がある場合には、担当者・本人・家族を対象に質問紙票調査を実施(二次調査)。二次調査に回答した本人・家族のうち、同意が得られた者を対象に面接調査を実施(三次調査)。

出典：日本医療研究開発機構認知症研究開発事業による「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多元的データ共有システムの開発(令和2年3月)」

若年性認知症の人への支援

〔地域実践36〕

- 若年性認知症は 高齢者の認知症とは年齢や置かれている環境が異なるため、**本人や家族の心理状態・社会経済的状態に配慮が必要である。**
- **早期診断や早期治療、適切な支援や相談機関や支援機関へのつなぎなどが医療従事者の役割である。**
- 若年性認知症支援のハンドブックの配布、都道府県ごとの専門相談窓口の設置や相談窓口への若年性認知症支援コーディネーターの配置、若年性認知症コールセンターの周知などが重要である。

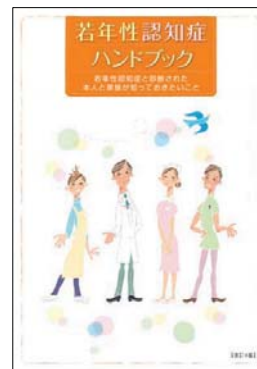
【若年性認知症支援コーディネーターの役割】

- ・ 本人やその家族、職場等からの電話等による相談窓口
- ・ 適切な専門医療へのアクセスと継続の支援
- ・ 利用できる制度・サービスの情報提供
- ・ 関係機関との連絡調整

専門職向け



本人・家族向け



全国若年性認知症支援センター 若年性認知症コールセンター

〔地域実践 35〕

65 歳未満で発症する認知症を若年性認知症という。全国における若年性認知症者数は、令和2年3月公表のデータにおいて約 3.57 万人と推計された。平成 21 年の前回調査より有病者数は減少しているが、当該年代の人口が減少していることが理由と考えられている。基礎疾患の内訳を見るとアルツハイマー型認知症の割合が過半数を占めている状況であった。

若年性認知症は高齢発症の認知症と比較して、①発症年齢が若く男性に多いこと、②初期の症状が認知症特有でないため診断しにくく、また本人や周囲が様子の変化には気づくが、適切な医療への受診が遅れがちであること、③子の養育や親の介護の時期と重なることが多く、社会的な問題が大きいこと、④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、⑤本人・配偶者の就労継続、子の養育の継続、子の結婚への影響等、家庭内での課題が多い、⑥若年性認知症の本人に適した公的なサービスが少ないことや、情報の少なさによって適切な支援に結び付きにくい、といった課題があげられる。

〔地域実践 36〕

若年性認知症の人は、年齢や置かれている社会経済的状況が高齢発症の認知症の人と異なることから、支援を組み立てる際に本人の希望や状況にあわせた配慮や工夫が必要となる。

若年性認知症の支援上の課題は、診断後の相談先がわかりにくいこと、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り組みにバラツキがあり、本人にフィットした制度や横断的なサービスを提案するには相談業務にあたるものの習熟が必要であることがある。一般的に、若年性認知症の場合は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。

鑑別診断を行う医療機関の医療ソーシャルワーカーやケアマネジャーが、障害福祉サービスや自立支援医療、成年後見制度等を熟知し連携を取ること、心理支援も含めた診断後支援を行うことが重要である。

相談機関としては、若年性認知症の人への自立支援に関わるネットワークの調整役として若年性認知症コールセンター(愛知県大府市 <https://y-ninchisyotel.net/>)、都道府県の若年性認知症支援コーディネーターなどの相談機関、そのほか市町村や地域包括支援センター、認知症地域支援推進員などの相談窓口を活用する。

若年性認知症の人への支援のネットワーク

〔地域実践37〕

「認知症総合戦略推進事業」若年性認知症施策総合推進事業（実施主体：都道府県・指定都市）

〈〈 相談（相談窓口） 〉〉

- ① 本人や家族との悩みの共有
- ② 同行受診を含む受診勧奨
- ③ 利用できる制度、サービスの紹介や手続き支援
- ④ 本人、家族が交流できる居場所づくり

〈〈 支援ネットワークづくり 〉〉

- ワンストップの相談窓口の役割を果たすため、医療・介護・福祉・労働等の関係者による支援体制（ネットワーク）の構築
- ネットワークにおける情報共有、ケース会議の開催、普及啓発等

