

認知症の人の口を支える マニュアル



目次

はじめに	3
1. 認知症施策概要から考える歯科の関わり	4
2. 認知症の人の暮らしを支える地域づくりに向けて： 口を支える視点から	10
3. 地域づくりの視点 調査から見えてきた課題	14
4. モデル事例	20
5. 実践ツール	52

認知症の人の口への支援実践ハンドブック

認知症の人の歯医者さんかかりかたBook

はじめに

我が国の認知症の人の数は増加しており、医療・介護の現場で誰もが関わる病気となっています。認知症の根治は困難であることが殆どですので、認知症の人を支えるためには認知症を治療する医療分野だけでなく、介護分野さらには地域のインフォーマルなサービスも必要となります。本マニュアルでは、認知症の人の口への支援を進めるうえで必要な情報である、国の認知症施策の動向、認知症を主な視点とした連携づくりの課題・事例などを提示し、さらにサービス提供者用と認知症の当事者用の実践ツールを作成しました。サービス提供者用ツール「認知症の人の口への支援実践ハンドブック」では、介護保険における居宅系口腔衛生関連サービスの概要、認知症が主な原因として現れる口腔や食に関する困りごとへの評価および対応に関して、また当事者用ツール「認知症の人の歯医者さんかかりかたBook」では、歯科受診に際しての準備すべき点などを分かりやすく解説した内容としました。

認知症の好発年齢である高齢期（特に80歳以上）の口の状況について目を転じると、8020運動達成者が5割を超え（2016年）、デンタルインプラント受療率も増加傾向にあり、その口の環境は多様化しています。このように、認知症の好発年齢である80歳以上の日本の高齢者の口腔内は多様化し、口の支援ニーズはこれまでの高齢者とは大きく異なりつつあります。認知症の人は、様々な認知機能障害（記憶障害、見当識障害など）を併存することから、生活する環境との関わりが困難となり、特に歯科治療などの受け入れ（通院）が困難になることが知られています。

医療専門職が口腔の管理（口腔衛生および口腔機能管理など）を進める際、その視点は医療の側面に軸足が置かれがちです。認知症の人の口への支援に携わる場面では、その人の日常生活（ご家族も含め）のなかで、医療（歯科治療など）の位置づけ（必要性、継続性、親和性など）をイメージすることが支援の選択肢を広げると考えます。医療と生活支援（介護）は二項対立して議論されることが多いですが、認知症の人の支援においては、生活支援に医療が包含された形の視点を持つ必要があると考えます。

本マニュアルが、認知症の人の生活の中で「口の支援」が広がる一助になれば、本事業にかかわったメンバーにとって望外の喜びです。

令和3年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）事業
「認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理に関する調査研究事業」事業実行委員会一同
事業代表者 平野 浩彦（地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター）

1. 認知症施策概要から考える歯科の関わり

(1) 概要

・認知症施策の変遷

1986年に厚生省（当時）は、痴呆性老人対策本部を設置し、1989年に老人性痴呆疾患センターの創設、1997年に認知症対応型共同生活介護（グループホーム）を制度化、2001年に認知症介護研究・研修センターを整備し、認知症に対する対応を国は進めてきました。2004年、厚生労働省の「「痴呆」に替わる用語に関する検討会」の報告を受け、「痴呆」から「認知症」へと呼称が変わりました。また「認知症を知り地域をつくる10ヵ年」構想が出され、認知症に対する理解は広がりを見せました。介護保険制度においても、2006年に、認知症対応型通所介護や小規模多機能型居宅介護などを含む地域密着型サービスのシステムが創設されました。認知症高齢者の急増が推計値として出されたこともあり、2008年には「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」が組織され、その報告書に、「認知症の人の実態把握」など5項目が認知症対策として挙げられました。その後、厚生労働省は「認知症施策検討プロジェクトチーム」を設置し、過去10年間の認知症施策を再検証し、以降の認知症施策の方向性が検討され、2012年に、「今後の認知症施策の方向性について」が提示されました。この中で「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考えを改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指すため「標準的な認知症ケアパスの作成・普及」など、7項目の取り組みが提示されました。さらに、この7つの取り組みに数値目標を定め、「認知症施策推進5ヵ年計画（オレンジプラン）」（平成25年度から29年度までの計画）として公表しました。

・新オレンジプランから認知症施策推進大綱へ

世界的には、2013年12月、英国で「G8認知症サミット」が開催され、認知症問題への今後の対応に関しての「共同声明（Communique）」が、G8 各国代表者によって合意されました。これを受け2014年11月に「認知症サミット日本後継イベント」が開催され、認知症のケアや予防に関わる海外からの政府関係者や専門家、認知症の人ご本人やその家族も参加し、「新しいケアと予防のモデル」というテーマで活発な議論がなされた。これを契機に阿部内閣総理大臣（当時）の指示を受けた形で「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」が、2015年1月に策定されました。

新オレンジプランは、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」ことを目標に、①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、③若年性認知症施策の強化、④認知症の人の介護者への支援、⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進、⑦認知症の人やその家族の視点の重視、以上7つの柱で構成されています。特に、7つめの柱の「認知症の人や家族の視点の重視」を最も重要な柱として位置づけているのが大きな特徴となっています。さらに2つ目の柱の「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」を受け、「歯科医師の認知症対応力向上研修」が2016年から全国で実施されています。

2018年12月に認知症施策推進関係閣僚会議が開催され、認知症の「予防」に関する研究とその成果を実用化するための取組、認知症を発症しても、住み慣れた地域で安心して暮らすための、認知症バリアフリーの取組などを迅速に進めることの重要性が確認されました。以上を受けて2019年6月に「認知症施策推進大綱」

（以下大綱）がとりまとめられました。大綱は、新オレンジプランの内容を踏襲しながら、「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」とされています。『共生』とは、認知症の人が、

尊厳と希望をもって認知症と共に生きる、さらに、認知症があってもなくても同じ社会で共に生きるという意味とされています。また『予防』とは、認知症にならないということではなく、「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」という意味で使われています。この基本的な考え方を基に、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、以上の5つの柱がたてられました。新オレンジプランで開始された「歯科医師の認知症対応力向上研修」は、「③医療・ケア・介護サービス・介護者の支援」で継承されています。

(2) 認知症施策に示される歯科の役割

本稿では、大綱と基本概念は同じ新オレンジプランの2つ目の柱、「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」の記載内容から歯科の役割を解説します。2つ目の柱の基本的考え方は、「発症予防⇒発症初期⇒急性増悪時⇒中期⇒人生の最終段階」という認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく、そのときの容態にもっともふさわしい場所で、医療・介護が提供される仕組みを実現することです。そのためには、早期診断・早期対応を軸とする仕組みを構築することにより、認知症の人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等が有機的に連携させることが必要となります。以上のような本人主体の医療・介護等の原則は、その提供に携わるすべての者が、認知症の人が置かれた環境の下で、認知症の容態の変化に応じたすべての期間を通じて共有すべき基本理念であることを改めて徹底し、医療・介護等の質の向上を図っていくこととなります。

認知症発症後の対応だけでなく発症予防の推進も重要な点です。新オレンジプランにおいても「認知症の発症予防については、運動、口腔に係る機能の向上、栄養改善、社会交流、趣味活動など日常生活における取組が、認知機能低下の予防に繋がる可能性が高いことを踏まえ、住民主体の運営によるサロンや体操教室の開催など、地域の実情に応じた取組を推進していく」とされています。既に歯科衛生士等が主体となり地域で展開されている、介護予防を目的とした口腔機能向上サービスなどで蓄積した経験を活かし、発症予防に関しても歯科からの参画が求められています。また早期診断・早期対応のための体制整備においても「認知症の症状や発症予防、軽度認知障害（MCI）に関する知識の普及啓発を進め、本人や家族が小さな異常を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにするとともに、かかりつけ医による健康管理やかかりつけ歯科医による口腔機能の管理、かかりつけ薬局における服薬指導のほか、地域、職域等の様々な場における、町内会、企業や商店、ボランティアやNPO、警察等による様々なネットワークの中で、認知症の疑いがある人に早期に気付いて適切に対応していくことができるような体制を構築していく。」さらに「地域の医療機関、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター等との日常的な連携機能を有する歯科医療機関や薬局も、認知症の早期発見における役割が期待される。歯科医師等による口腔機能の管理や薬剤師による服薬指導等を通じてこれらの専門職が高齢者等と接する中で、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理や服薬指導等を適切に行うことを推進する。このため、歯科医師や薬剤師の認知症対応力を向上させるための研修の在り方について検討した上で、関係団体の協力を得ながら研修を実施する。」と記載されています。

以上より、国の認知症施策における歯科への具体的な役割として、①口腔機能向上を通じた認知症予防、②認知症の早期発見、③認知症の進行に応じた継続的な口腔機能管理、さらに以上を円滑に推進するための、④認知症対応力向上研修の実施、が求められています。

歯科医師の認知症対応力向上研修カリキュラム目的は、早期発見・早期対応の重要性および、認知症の人と家族の生活を支える知識と方法の習得、②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の習得、③認知症診療、ケア、連携に関する基本的な知識の習得、の3点が設定され展開されています。

日常生活の中で認知症の兆候に気づき、何らかの認知症関連の地域インフラに繋げる視点は、医療者として、また認知症を支える社会の一員として求められています。そのためには「歯科医師の認知症対応力向上研修」などを通し、認知症への理解を深めることも重要です。その一方で、口に関する支援（治療、ケアなど）は認知症の人にとって受け入れることが難しいことも多く、「認知症に関して学んでみたものの結局何もできなかった」と落胆することも少なくありません。しかし、我々が支えるのは認知症の人だけでなく、家族など介護者も対象となります。

ここで認知症の人の家族から医療への要望を述べたコメントがあるので紹介します。「たとえば認知症の専門家ではなくても、命の専門家として素人の家族に向き合っていて、『私は専門家ではないからよくわからないけれども、一緒に認知症に向かっていきましょう』とおっしゃっていただけたら、それだけで家族はすごく勇気づけられるし、力を得ることになると思います。」（2008年「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」議事録より引用認知症の人と家族の会 高見国生代表理事(当時)の発言）

つまり、歯科医療関係者は認知症の専門家ではないかもしれないが、口の専門家として認知症の人、さらにはその家族に向き合うことが求められています。たとえ口に関する支援が認知症の人に受けられなかったとしても、認知症の人と真摯に向き合う皆さんの想いが、認知症の人をとりまく家族も含めた方々の支援に繋がるのではないのでしょうか。

(3) 歯科医師の認知症対応力向上研修

1. 成り立ちと関連施策

わが国の認知症施策を加速するための戦略は、世界認知症サミット日本後継イベント（平成26年）において阿部総理大臣（当時）の発言が重要なターニングポイントである。さらに塩崎厚生労働大臣（当時）の発言も紹介する。

（阿部総理大臣挨拶より抜粋）
 そこで、私は本日ここで、我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略を策定するよう、厚生労働大臣に指示をいたします。我が国では、2012年に認知症施策5か年計画を策定し、医療・介護等の基盤整備を進めてきましたが、新たな戦略は厚生労働省だけでなく、政府一丸となって生活全体を支えるよう取り組むものとします。・・・

（塩崎厚生労働大臣挨拶より抜粋）
【新たな戦略の策定に当たっての基本的な考え方】
 ①早期診断・早期対応とともに、医療・介護サービスが有機的に連携し、認知症の容体に応じて切れ目なく提供できる循環型のシステムを構築すること
 ②認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、省庁横断的な総合的な戦略とすること
 ③認知症の方御本人やその御家族の視点に立った施策を推進すること

こうして、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン、2015年）において7つの柱が示され、二本目の柱「認知症の容体に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」のなかに歯科医師の認知症対応力研修が位置付けられた。基本的な考え方は、早期診断・早期対応を軸とし、妄想・うつ・徘徊等の行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等が見られても、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築することである。認知症医療の中では、歯科口腔疾患は身体合併症の1つとしてとらえられる。身体合併症への医療が適時適切に切れ目なく提供されるために、かかりつけ医や病院看護師のみならず、歯科医師や薬剤師むけの認知症対応力向上研修が位置付けられた。

役割編	●「編」の目的提示	役割	ならいと到達目標
II-1 役割編総論	● 歯科医師の役割の明確化・可視化	役割1	かかりつけ歯科医(歯科医療機関)の役割
		役割2	歯科の特殊性
	● 歯科の特殊性をベースに、認知症患者をあてはめ	役割3	歯科の特殊性(認知症患者に対して)
		役割4	認知症の人がたどる経過の中での歯科治療の関わり
		役割5	認知症の進行過程に応じた歯科におけるケアの視点
		役割6	認知症になって歯科へのアクセスが途絶えると・・・
		役割7	かかりつけ歯科医に求められる認知症の診療(まとめ)
II-2 歯科治療上の対応	● 歯科における「気づき」 ・意義とポイント	役割8	かかりつけ歯科医が早期に気づき対応する意義
		役割9	歯科診療において注意すべき気づきのポイント
	● 対応の総論（本研修でのアプローチ）	役割10	歯科における認知症はデリケート
	○ グレーの事例を示して、イメージ共有	DVD①	受付にて、「保険証返してよ」
	● DVDに続いて、グレーの人への対応（Q&A） (Q) グレーの人にどうするか (A①) 総論 あくまで普通の人+アルファの対応 (A②) 各論 具体的な対応ハウツー	役割11	認知症かもしれない人への対応 (Q)
		役割12	認知症かもしれない人に対する歯科医療職の対応 (A)
		役割13	認知症が疑われる場合のかかりつけ歯科医の対応の基本 (A)
	● 次に、診断あり(クロ)の人への対応（Q&A） (Q) クロの人にどうするか (A) 認知症を理解する視点の整理	役割14	認知症と診断されている人への対応 (Q)
		役割15	認知症の人の歯科治療をスムーズに進めるための4つの視点 (A)
	● クロの人への対応に続いて、BPSDの理解と対応 ・BPSDの内容理解(イメージ再確認) ・BPSDは作られた障害であること ・歯科医師としての支援の視点 ・トラブルを広げないための情報共有の方法 ・非日常である歯科診療所における対応	役割16	認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)
		役割17	歯科治療の際に必要な認知症の症状と要因・誘因
		役割18	認知症の人へのかかりつけ歯科医の支援
		役割19	キーパーソンと状況を共有する際の方法(伝え方)
		役割20	歯科診療所で起こるBPSDに対する対応
	○ BPSDの事例を示して、クロの人への対応を確認	DVD②	不安でチェアから降りたくなる様子
	● 歯科治療上の対応 ・歯科治療における重要な視点 ・対応のポイント 4つごとの詳説 ①環境整備、②説明、③配慮、④観察・ケア	役割21	歯科治療を行う上で必要な視点
		役割22	歯科治療の不安に対応した環境整備
		役割23	治療内容の理解を助ける説明
		役割24	歯科治療中の不安を予測した治療上の配慮
		役割25	治療中の観察とストレス軽減を図るケア
II-3 ストラテジー	● 治療計画立案とインフォームドコンセント ・治療計画を立案する姿勢 ・治療上の留意点 ・継続的な口腔管理の必要性 ・治療とケアの計画立案のしかた ・ストラテジー ・インフォームドコンセントの考え方	役割26	歯科治療計画を立案する上での姿勢
		役割27	歯科治療の際に必要な認知症の症状と要因・誘因(再掲)
		役割28	継続的な口腔管理の必要性と治療計画の立案
		役割29	治療計画とケアの計画立案のしかた
		役割30	認知症の人への歯科治療ストラテジー
		役割31	歯科治療を円滑に進めるためのインフォームドコンセントの考え方
II-4 診療所としての対応	○ 歯科診療所としての対応のあり方を確認	DVD③	スタッフの対応によってBPSDを誘発してしまう様子
	● 診療所としての対応のポイント ・観察の根拠となる知識 ・外来フォローの視点	役割32	歯科診療における注意すべき気づきのポイント(再掲: DVD振り返り)
		役割33	観察ポイントのバックグラウンド
		役割34	歯科外来でフォローするときの視点
	● 診療所として対応するための管理者の役割 ・管理者の役割 ・受け入れのための準備 ・スタッフに対するマニュアル(教育的視点)	役割35	管理者の役割の重要性
		役割36	歯科診療所の管理者の役割
		役割37	認知症の人を受け入れるにあたって
		役割38	準備したい具体的なマニュアル①
		役割39	準備したい具体的なマニュアル②
	● II 役割編のまとめ	役割40	まとめ①
役割41		まとめ②	

図1 歯科医師の認知症対応力向上研修カリキュラム（2015年）

新オレンジプランにおいては日常診療を実施するかかりつけ医、かかりつけ歯科医師が、認知症の人や家族への支援をめぐる認知症専門医療機関との“医療連携”だけでなく、“人材育成”の関わりが記されていた。また歯科医師医療機関の役割は“早期発見における役割が期待される”と記され、さらに“歯科医師等による口腔機能の管理や薬剤師による服薬指導等を通じて・・・認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理や服薬指導等を適切に行うことを推進する”ために研修のあり方を検討し、実施すると示された。歯科医師“等”とあらかじめ記載されていたことは、歯科衛生士含め歯科医療機関の従業員のすべてに拡大できる表現である。

教材開発にあたり、かかりつけ医認知症対応力向上研修教材および看護師の認知症対応力向上研修教材を参考にした上で、認知症の人の口腔内での外科処置を行う歯科特有の課題と対応するための知識を盛り込んだ(図1)¹⁾。

2. 研修会実施と効果検証

教材開発翌年から多くの都道府県は都道府県歯科医師会に研修会実施を委託し、研修受講者の数値目標を掲げ、研修が実装された。2018年度(平成30年)診療報酬改定では、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準に歯科医師の認知症対応力向上研修を受講していることが盛り込まれた。研修は一定のカリキュラムが提案されていたが、その限りではなく、グループワークなどの研修手法、面接技法や認知症スクリーニング実習が盛り込まれる地域もある。

同年に歯科医師認知症対応力向上研修の効果検証事業が行われ²⁾、普及についての明確な数値は得られないものの、受講した歯科医師の行動変容については多少なりとも効果が得られた(図2, 3)。ただし、研修会事業開始初期に受講している歯科医師は、あらかじめ歯科訪問診療等の要介護高齢者への対応を行っていたものも多く、教材には外来歯科診療のなかでの初期の認知症症状の気づきだけでなく、歯科訪問診療等における進行した認知症の人への歯科的対応や経口摂取の支援に関するアドバンスの内容を求められていたことも重要な知見であった。また、受講した歯科医師が未だ地域連携の場で活躍しているとは言い難い現状があり、その理由が、都道府県歯科医師会が実施する研修会の受講者の同意を得て都道府県ホームページなどで歯科医院名を公開している一方で、実臨床で認知症ケアパスを地域に合わせて作成しているのは市区町村であり、また地域包括支援センターはじめ地域の連携は市区町村レベルで行われる構造が要因の一つであろうと考えられた。市区町村レベルでの多職種研修への歯科医師の参画を一層推進する必要があることが明らかになった。

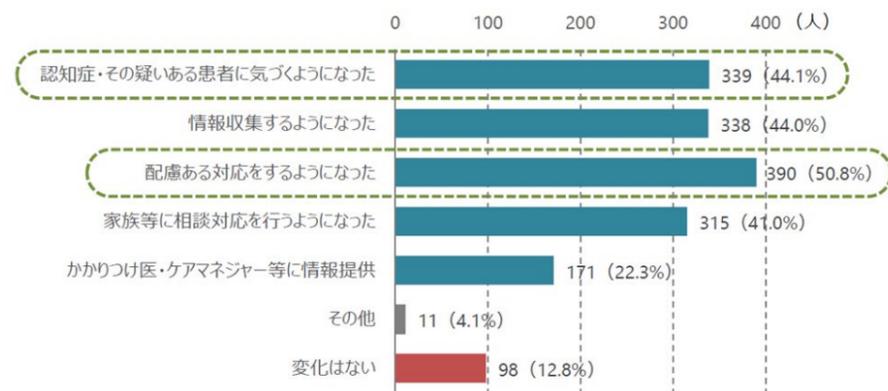


図2 研修受講者の日常の歯科診療における変化

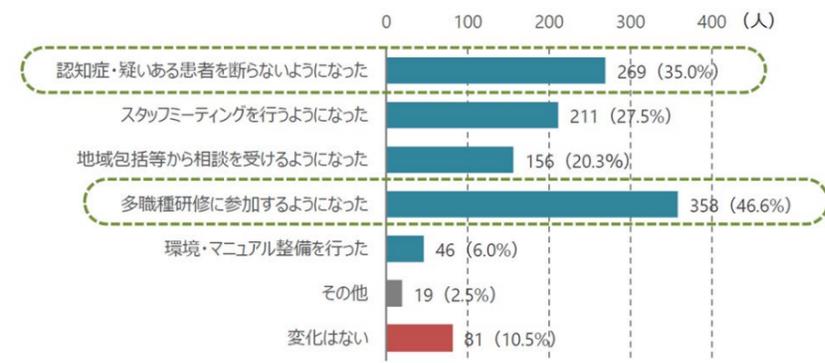


図3 研修受講者の歯科診療以外の活動での変化

3. 認知症施策推進大綱と改訂版教材研修会実施と効果検証

2019年に認知症施策推進大綱が示されたことは記憶に新しい。新オレンジプランに記された内容をより具体的な指針として示されたことで、多職種による認知症の人への在宅診療と連携に関する多職種グループワークを想定した認知症対応力向上研修³⁾教材の開発、2020年には社会資源の変化に伴うかかりつけ医認知症対応力向上研修教材の改定⁴⁾、および病院以外の看護師等の認知症対応力向上研修教材⁵⁾において診療所等に勤務する歯科衛生士や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士への研修内容が盛り込まれることとなった。また認知症対応力向上研修関連教材だけでなく、認知症の人の意思決定支援ガイドラインが示されたなどの認知症の人を家族の生活を支える基礎作りが進められた。