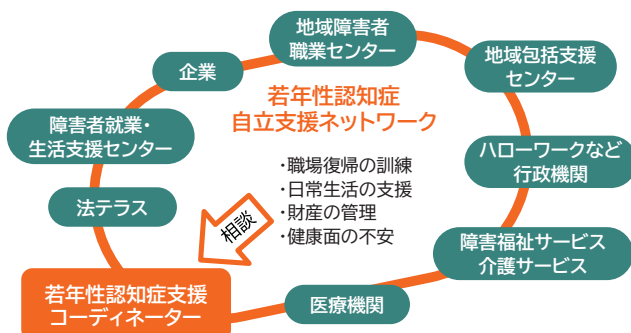
〈〈 普及・啓発 〉〉

- 支援者・関係者への研修会の開催等
- 企業や福祉施設等の理解を促進するためのパンフレット作成など

これらの支援を一体的に行うために **若年性認知症支援コーディネーター** を各都道府県に配置

若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加支援

- ① 若年性認知症のひととの意見交換会の開催等を通じた若年性認知症の人のニーズ把握
- ② 若年性認知症の人やその家族が交流できる居場所づくり
- ③ 産業医や事業主に対する若年性認知症の人の特性や就労についての周知
- ④ 企業における就業上の措置等の適切な実施など治療と仕事の両立支援の取組の推進
- ⑤ 若年性認知症の人がハローワークによる支援等が利用可能であることの周知 等



改正道路交通法と認知症

〔地域実践38〕

改正道路交通法（平成29年3月12日施行）

- 75歳以上の高齢者が**運転免許を更新する際には、認知機能検査**を受検し、その結果によって、「**高齢者講習**」や「**臨時適性検査** または **医師の診断書**」が必要となる。
- 75歳以上で、**一定の違反行為（基準行為）があった場合には、臨時認知機能検査**を受検し、その結果によって、「**臨時高齢者講習**」や「**臨時適性検査** または **医師の診断書**」が必要となる。

※ 臨時適性検査の受検及び診断書の提出は、都道府県公安委員会より本人に対して通知・命令される。

改正後の課題

- 正確な認知症診断や判定、自主返納後や運転中断後の生活の維持、症状の進行予防、社会的孤立などへの支援や連携が課題とされる。

〔地域実践 37〕

認知症施策推進大綱において 5 つの柱のひとつとして、「若年性認知症の人への支援」が位置付けられ、都道府県・指定都市を主体として、①相談、②支援ネットワーク、③普及・啓発を柱とする「若年性認知症施策総合推進事業」が展開されている。

これらを一体的に進めるため、各都道府県に「若年性認知症支援コーディネーター」が配置され始めている。若年性認知症支援コーディネーターは全国の認知症疾患医療センターなどの医療機関の医療相談室や本人家族の会などに配置されており、都道府県ごとに事業所名称が異なるため、あらかじめ把握しておく必要がある。

(https://y-ninchisyotel.net/wp-content/uploads/jyakunen_coordinator20210215.pdf)

(<https://y-ninchisyotel.net/contact/>)

(<https://y-ninchisyotel.net/wp-content/uploads/information20210129.pdf>)

認知症高齢者とは異なる若年性認知症の特性に配慮する観点から、「就労」や「社会参加」に着目した支援が展開されている。若年性認知症自立支援ネットワークには、医療や介護(地域包括支援センター、認知症地域支援推進員など)のみならず、就労相談機関(障害者職業センターや障害者就業・生活支援センター、ハローワーク等)や、基幹相談支援センターや特定相談支援事業所(福祉的就労としての障害者総合支援法の活用)、認知症カフェや本人・家族の会など社会参加にかかわる拠点や機関も含まれる。