2021年度事業においては歯科医師の認知症対応力向上研修の教材改定が行われ、かかりつけ医認知症対応力向上研修教材改定内容の反映、そして前述の効果検証において指摘された歯科訪問診療、在宅療養中の認知症の人への多職種連携、意思決定支援に資する内容が盛り込まれている。

4. 今後の展望

歯科医師の認知症対応力向上研修は、特別な歯科医療技術を示すものではなく、歯科診療所に勤務するものすべてに対して認知症の人の生活を支える上で必要な考え方を示し、認知症の人の症状を理解したうえで適切な対応方法の普及を通じて、Dementia Friendly Dentistryがわが国で標準的に実装できることを目指したものである。適切な対応方法は、歯科医師のみならず、歯科衛生士や歯科助手、歯科技工士などすべての歯科医療従事者が習得を目指すべきである。

さらに認知症の人への歯科医療提供体制の質の向上のためには、より具体性のある歯科受診プロセスや困りごとに即したベストプラクティスケースや手引きを示し、また学生教育も含めて社会的支援の目線を持ったサポートができる歯科医療従事者の育成を強化する必要がある。また認知症の人の口腔管理が不十分になりがちである背景および併存疾患や免疫機能低下を鑑み、口腔疾患が重篤化して高次医療が必要となる病態に備え、医療連携の基盤を整える必要がある。こうした観点から、病院歯科勤務歯科医師の認知症対応力向上研修への参加や院内多職種認知症ケアチームへの参画により後方支援体制の整備が求められる。

研修教材や研修手法も含めて未だ不十分である歯科医師の認知症対応力向上研修であるが、残存歯を多く残す認知症の人が増える現状にあって、認知症の人の健やかな口腔を支える基礎となる知識の普及啓発の手を止めることは許されないだろう。

文献

- 1.平成27年厚生労働省老人保健健康増進等事業 歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者への認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業報告書、合同会社HAM人・社会研究所、平成28年3月
- 2.平成30年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 歯科医師・薬剤師・看護職員向け認知症対応力向上研修の評価方法と受講後の実態に関する調査研究事業報告書、合同会社HAM人・社会研究所、平成31年3月
- 3.令和元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あり方に関する調査研究事業報告書、地域活性化協同組合フロンティア、令和2年3月
- 4.令和2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に関する調査研究事業報告書、地域活性化協同組合フロンティア、令和3年3月
- 5.令和2年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 病院勤務以外の看護師等に対する認知症対応力向上研修のあり方に関する調査研究事業報告書、合同会社HAM人・社会研究所、令和3年3月

2. 認知症の人の暮らしを支える地域づくりに向けて： 口を支える視点から

認知症の人の口腔を支援するためのコーディネーションとネットワーク

【Ⅰ】認知症の人の口腔の支援は生活支援の一つ

人の口腔の健康を保つことは、プライマリーヘルスケアの一つとしての口腔保健や、歯科医療の問題ととらえられがちである。しかしながら認知症の人の口腔の健康を保つことを考えると、ただ単に医療の問題だけではない。すなわち、認知症の人が“自分で口腔の健康を保つセルフケアが難しくなる”ことや、“口腔の中の不具合を確認して、受療行動を起こす”ことが難しくなっていくこと、またその結果口腔の健康が保てなくなり、楽しいはずの食事に支障が出て低栄養やフレイルになったり、不快感が気分の変動やBPSD（認知症による行動心理症状）の引き金になったりすることが少なくないためである。口腔の健康が障害されていると、食事だけではなく服薬や嚥下にも影響が出る。口腔の健康は他人には把握しづらいため、自ら解決に結び付けられない認知症の人の口腔の課題は、放置されてしまうケースがしばしばみられる。

生活支援を必要としている認知症の人に、生活支援のコーディネーションを行う際には、生活の継続に必要な社会支援を統合的に調整することのみならず、本人の視点にたって、本人の希望に寄り添うことが重要である。一方で、人が楽しく美味しく安全に食べることは、あまりにもベーシックで“あたりまえ”であり、あえて“本人の希望”として言語化されにくいことにも留意が必要である。必ず“口腔には問題ないか、何か支援が必要ではないか”、という視点、積極的に確認する姿勢が必要といえる。

【Ⅱ】生活支援コーディネーションの中の口腔

認知症の人が、生活の困難があり困りごとを抱えているときに、支援のコーディネーションを行うことは、多くの医療介護関係者が理解している。例えば介護保険制度においては、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の業務の中心はコーディネーションであって、さらに認知症地域支援推進員、認知症支援コーディネーター、介護支援専門員（ケアマネジャー）の業務もコーディネーションである。実際には、民間事業や市民活動の中で、専門職かそうでないかに関わらず、その人の経験や学び、関係性を通して、コーディネーションが実践されているという現実もある。もちろん認知症サポート医は、認知症医療の面からコーディネーションを行う役割が期待され、またかかりつけ医認知症対応力向上研修や歯科医師認知症対応力向上研修においても地域の医療機関は認知症の対応力を上げ、本人の望む生活を実現するためのコーディネーターの役割が期待されている。

生活支援のコーディネーターは、「権利の行使を促進する」伴走者（パートナー）としての役割を果たすことが必要で、そのために認知症を理解し、人の権利や尊厳とは何かを理解しておく必要がある。認知症や障害の有無に関わらず、人が人として社会で暮らし、希望を実現し、自分らしく生きることは、人の権利である。自分らしく生きるためには、食べたいものを食べ、障害はあってもなるべく痛みや不快感のない身体でいることが必要であることは論をまたない。したがって、健康な口腔を保つこと、口腔保健や歯科医療があたりまえに受けられることも権利であるといえる。認知症の口腔の不具合があることをコーディネーターが知った際は、本人が抱えている困難に配慮し適切な受療を支援することが権利を守る合理的配慮である。

【Ⅲ】コーディネーションのプロセス～例 口腔の不具合について～

コーディネーションのプロセスには、(1) 信頼関係の形成、(2) 総合的アセスメント、(3) 情報共有、(4) 課題解決に向けた多職種協働、(5) 社会支援サービスの調整という5つの柱がある(図1)¹⁾。これらの活動の時間的流れは複合的であり、しばしば同時進行的であります。この5つの柱が基軸となってコーディネーションが展開され、社会支援の統合的調整という目標が達せられる。



図1 コーディネーションのプロセス

認知症の人の口腔の不具合があることが発覚した際のコーディネーションのプロセスを例にあげる。

(1) 信頼関係の形成：コーディネーターと認知症の人の信頼関係は、支援における第一段階であるが、口腔の不具合に関して重要なことは、本人が訴えていることの本質を推測できる関係性であるか、という点、そして実際に口腔の中を見せてもらえる関係性であるか、の点である。認知症の人は信頼関係がない相手には、考えていることを上手く言語化できず、なにも話せなくなってしまうことがある²⁾。またとおり一辺倒な単純な言葉になってしまい、困りごとの本質が聞き出せないこともしばしば起こる。本人の困りごとを上手に聞き出し、本質を探り当てるためには、本人の尊厳に配慮した会話の積み重ねを通じた信頼関係が必要であり、それは往々にして時間の積み重ねが必要である。

また口腔は非常にプライベートな部分であることは疑いようもないが、“この人には口の中を見せてもいい、この人にはひどいことはされないだろう”という信頼があってこそ、口腔というプライベートな部分を見せていただける。それには、身体接触が出来る関係性と、“自分が嫌がることは無理にしない人”、“自分の味方でいてくれる人”と思ってもらえる関係性を、構築しておくことが必要である。

(2) 総合的アセスメント：一般的には総合的アセスメントは、本人の訴えや希望、認知機能の様子や生活の困難さ、医学的ニーズや介護ニーズ、支援ニーズ、経済的側面や社会的側面のアセスメント等である。口腔の不具合に関してはそれらのアセスメントの際、歯科医療ニーズのアセスメント、不具合の原因のアセスメント、不具合によって生じている生活の課題のアセスメント、かかりつけ歯科医の有無や通院に必要な社会経済的背景のアセスメントを行う。さらに認知症の人が歯科受療をするためには、通院が可能か、予約に合わせて受診することが複数回可能であるか、自分で困りごとを伝えられる状況か、支払いが適切にできるか、など受療行為自体のアセスメントが必要であり、もし困難があるようであれば歯科訪問診療を受けられるような支援も必要である。歯科医療ニーズについては、歯科専門職以外が口腔内の状態のアセスメントが困難であったとしても、本人の主観的な表現や家族の訴えを中心にして記録をしていく。

(3)情報共有：上記の総合的アセスメントについて整理して本人・家族および医療介護関係者と情報共有を行う。口腔の不具合に関しては、本人・家族に対する十分な聞き取りと確認、情報共有をしたうえで、本人の了解のもとに、以前通っていたかかりつけ歯科医院に連絡をする。長期にわたり通院が途絶えていた歯科医院であれば、電話の際に、認知症の診断がなされていることや要介護度を伝え、予想される受療行動の困難について歯科医院に情報共有することが必要である。情報共有の上、外来受診を選択するか、歯科訪問診療を選択するか、より認知症の人の歯科診療に精通した他院を紹介されるなどの方法を相談する。もし適切な他院の紹介がない、あるいはまったくかかっている歯科医院が分からない、かかりつけ歯科医院が遠方であるなどの場合は、本人の住所地を管轄する歯科医師会（の在宅訪問診療担当窓口など）に電話して、情報共有の上で適切な歯科医院を紹介してもらう。歯科医師会の連絡窓口は市区町村認知症ケアパスに掲載されていることが多いが、検索が難しい際は都道府県歯科医師会から地域名で探して連絡する。認知症の本人や家族に電話してもらうことが困難であればコーディネーターが支援し、積極的に情報共有を試みる必要がある。

(4)課題解決に向けた多職種協働：本人の主体性を尊重しながら、課題解決に向けて具体的な協働を行っていくアプローチである。口腔の不具合を抱えている認知症の人の課題は、歯科治療だけに留まらず、例えば食べることが困難になっている期間の栄養摂取や服薬をどうするか、不具合が影響したBPSDをどのように支援するかなどを検討する必要がある。どのような家族・職種であっても、協働に先駆けて情報共有が必要であることは言うまでもないが、関係する職種が会議を持ち、情報共有をしたうえで、課題を明確化して解決目標を決定し、解決策や支援方針を決定したうえで具体的に支援計画を構築する。制度の中では、サービス担当者会議や退院時カンファレンスなどが相当するが、認知症の人の生活支援においてはそういった会議に留まらず、適宜情報共有をして意見交換を行うことが必要である。口腔内の不具合に関しては、歯科専門職に会議参加してもらい、口腔の状態の説明や、結果的に生じる生活の困難の予測、日常の口腔管理や今後の見直しなどに関する情報共有を行い、支援可能な職種との調整を行うことが重要である。

(5)社会支援サービスの調整：社会支援サービスには医療に関するもの（認知症や口腔・身体疾患の診断、継続医療の確保）、生活の継続に関するもの（見守り、受療、服薬、社会参加、金銭管理や書類手続き、生活環境、飲食など）と家族支援がある。社会的支援の基本は評価的サポート、情緒的サポート、情動的サポート、手段的サポートと整理することができるが、とくに家族に対しては情緒的サポートと情動的サポートを中心とした、家族自身も孤立せず社会に暮らす一人の人として生きられる支援が必要である。

口腔の不具合に関しての具体的な手段的サポートとしては、受療行動の支援は支援者の付き添いや歯科訪問診療の選択など、また経済的側面についても財産管理を行う家族または職種などとの協働、低栄養と服薬困難に対しては歯科医師とかかりつけ医（主治医）との相談の上で、管理栄養士の支援も検討する。摂食嚥下機能低下については言語聴覚士との協働、姿勢や動作については理学療法士や作業療法士との協働を検討する。特定の剤型の服薬が困難である、副作用による摂食嚥下困難の可能性がある際は、処方医であるかかりつけ医と薬剤師の協働により処方の適正化を行う必要がある。さらに食事の困難を伴う口腔の不具合は、毎日の生活の中での支援が必要であり、生活を支援する職種に情動的サポートとして口腔衛生行為の支援の依頼や毎日の食事の際の注意点、継続的な歯科的介入の重要性などの情報共有を行う。また、家族であっても口腔衛生行為の支援は不慣れであるばかりか、口腔衛生を促す際の家族間の感情的なトラブルなど、ストレスを伴うものであることを認識したうえで、家族への評価的サポート（ねぎらい）、情緒的サポート（心配事の相談にのるなど）も忘れてはならない。

【IV】認知症の人の生活を支えるネットワーキング

ネットワーキングは、社会支援を相互に提供していくことを可能にする地域社会の構造を創り出していくことであり、「地域づくり」、「まちづくり」とほぼ同義である。特に、「認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、希望と尊厳をもって暮らすことができる社会」をつくるという共通の目標に向けて、認知症の本人、家族、地域に暮らす人々、地域を構成する多様な組織・団体が、連携をつくりだし、共に活動することのすべてをネットワーキングと呼ぶこととする。地域に暮らす認知症の人を支えるネットワーキングは、一朝一夕で構築されるものではなく、時間をかけて醸成される人と人とのポジティブな関係性が要である。下記の5つの機能を発揮する地域の拠点の機能によって、専門職同士のみならず、地域を構成する様々な人々がつながりあい、ネットワーキングが構築される。

(1)居場所としての機能：認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、「みんなが居心地よく、だれでも自由に」過ごすことができる。特に予定の管理が困難になっている認知症の人が社会的に孤立せず、抛り所にできる場所として機能する。社会から孤立しない状態になるという事は、合理的配慮を受けられる機会を作ることが出来るという事でもある。

(2)相談に応需できる機能：認知症を含め、多様な生活課題をもって暮らす人々に対して、専門的な観点からも相談に応需することが可能であり、かつ必要に応じて、適切な社会資源（保健・医療・福祉・介護に係る諸機関等）につなぐことができる。口腔の不具合や不満を抱えていても医療になかなか繋がっていない状態の“受療前支援”は、こうした相談応需の場から実現可能になる³⁾。

(3)差別や偏見を解消し、住民同士の互助をつくりだす機能：認知症に関する正しい知識の普及とともに、多様な活動（イベントなど）を通して差別や偏見が解消され、社会支援を相互に提供することができる人と人とのつながりを創り出すことができる。認知症の本人が、生活の困難が起こるような症状を抱えていたとしても、社会参加し、人としての楽しみをもつこと、人生に希望が持てるような社会とのつながりの場となることが重要である。

(4)連携を推進する機能（狭義のネットワーキング）：社会支援を提供する多様な組織・団体の相互連携（顔の見える連携）を推進することができる。前述の地域の多職種連携に関連した公的機関、私的機関いずれに対してもハブの役割を担い、緩やかなつながりを維持することが重要である。

(5)人材を育成する機能：「認知症」と「権利」について深い認識をもった支援の担い手を育成することができる。人材は支援の実践と効果的な振り返りを通じて醸成されていく。

コーディネーションとネットワーキングは車の両輪であり、認知症とともに暮らせる社会を創出するために必要な基本モデルである。人が人として生きるための支援のなかで、社会支援や家族支援のネットワーク、そして本人が楽しく美味しく安全に食べることを続けられるネットワークは、資源とつながりが不足しがちである。「認知症とともに暮らせる社会」に必要なネットワークの継続と発展を推進する必要がある。

文献

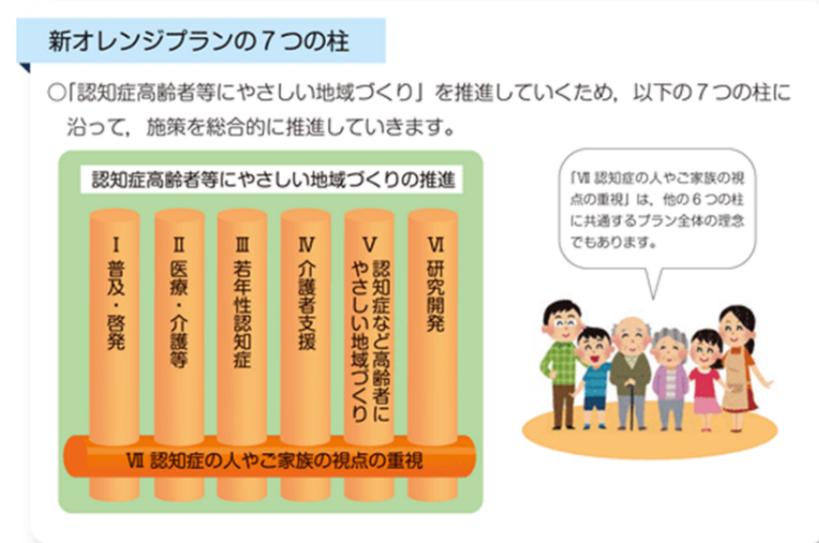
- 1.東京都認知症地域支援推進事業 認知症とともに暮らせる社会に向けて 地域づくりの手引き2020年度改定版, 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所. 2021. https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/manual_text/pdf/chiiki_tebiki.pdf
- 2.令和2年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理に関する調査研究事業」https://www.tmgig.jp/research/info/cms_upload/9e6c20c84c4e29fb8573154e1b1689de_2.pdf
- 3.枝広あや子、岡村毅、杉山美香、ほか. 認知症などの困難を抱えた高齢者に対する地域における歯科口腔保健相談の意義と方法論 権利ベースのアプローチという観点から. 日本認知症ケア学会誌, 20 (3) :435-445, 2021.

3. 地域づくりの視点：調査から見えてきた課題

超高齢社会であるわが国では、認知症がCommon diseaseと呼ばれて久しい。65歳以上人口の約16%が認知症をもち、80歳代後半ともなれば男性の35%、女性の44%が認知症であると推計されている¹⁾。一方、8020運動は最も成功したヘルスプロモーションともいわれるが、今後、認知症になっても歯を多く残している人が増えるのは自明である。この歯科口腔保健活動を展開した以上、認知症の人の口腔の健康を守ることは我々の責務といえる。

1. 認知症関連施策

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン、2015年）において7つの柱が示され、歯科医師の認知症対応力研修が位置付けられた。7つの柱のうち、認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン、2012年）において既に示されていた6つの柱を、「本人や家族の視点の重視」という新しい柱が貫く、という構造は、すべての取り組みは本人や家族の視点を取り入れながら推進すべきであると示したものである（図1）。



https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf
認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（概要）、厚生労働省P1下段の図を引用

図1 新オレンジプランの7つの柱

さらに2019年に示された認知症施策推進大綱の柱は大きくわけて、「共生」と「予防」とされている。共生とは、認知症になっても、偏見や差別を受けることなく、馴染みの人達に囲まれて必要な支援を受け、住み慣れた地域で希望や尊厳をもって、自分らしい生活を続けられる、その社会を作ること、予防とは一次予防から三次予防まで含み、認知症の発症を遅らせたり、なるべく健康で自立した生活を送る期間を長くすることを目的に健康的な生活習慣の維持、リスクリダクション（リスクを減らす）を推進することである。本来、医療のアウトカムは疾患からの回復であるが、医療サービス全体のアウトカムは患者の体験である。患者の体験とケア技術や安全には相関があり、患者本人の体験を基にしたサービスのデザインが課題解決につながる事が世界的に認知されている²⁾。本人とともに造り上げる参加型デザイン（co-design）の発展性が指摘され³⁾、「本人の体験」は、我が国の認知症関連施策においても重要視されることとなった。わが国においては、2018年に日本認知症本人ワーキンググループから、「認知症とともに生きる希望宣言」が表明された⁴⁾。これは認知症の経験をもとにこの社会をより認知症の人が暮らしやすくなるようにする提言であり、認知症専門医療機関だけでなく、

地域にあるすべての医療機関が、本人や家族にわかりやすく適切な対応が出来るような取り組みを拡充すべきことも書かれている。重要なことは、こうした宣言に書かれているということ自体が、医療機関における認知症の人への支援体制が十分に整っていない現状を表しているという事実である。

一方、公的な認知症の人への歯科治療・口腔機能管理の人材育成と啓発は、新オレンジプランをうけ、2016年に本学会から立場表明が出されたことに端を発する。同年より歯科医師の認知症対応力向上研修が全国で開始され、2019年に「認知症の人への歯科治療ガイドライン」が発刊された⁵⁾。周知の通りガイドラインは、その時点の我が国における標準医療を記したものであって、本人のニーズに適しているかどうかについて検証されていない。この背景のもと、本人の体験を探り、認知症の人にとって適切な歯科医療のあり方を探ることが急務であった。

2. 歯科医療の経験に関する認知症の人と家族への調査

令和2年度老人保健健康増進等事業「認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理等に関する調査研究事業」において、認知症の人本人や家族に対して「歯科受診の際の困りごとの経験」について調査した⁶⁾。認知症の人本人や家族が感じている歯科医療の実態を得ることにより認知症の人それぞれの状態により適した歯科医療が実現されるための基礎情報を得ることが目的である。対象は、認知症の人と家族の団体等の協力を得て、認知症と診断されている本人及び家族、介護者に配布した。

結果として、本人33名を含む422名の回答があり、“本人か近い人”（配偶者、子または子の家族、兄弟など親族、後見人・友人）は67%であった。本人の原因疾患は一般的な認知症疾患分布と同様であり、診断時年齢76.5±10.0歳、調査時年齢82.5±10.0歳、65歳未満で発症した若年性認知症は14.3%であった。