〔地域実践 38〕

平成 29 年3月 12 日に改正道路交通法が施行され、75 歳以上の高齢者が運転免許を更新する際には、認知機能検査の受検が義務付けられた。この認知機能検査で「認知症のおそれあり」と判断された場合には、基準行為の有無を問わず、臨時適性検査または医師の診断書が必要となった。また、更新時に限らず、一定の違反行為があった場合に、臨時認知機能検査を受検し、その結果によって、臨時適性検査または医師の診断書や臨時高齢者講習が必要となった。

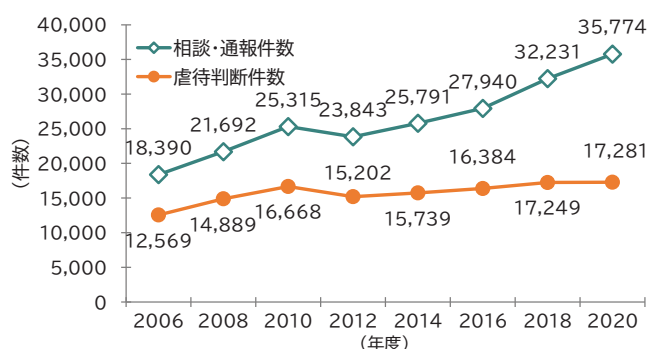
今後、臨時適性検査受検や診断書作成を要するケースが増加することも予想され、高齢者の運転免許更新・継続の場面において、かかりつけ医や認知症サポート医の役割が重要となってくる。一方で改正後の課題として、正確な認知症診断や判定、自主返納後や運転中断後の生活の維持、症状の進行予防、社会的孤立などへの支援や連携等が挙げられている。

養護者による高齢者虐待の現状

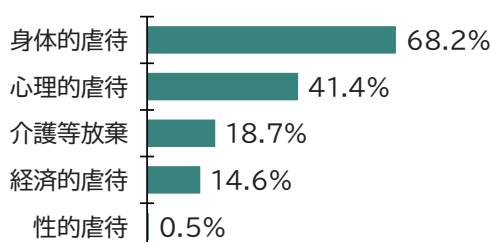
〔地域実践39〕

- 養護者による高齢者虐待は年々増加している
- 被虐待高齢者に重度の認知症がある場合は「介護等放棄」を受ける割合が高い
- 介護保険未申請・申請中・自立において、虐待の程度(深刻度)4・5の割合が高い

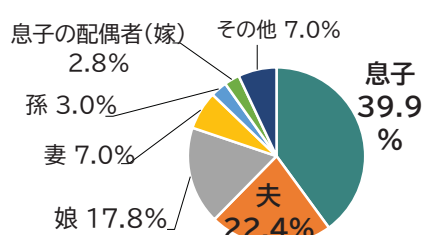
養護者による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移



虐待の種類割合



被虐待高齢者からみた虐待者の続柄



出典:厚生労働省「令和2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」

認知症支援を通じた地域作りに向けて

〔地域実践40〕

- 認知症は**脳の疾患**によって起こる。
- **早期発見・早期対応**により、**可逆性の疾患**の治療ができる。
- 進行性の疾患であっても、本人の**症状(特に、行動・心理症状)**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。

〔地域実践 39〕

平成 18 年4月に高齢者虐待防止法(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、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。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。

高齢者虐待は依然として深刻な状況にあり、養護者による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数ともに年々増加している(右上グラフ)。さらに、虐待の種類では、「身体的虐待」、「心理的虐待」、「介護等放棄」などの割合が高い。被虐待高齢者からみた虐待者の続柄では、「息子」、「夫」、「娘」の順であった(スライド下段)。

スライド未提示だが、他にも被虐待高齢者に重度の認知症がある場合は「介護放棄」を受ける割合が高い、介護保険未申請・申請中・自立において、虐待の程度(深刻度)4・5の割合が高い、などが高齢者虐待の現状である。

出典

厚生労働省「令和2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」

〔地域実践 40〕

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、薬剤師が中心となって、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、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3年度改訂版〉

令和3年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

認知症対応力向上研修の研修教材及び
実施方法に関する調査研究事業

令和4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