“本人か近い人”の回答では、認知症発症後に独歩で活動できる段階でかかりつけ歯科外来通院を経験したものが67.0%であり、うち66.5%がかかりつけ歯科に受診していたが、本人だけの受診で混乱を経験したからその困りごとの記述がみられた。認知症発症後、口腔に関する相談相手がいなかった“本人か近い人”は有意に歯科受診をしていなかった（ $P<0.001$ ）。

“本人か近い人”が記述する困りごとは、歯科治療を進める上でのプロセスごとに収集され、予約16.3%、通院18.4%、主訴の申告時22.7%、説明を受ける際21.3%、治療内容の決定20.9%、歯科治療中18.8%、支払い12.8%、に困りごとがあった（図2）。“歯科受診に際し困りごとがある・あった”ことに対して、「子または子の家族」が回答者であること（オッズ比（OR）4.472, $P<0.001$ ）、「年齢」が若いこと（高齢になるほどOR0.941, $P=0.021$ ）、「診断後経過年数」が長く（OR1.114, $P=0.001$ ）、「認知症発症前にかかりつけ歯科があった」こと（OR2.267, $P=0.021$ ）、「外来受診」であること

（OR2.619, $P=0.003$ ）が有意に影響していた。

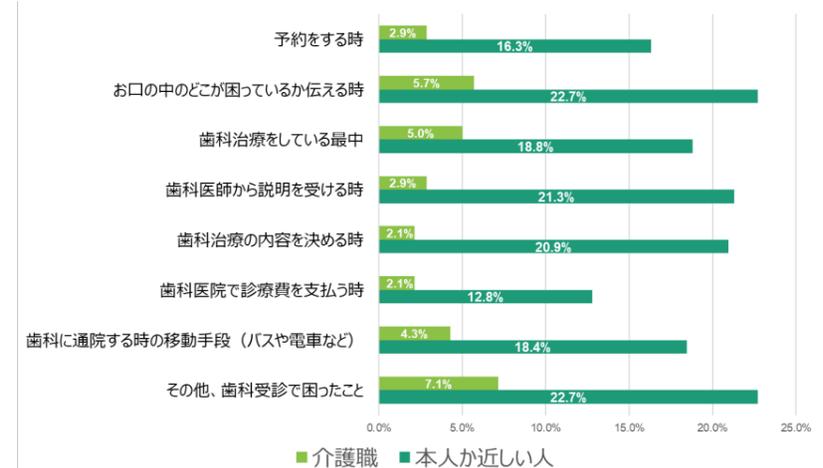


図2 本人・家族調査における回答者別、歯科での受療行為別の困りごと

子世代であることは親世代の介護の記憶および責任がある存在であることに加え、歯科以外の様々な経験を含めて記述された可能性がある。また年齢については、認知症の本人の年齢が若いことで一見脳の疾患を持っているように見えないことが、困難さにつながった、いわゆる「見えない機能障害」の課題と考えられた。かかりつけ歯科があり外来受診したことで困った経験とは、発症後の本人が、それまでと同じように一般的な受療行動をした際に、うまくいかなくて困ったものと考えられ、かかりつけ歯科における（目に見えない本人の変化に対して）不十分な対応を体験したことで「困った」と認識されている可能性があった。「本人か近い人」の体験に基づく合理的配慮のニーズは、本人と家族が置かれている立場、認知症の症状を理解し、安心できる丁寧な配慮の必要性、スタッフ全員が認知症という病名に戸惑わないような取り組みや住民への啓発が求められていた（図3）。

- 認知症の本人が何を言ってもわからない人であると考えないで本人にもわかりやすく、何度も説明してほしい
 - かかりつけ患者の口腔内の特徴や経過を踏まえたうえで本人が訴えられない口腔症状への配慮をしてほしい
 - 療養生活における適切なアドバイスをしてほしい
 - 認知症であってもできる限りの医学的に適切な治療をしてほしい
 - 認知症の経過を踏まえた予知的な視点に立ち定期受診の必要性を説明してほしい
 - 住民に対して生涯を通じた口腔管理の必要性をより一層啓発してほしい
- 認知症特有の症状、心理的反応や社会経済的状況への理解をしたうえで、本人や家族が安心できるように丁寧に優しく話し、特別な配慮をしてほしい
 - 本人が断れない可能性を考慮して無理な高額医療を勧めるのは控えてほしい
 - 認知症という病名でスタッフが戸惑わないように医院全体で取り組んでほしい

図3 本人・家族調査「要望」から得られる Experience-based design

一方、歯科受診で良かったことの記述は“本人か近い人”の50.4%に認められ、その内容を社会的支援の枠組みでカテゴリ分類したところ、「医学的理解」と「具体的な支援」（情動的・手段的サポート）、「安心できる表現」と「励まし」（情動的・評価的サポート）に分けられ、歯科医院における合理的配慮のベストプラクティスの姿が得られた（図4）。また歯科訪問診療の体験は、①気長に付き合い、②ほめるなどポジティブに声掛けし、③本人が納得できるように工夫してくれることが良い、④家族や施設との連絡調整が充分で、⑤口腔管理や摂食嚥下機能に配慮したアドバイスがあり、⑥定期的な口腔管理と⑦通院負担の軽減が有難い、と記述された。その背景には、歯科訪問診療を行う歯科医師は認知症の人の対応に経験豊富である可能性が高く、訪問診療申し込み時にあらかじめ病態の想定がなされていること、本人にとっては出会いから治療までが自宅というリラックスした環境で行われることが影響している可能性があった。

カテゴリ	コード
医学的理解と具体的な支援 （情動的・手段的サポート）	①症状を理解して、 ②臨機応変に対応し、 ③かかりつけ医師との適切な情報交換と、 ④予知的な情報提供と計画を説明し、 ⑤定期受診が出来るように支援する
安心できる表現と励まし （情動的・評価的サポート）	①本人に合わせ共感し、 ②安心できる言葉で繰り返し励まし、 ③笑顔で気持ちよく親切丁寧に对应し、 ④尊厳に配慮し、 ⑤家族付き添いに配慮し、 ⑥本人に無理のないペースで、 ⑦経済的負担への配慮をして ⑧予定の治療が難しくても精一杯の治療を実践する

- 歯科訪問診療における認知症を理解しニーズに合った合理的配慮**
- ①気長に付き合い、②ほめるなどポジティブに声掛けし、
 - ③本人が納得できるように工夫してくれること、
 - ④家族や施設との連絡調整が充分で、
 - ⑤口腔管理や摂食嚥下機能に配慮したアドバイスがあり、
 - ⑥定期的な口腔管理と⑦通院負担の軽減

図4 本人・家族調査から学ぶ「合理的配慮」Best Practiceの形

3. 認知症の人の歯科治療経験に関する歯科医療機関を対象とした調査

同事業では全国の口腔保健センターと在宅療養支援歯科診療所1算定事業所を含む歯科医療機関（日本歯科医師会会員の抽出）に対して、「認知症の本人の歯科治療経験」の調査を行った（配布数は2835件、回収率32.6%）。また病院歯科の立場からの回答を得るために認知症疾患医療センターと指定されている医療機関と歯科標榜のある病院（大学病院を含む病院歯科）にも調査した（配布数1645件、回収率30.2%）。

歯科医療機関、病院歯科ともに認知症の本人の歯科治療経験のある対象の7割程度が、認知症の人の受診にあたり困ったことが「ある」と回答していた。特に治療行為と説明と合意のプロセスで70%前後が困ったことがあると回答した（図5）。受診した患者が認知症の症状を持っていることによって生じる困難は、歯科医療機関の混乱や時間と労力負担、本人の意思を尊重できているかの悩み、医療制度と経済負担、理解の差によるトラブルなどの臨床医のジレンマを抱えていることが明らかになった。

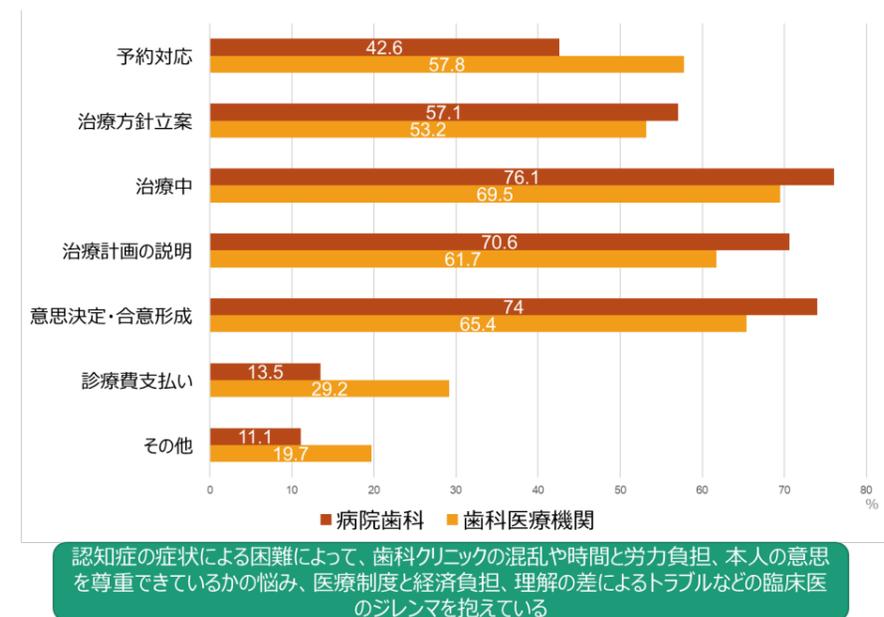
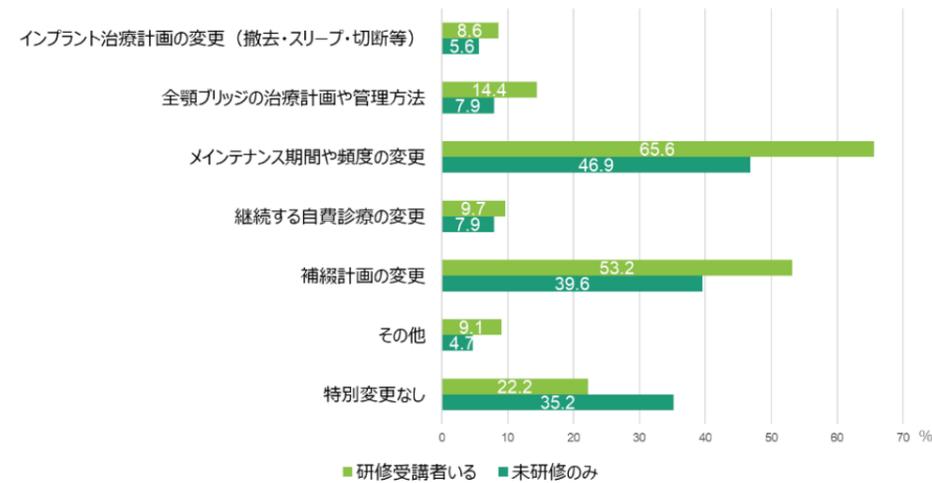


図5 歯科医療機関・病院歯科調査における認知症の人の受診で困ったこと

歯科医師認知症対応力向上研修受講者は、認知症の病態や様子の変化を学習・理解する機会があったものと想定するが、受講者がいる歯科医療機関群では有意に認知症の人の受診依頼の全てに対応している歯科医療機関が多かった。受講者がいる歯科医療機関群において、認知症の人に行った特別な配慮、予知的な治療方針への修正を行っている割合も高い結果であった（図6）。特別な配慮の自由記載では、①予約に関する情報伝達の工夫、②安心を伝える情報伝達の工夫、③治療方針を本人に合わせることで、④訪問診療への移行、⑤メンテナンスしやすい治療方針の提案が挙がり、情動的サポートにくわえて情動的サポートを行っていた。

また、病院歯科調査からは、自院で受け入れ困難であった場合に病院歯科から一般歯科診療所に認知症の人を紹介する際の選定基準について、①認知症対応力向上研修受講者が目安、②訪問歯科診療をしていることが目安、③障害者歯科診療をしていることが目安、④紹介元と相談しているという点が挙げられた。認知症の人の受診受け入れの条件は、地域の医科歯科連携の確立があることが挙がるが、一方で自由回答では「口腔外科症例のみの連携であり、障がい児者、認知症関係の連携ではないことが課題」「病院歯科に認知症対応ができるとはかぎらない」「認知症専門医療機関に歯科がない」「継続診療のために紹介すべき一般歯科診療所の選定に苦慮する」など、認知症の人に対応するための医科歯科連携や病診連携の課題が浮き彫りになった。これまで作られてきた病診連携が、受療困難な課題を抱える人のための連携ではなく、一般の受療行動が出来る人の高度医療に関する連携が中心であることを踏まえ、認知症の人や精神科疾患を抱える人を包摂する社会、地域包括ケアシステムの実現に向けた取組の中では、増加する受療困難な課題を抱える人の歯科診療ニーズに対応するための連携体制の再構築の時期に来ていると言えるのかもしれない。課題の概要を示す（図7）。



特別な配慮（自由記載）には、①予約に関する情報伝達の工夫、②安心を伝える情報伝達の工夫、③治療方針を本人に合わせる事、④訪問診療への移行、⑤メンテナンスしやすい治療方針の提案が挙げられた。

図6 歯科医療機関・病院歯科調査における認知症対応力向上研修の受講者有無別の認知症の人に実施した特別な配慮

- 【認知症の人の歯科診療に関する課題】**
- ①本人の適切な医療ケアを受ける権利の確保をするうえでの課題
 - ②認知症医療介護関係職種間の歯科医療の知識の啓発上の課題
 - ③認知症専門医療機関との連携における**“認知症に特化した連携システムがない”**
- 【歯科医師の資質向上に関する課題】**
- ①地域の認知症医療介護の社会資源・情報共有の仕組みの情報が身近にないこと、熟知の必要性
 - ②地域のシステムの解決（a:障害者歯科医療専門機関、b:社会的な仕組み）の必要性
 - ③歯科における高齢者・認知症・合併症の**病態理解・認知症対応力向上の必要性**
 - ④**病院歯科医師の認知症学習機会が不十分・必要性**
 - ⑤認知症対応スキルは**学生教育**でも行う必要
- 【処遇・経済的課題】**
- ①認知症の人の歯科診療における歯科衛生士の重要性、歯科衛生士の待遇改善が必要
 - ②**対応する時間と技術に見合った評価**の必要性
- 【病院歯科口腔外科特有の課題】**
- ①病院歯科への過度な期待・過度な負担
 - ②認知症の人の入院歯科治療の困難さ
 - ③認知症の人の高度医療ケースを一般歯科と連携困難であること
 - ④認知症の人の投薬管理とその影響
 - ⑤精神科と歯科の連携の困難さ

図7 歯科医療機関・病院歯科調査における歯科医師がとらえている課題

4.課題把握と展望

本調査で得られた結果は、歯科疾患という認知症の合併症診療を契機として医科歯科連携、病診連携、多職種連携の課題を突きつけた。課題を直視したうえで、認知症の本人への歯科医療提供体制の質の向上のためには歯科受診プロセスごとのモデルケースや手引きを示し、認知症対応力向上研修に反映させソーシャルサポートができる人材の育成を強化する必要がある。歯科医師と地域の認知症医療介護連携の強化を目的に、認知症疾患医療連携協議会や認知症疾患医療センター地域連携会議等に歯科医師が参画すること、市区町村で作成される認知症ケアパスに歯科を含めることが必要である。さらに病院歯科勤務歯科医師は病院内で取り込まれる認知症対応力向上研修への参加や多職種認知症ケアチームへの参画により後方支援体制の整備を行うことが今後求められるだろう。

文献

- 1.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」報告書、研究代表者朝田隆 2013年
http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf
- 2.Paul Bate and Glenn Robert. Experience - based design: from redesigning the system around the patient to co - designing services with the patient. Qual Saf Health Care. 2006 Oct; 15(5): 307-310.doi: 10.1136/qshc.2005.016527, PMID: 17074863
- 3.The ebd approach-experience based design, NHS Institute for Innovation and Improvement, 2009. <https://www.hqsc.govt.nz/assets/Consumer-Engagement/Partners-in-Care-Resource-page/Experience-Based-design-Concepts-and-Case-Studies-January-2010.pdf>
- 4.一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ. 認知症とともに生きる希望宣言.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000569489.pdf>
- 5.日本老年歯科医学会・日本医療研究開発機構研究費「認知症の容態に応じた歯科診療等の口腔管理及び栄養マネジメントによる経口摂取支援に関する研究」ガイドライン作成班編集. 認知症の人への歯科治療ガイドライン
https://minds.jcqh.or.jp/docs/gl_pdf/G0001138/4/dental_treatment_for_people_with_dementia.pdf
- 6.令和2年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理等に関する調査研究事業」
https://www.tmgig.jp/research/info/cms_upload/9e6c20c84c4e29fb8573154e1b1689de_2.pdf
- 7.枝広あや子. 認知症の本人と家族が体験した歯科医療、歯科医療が体験した認知症、その先にあるもの. 日本老年歯科医学雑誌・月号、2022

4. モデル事例

(ア) 青森県三戸郡地区： 地方医療過疎の中で行う認知症対応

1. 地域の基本情報

地域	青森県三戸郡地区
区市町村人口	71,184人
うち65歳以上高齢者人口	25,342人（構成比35.6%）
区内の認知症疾患医療センター	なし 隣接市に「はちのへ認知症疾患医療センター」（地域型）が存在
区内の認知症サポート医等数	もの忘れ相談医等 8名（青森県ホームページより）
同歯科診療所数	歯科医師会員診療所22件

2. 事例の概要

認知症の発症初期から状況に応じて医療と介護が一体となって、住み慣れた地域で安心して生活できるよう、マンパワーが足りない医療過疎の地域において有効な方法を模索している。青森県三戸郡は隣接する八戸市（人口23万人）の周りを囲うように存在する6町村で、1つの郡を形成している（図1,2）、三戸郡と呼称され人口は総計約71,000人である。



図1 青森県における各市人口と歯科医師会会員数

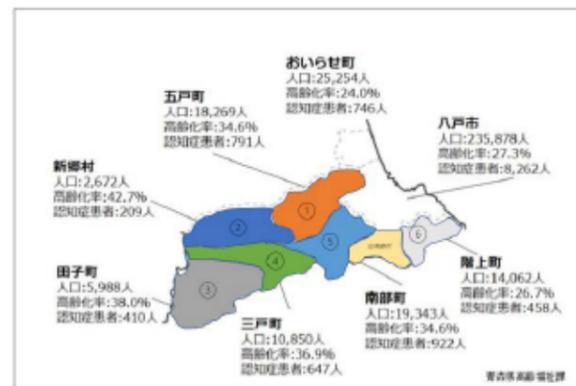


図2 平成28年4月1日時点の人口と高齢化率及び認定調査に基づく人数

三戸郡は八戸市の二次医療圏に含まれているが認知症に対応する専門医療機関は全て隣接する八戸市に存在しており、三戸郡内には各町村に数名の内科・整形・外科系医師・薬剤師・歯科医師しかおらず、マンパワーが足りない医療過疎の集合体である。そもそも生活圏が小さいため医療職は既に顔見知りの関係にあり、「認知症の対応」という同じ方向を向く機会が与えられると多職種連携の形が出来上がりやすい反面、「かかりつけ医」と「認知症サポート医」の関係にしても本来であれば（図3）のように「かかりつけ医」が初期の診断や治療を担当しながら「認知症サポート医」が助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役になるべきであるが、実際にこのような体制を構築するのは難しく、現実的に考えると（図4）のように「かかりつけ医」と「認知症サポート医」が同一の医師にならざるを得ない。また専門医療機関に送る際にも季節要因で冬季間は道路事情が悪化するため八戸市へのアクセスが極端に悪くなる。このような状況下では「かかりつけ医」・「認知症サポート医」と「専門医療機関」の連携が難しい。さらに6町村において認知症初期支援チームが稼働しているのは比較的人口が多い2カ所で、その他はまだ積極的稼働は認められない。そもそも高齢化が急速に進む中、マンパワーが不足している町村の包括支援センターは通常業務でいっぱいのため手を広げる余裕がない。新たな業務形態として立ち上げて、同じ人員で行う事が目に見えている。隣り合う町村でも状況は同じなため、お互い助け合いながら連携し現在ある介護システムを活用することで対応してきた。

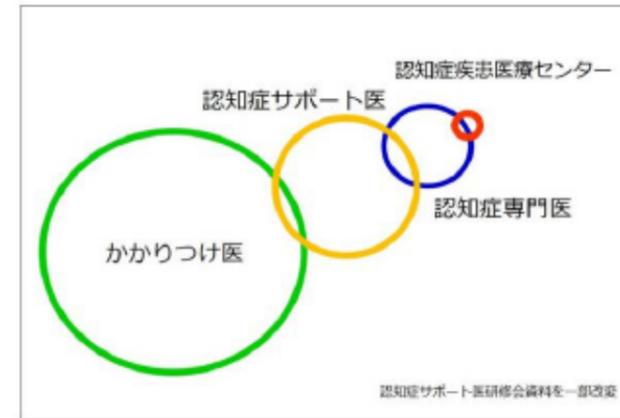


図3 認知症施策における認知症サポート医のイメージ

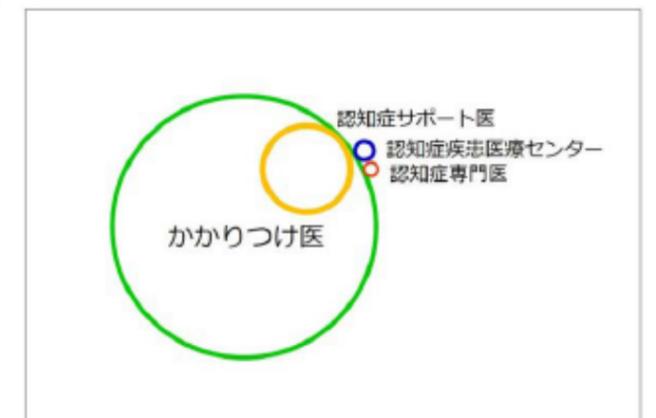


図4 青森県郡部地区での認知症サポート医と専門医のイメージ

3. 認知症疾患に関する医療介護連携・地域づくりのプロセス

三戸郡は医療資源が乏しいことは誰もが認識しているため、多職種での連携の必要性は以前から認識されており、高齢人口が飛躍的に増大すると合わせて自然発生的に多職種連携が生まれ、それぞれが同じような悩み・問題を抱えている地域の医療・介護職と一緒に交流する土台が作られてきた。三戸郡で講演会・講習会を開催すると多くの医療従事者の参加がみられる。（図5）

- 平成28年開催 三戸郡歯科医師会主催「多職種協働による在宅専門研修」（参加人数151名）
- 平成28年開催 三戸郡歯科医師会主催「障がい者歯科セミナー」（参加人数約120名）
- 平成29年開催 三戸郡医師会主催「摂食嚥下向上支援について」（参加人数約180名）
- 平成29年開催 三戸郡医師会と八戸医師会の合同開催「歯科医師認知症対応力向上研修会」（参加人数98名）（歯科医師27名、医師12名、薬剤師12名、看護師23名、他歯科医療従事者15名、介護施設7名他）
- 平成29年開催 女性薬剤師会主催「高齢者の摂食嚥下障害について」（参加人数28人）
- 平成30年開催 桂泉会主催「摂食嚥下と口腔ケアについての研修会」（参加人数54人）



図5 各種研修会（三戸郡歯科医師会・八戸市医師会主催）

実際、平成29年に開催された歯科医師認知症対応力向上研修会は三戸郡歯科医師会と八戸市医師会の合同主催となり歯科医師対象の認知症対応力向上研修会にもかかわらず三戸郡地区の医師・歯科医師・薬剤師がほぼ参加する形となった。講演に引き続いて行われた懇親会では医師・歯科医師・薬剤師間で各地区での認知症の仕組みをどのように利用していくのか、各自の役割は何か、何処に紹介していけばいいのか等、医師間では認知症での介護保険の意見書は誰が書くことになるのか、サポート医として誰が中心となるのかを話し合った。

また、現状の医療資源が乏しい中では介護保険の仕組みに認知症患者をいかにスムーズに乗せていくかが解決の近道との結論に達し、今後は認知症初期をいかに治療に繋げていくかという課題が残った。多職種が顔を合わせた状況が作り出す問題解決の方向性は、想像以上の力を生み出す可能性を秘めていた。

平成30年以降は各地域・各職場での勉強会・研修会が多く行われるようになり、その地区における問題点のあぶり出しや、認知症初期を治療に繋げるため認知症サポーターの養成に力が注がれるようになった。八戸市（人口23万人）の認知症メイト171名、認知症サポーター19,991名に対し、三戸郡6町村（人口7.1万人）の認知症メイト144名、認知症サポーター6,259名であり、認知症メイトを増やすことで認知症サポーターの積み増しを計っている。（残念ながらコロナ禍で研修会を開催できずサポーターの積み増しは出来なかった）

県内主要市である青森市（人口28万人）認知症メイト207人、認知症サポーター19,748人、弘前市（人口17万人）認知症メイト145人、認知症サポーター11,835名であった。（図6）

総人口（1市6町1村）：332,316人		
認知症患者数（推定）：14,744人		
BPSDを呈している方の人数（推計）：11,800人		
平成28年4月1日時点		
・ 八戸市（人口27万人）	認知症メイト数171	認知症サポーター数19,748
・ 青森市（人口28万人）	認知症メイト数207	認知症サポーター数19,748
・ 弘前市（人口17万人）	認知症メイト数145	認知症サポーター数11,835
・ 三戸町（人口98千人）	認知症メイト数46	認知症サポーター数 1,188
・ 五戸町（人口17千人）	認知症メイト数23	認知症サポーター数 1,662
・ 田子町（人口53千人）	認知症メイト数7	認知症サポーター数 523
・ 南部町（人口17千人）	認知症メイト数43	認知症サポーター数 1,645
・ 陸上町（人口13千人）	認知症メイト数18	認知症サポーター数 891
・ 新郷村（人口2.4千人）	認知症メイト数7	認知症サポーター数 357
	(144)	(6,259)
		令和2年12月31日時点

図6 八戸二次医療圏 認知症メイト・認知症サポーター数

4. 活動内容・成果

【症例1】

R.S S17 80歳男性（独居、アルツハイマー型認知症疑い）

令和元年12月18日左下67欠損のため局部床義歯set、本人にとって初めての義歯であり装着方法・取り扱いの説明は本人が出来るまで行う。令和元年12月27日先日装着した義歯を失くしたと来院。装着後間もない為サービスで再製作を行う、令和2年1月14日義歯set。

令和2年8月右下の歯の調子が悪いと来院、右下義歯は装着されていなかった。上顎にも義歯を入れたいとの希望があり、令和2年10月23日上顎局部床義歯装着、義歯装着のため装着方法・取り扱いの説明を本人が出来るまで行う。令和2年11月2日義歯の装着方法が判らなくなったと来院、再度時間を掛けて出来るようになるまで指導。この時点で軽度認知障害（MCI）を疑うもその後来院せず。

令和3年1月27日義歯を失くしたと来院。入れ方が判らなくなり置いておいたらなくなったとのこと、探してもらうことにして当日は帰ってもらう。令和3年1月29日義歯を新しく作りたいと来院、保険で作るなら6か月後の5月になってから作ることを説明。この時点で地区包括支援センターに連絡を入れる。身体的不自由もなく現在は健忘が強いだけなので今後気を付けて観察していこうと話し合う。ただし本人はまだ車の運転を手放す気はさらさら無く危険度は増すと考えられたため、お会いする都度車の話を出すことにする。その後包括支援センターから連絡があり、近在する認知症サポーターも訪問してくれることになった。

令和3年5月11日6か月経ったため上顎義歯再製作のため来院し5月28日上顎義歯装着。令和3年7月20日入れ歯をコップに入れて寝て、起きたらコップも入れ歯も無くなったと連絡が入る。義歯の再製作は作ったばかりのため期間を空けて12月頃なら作れると伝える。自費であればいつでも作れると伝えると、12月に作るという答え。8月、10月、11月にまだ義歯を作れないのかと電話が入り、その都度12月にならないと制作できないと伝える。

令和3年12月10日上顎義歯再製作のため来院、義歯を夜外して洗浄剤につけていたが、朝起きたらケースごとなくなっていたと話す、以前の話しとは少し変化している。令和3年12月24日上顎義歯set、義歯の取り扱い・装着方法については、くどくなる程説明。翌週27日、28日と自宅に電話して義歯の扱い・保存場所について本人に確認を行う。令和4年1月7日上顎義歯を装着出来なくなったと来院、本人が出来るようになるまで鏡を見せながら装着指導を行う。

令和4年1月19日右下の大白歯部に物が入る為、歯間ブラシと歯ブラシが欲しいと来院し、本人が使用できるような時間を掛けて指導を行った。

令和4年1月25日同部位に物が入り気になると来院、右下67大白歯歯頸部隣接面をセメントで塞ぎ食渣が入らないようにする。上顎義歯は使用しているようだ。

令和4年1月28日前回買った歯ブラシは小さくて磨けないため、大きい歯ブラシが欲しいと来院。大きい歯ブラシを買って帰る。この日も上顎義歯は装着していた。認知症が進行しており再度包括支援センターへの連絡と家族に連絡し情報の共有を行う。家族も認知症の進行具合については認識をしているが本人が頑として受診しないと決めているとのこと。家族とは介護認定を取って介護保健の流れに乗せて対応する事に話し合った。

症例1は自院に通所している患者が認知症を発症し徐々に悪化していくケースであるが、患者本人は認知症とは認識しておらず通院を嫌がる、MCIに気づいた歯科医院は包括支援センターに一報を入れ、家族とも情報を共有、症状の悪化にあわせ介護サービスに繋げていく。一連の流れが既に出来ているため、スムーズに紹介や情報共有は進められていく。今回の症例のように本人の拒絶が入ると医療系の受診には繋がりにくいが、介護サービスを絡めると介護士・ケアマネ等の関わる人が多くなり、本人も納得しやすい状況が生まれやすい。

【症例2】

T.S S31 65歳女性（施設入居、前頭側頭型認知症）

3年程前より入浴や口腔清掃を嫌がり、時々思うようにならず暴れることがあるため施設入所、現在は施設の人にも慣れてきている。最近、食が急激に細くなり、かかりつけ医からエンシュアリキッドが処方される。口腔内に問題があると思われたが本人は頑として口を開けないため家族とケアマネ同行し近くの歯科医院を受診する。近隣歯科医院では口腔内に動揺歯あるが、重度認知症のため相互理解が出来なく治療困難と診断され当院紹介となる。患者本人の情報はケアマネより入手。

令和3年4月8日往診にて対応、当日は患者の姉・ケアマネ・施設職員が同席。挨拶は出来るも自分の大事にしているリュックサック（背負い袋）の説明に終始し、こちらからの言葉は届いていない。相手の話に同意しながら手を握ったり背中をさすったりしながら仲間のような雰囲気を出す。当日は姉が同席してくれたため緊張はせず暴れることもなかった。姉には口を開けるため、その際に口腔内の状態の観察、歯式を取る。しばらくすると私たちにも開口まではしてくれる、それ以上は身体を振って拒否、うがいも拒絶する状態であった。残存歯は21本、全体に歯周病に罹患し歯石沈着多量、左上4は動揺度4で今にも脱落・誤嚥・窒息の危険がある状態。食が細くなった原因は左上4の動揺歯のため咬合すると痛みが出ると診断。本人に痛いところを舌で触ってみてと言うと左側に舌を移動したため、この歯の抜歯を行うこととした。当初相互理解は全く出来ないとされたが、時間を掛けて接すると本人が嫌がること以外（口を開けて、座って、立って等）は理解し行動出来ることがわかった。何度か往診しコミュニケーションを図ることで口腔ケアも出来そうであるが、現在の状態ではポータブルレントゲンでの撮影も拒絶、口腔内に器具（ミラー等）が入ることも拒絶。

動揺歯の抜歯を早急に施行しなければ誤嚥を起こしかねないため、動揺歯の抜歯を決意し姉の了解を得る。口唇を指で触っても嫌がらない程度まで脱感作を行い、歯肉に表面麻酔を行った。器具を使用せず術者の手指で歯をつかみ抜歯を行った。動揺により周囲歯肉腫脹があったため抜歯直後は出血、そのままガーゼを指で抑えて止血を行った。止血の際は嫌がり暴れて3人で抑えたが痛みがそれほど無かったのか数分でおとなしくなった。その後本人のリュックサックのピンク色が綺麗という話しながらおとなしく圧迫止血が出来た。姉が抜歯までの経過を傍で見ていたこともあり、今後の加療についても全て任せるので時々往診に来て口腔ケアをして欲しいと依頼される。

令和3年5月13日居住する施設への往診。前回の抜歯後、食事は普通に出来るようになったと報告をうける。本人が治療の事を忘れていたかは、会話の中では判断できなかった。あいかわらずリュックが大事だと話している。口腔内に触ろうとすると嫌がり暴れるも、諦めずに指から歯ブラシへ順に入れると受け入れ始める。口を開いてと言うと開いてくれるようになるが、うがいは拒絶される。左下⑤⑥⑦のブリッジが動揺しており今後抜歯は必要、器具を口腔内に入れるまで時間が掛かるため時期をみて行う。

令和3年6月10日往診での診療、拒絶感は見られない。口腔内を診るまでに相変わらず時間は掛るが歯ブラシを口腔内に入れることが可能となった。うがいも最初の1回は可能だがそれ以降は拒否する。左下のブリッジの動揺が激しくなり、何かの拍子に脱落・誤嚥・窒息の危険性が増したため抜歯を決意する。レントゲンの撮影は抑制するマンパワーが足りなくて断念、麻酔は必要なため浸潤麻酔時に3人で抑える。抜歯は動揺歯のため一瞬で終了し、歯肉腫脹があるため抜歯後の出血は多くガーゼを指で圧迫止血を行った。前回と同様、止血の間の数分は暴れていた。うがいが出来ないため血の味が常にあり情緒を不安定にしているようだ。15分後には止血し終了、次の往診は期間を空けて痛みの記憶が薄れてから行うことにした。

(新型コロナが流行し4か月間往診延期となる。)

令和3年10月7日往診での診療。4か月ぶりの診療ですっかり歯のことは忘れていた様子、本人はこれから外出があるので診療は受ける暇がないと訴える。口腔内を診るまでに相変わらず時間は掛る、徐々に歯ブラシを口腔内に入れることは可能、うがいも1回は可能。手用スケーラーで前歯部の歯石除去を行う。多少の痛みや出血があるせいで嫌がるが暴れるほどではなかった。

令和3年11月18日往診での診療。今日は機嫌がよく介護さんと手をつないで現れる。口腔内に歯ブラシを入れても嫌がらず手用スケーラーで歯石除去をおこなう、本人は痛いと言っているが暴れない。うがいは拒否せず自分からスムーズに数回行うことが出来た。



症例2 T.S S31 65歳 女性

症例2は中等度認知症で認知症患者の治療というよりは、障がい者治療のカテゴリーに入ると思われる症例。意志疎通が難しいため本人自身からの情報はほとんど期待出来ない。医療面接が満足に出来ないため治療の前段階に時間が掛かり、苦痛なこと嫌なことは首を振って拒絶か身体を動かし暴れることで表現される。はじめは口腔内に触れることも出来なかったが回数を重ねるごとに出来るようになってはいるが、注水下でのスケーリングや切削を伴うカリエス処置は容易ではない、今後も抜歯の必要性があり行動管理・安全管理をしながらでの往診による治療のリスクは高い。認知症初期に対応していたらこのような状況にならなかったと言えるが、過疎の農村で一軒一軒が離れて存在するなかで認知症を発症、配偶者が亡くなり独居になることで認知症悪化、孤立状態になり姉が訪れた時には既に初期段階を過ぎていた。当院紹介時は発症より既に3年以上経過しており、認知症が悪化すると一気に治療リスクが増す症例となった。

5. 歯科医師会・歯科診療所としての役割・貢献

三戸郡のような医療資源の乏しい中で認知症の対応を考えていくには、それぞれの地区の関係者の顔が見えるような関係で連携していくことが近道と筆者は考える。必要な時に簡単に連絡が取れる関係、相談できる関係が患者さんにとっても私たちにとってもスムーズに物事が進む。自分の手に負えなくなった際の受け皿もあり

(認知症医療センターとの関係も顔が見える関係のため) 負担なく紹介することが出来る。

ただし冬季など患者さんの移動を考えると出来るだけ自分の診療スキルを上げて紹介すること無く全てに対応するべきと思うが、認知症が進むほど障がい者の診療と同じように全身管理、行動管理および安全管理等に注意を払いながらの歯科診療になるため、少人数の場合は頑張って対応していくが人数が多くなってきた場合はどこまで許容できるかは自分でもわからない。他歯科医院でもリスクの割に報酬の評価が低いため脱落していく可能性は大いにあると考える。このため青森県全域で認知症の歯科治療を支える仕組みを構築する必要性を感じている。

青森県歯科医師会では歯科に通院困難な患者に往診先を紹介する「在宅歯科医療連携室」と障がい児者の受診の機会を確保し、診療できる歯科医院を紹介する「障がい児者歯科支援ネットワーク運営室」を運営している。

(図7) この仕組みを認知症患者にも対応させることで新たな部署を作らずに認知症患者の治療機会を逃さない仕組みが出来る可能性がある。認知症患者に対応する歯科医院は毎年行っている認知症対応力向上研修会を受講した歯科医院から手上げ方式で参加して貰い、治療を必要とする認知症患者を紹介するネットワークを作る。進行した認知症患者の治療に際しては県の施設を利用して月に1回開催している「障害児者歯科医療技術者養成事業研修」で診療可能な歯科医師等を確保及び資質の向上を図る。(図8) このように考えれば既存の紹介システムに乗る形であるため、それ程労力を必要としないと考える。



図7 青森県歯科医師会の取り組み

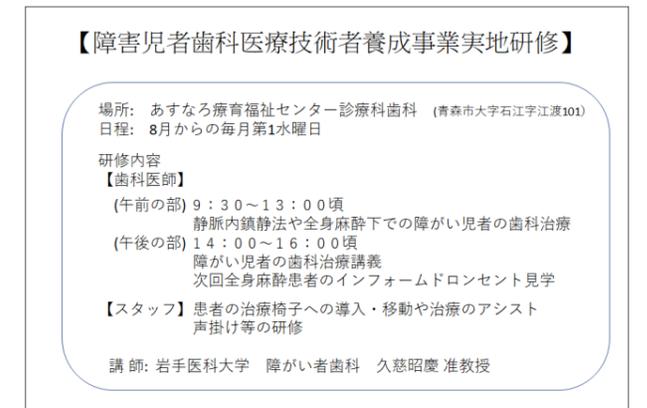


図8 障害児者歯科医療技術者養成事業研修

6. 課題と今後の展開

自分には認知症対策が各地で盛んに行われていく様子は、2000年に介護保険法が成立して要介護認定やケアマネという新たな言葉が作られ、制度が作られていく過程に重なって見える。介護保険成立以前は高齢者の家族や親族が面倒見るのがあたりまえという考えが根底にあり、高齢者自身も支える若者が減っても自分の生きているうちは大丈夫と思っていたであろう。例えばコンビニも同じころに出来始めたがコンビニなんて若者向けのお店という感覚だった。それから急速に高齢化が進むことで、周りは高齢者ばかり、コンビニは遠くに買い物に行けない高齢者のお店となり、公園で遊ぶ子供も見なくなった。学校では運動会を生徒だけ出来ず父兄も参加対象になり、現在はそれでも足りず町内会運動会も合わせて開催されるようになった。高齢者が増えるにつれ介護保険による介護サービスが提供されなければ他の年代の社会生活が成り立たないほど重要な制度となった。20年ほどの期間で想像以上の世代間の人口変動がおき、驚くほど状況が変化した。筆者は認知症対応も同じような過程を経ているし、その兆候は実際に高齢者を診察していて感じている。介護保険導入当初、要介護・ケアマネといった言葉に違和感があったが、今では感じない。今後、認知症患者が増えるに従い「認知症初期対応支援チーム」や「認知症サポーター」という言葉も自然と使用される日が近いと感じられるし、そうなるであろうと思う。

余計なことを言わせてもらえば、介護保険でもそうだが日本語では使用されるうちに略されていきケアマネジャーがケアマネ、包括支援センターがホウカツさん等4文字か5文字になって使用されている。こと認知症に関しては語呂が悪く、なんとも略した感じがはまってこない。ネーミングはまだ変更しても大きな問題にならない気がするので、将来に向けてカッコ良いネーミングや略した語呂が決まる名称を付けたほうが世間に浸透しやすいのではと感じる。

余談ではあるが、認知症対応で培われた町村間の「顔が見える関係での連携」は新型コロナウイルスのワクチン接種の対応でも生かされ、三戸郡内の歯科医療従事者に対するワクチン接種は町村間を跨いで実施され、青森県下では歯科医療従事者の中ですみやかに実施された。

(イ) 東京都豊島区： 認知症患者の状況に応じた継続的な口腔機能管理への取り組み

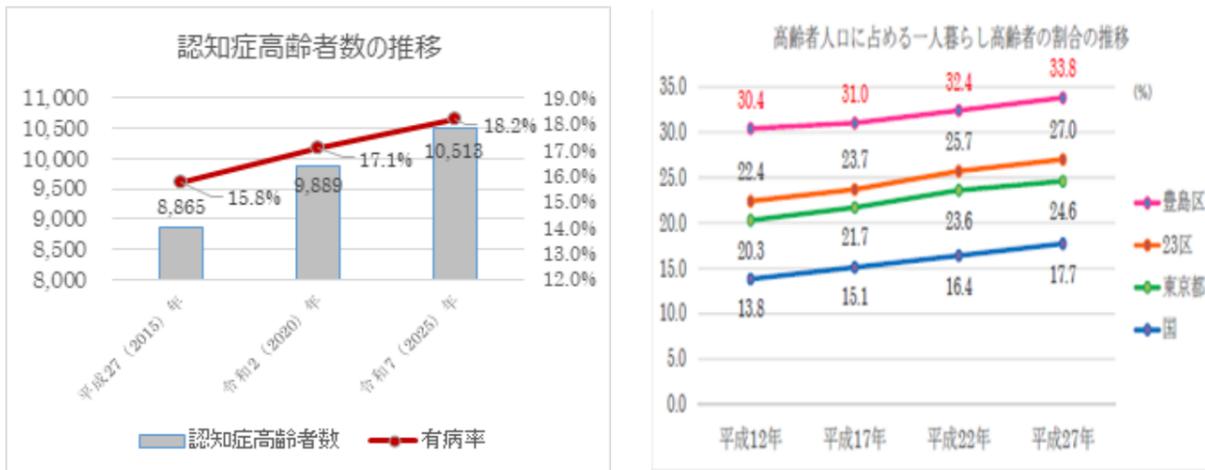
1. 地域の基本情報

地域	東京都豊島区
区市町村人口	287,300人（令和3年1月1日現在）
うち65歳以上高齢者人口	57,293人（構成比19.94%）
区内の認知症疾患医療センター	豊島長崎クリニック(地域連携型) 東京都健康長寿医療センター(地域拠点型)
区内の認知症サポート医等数	認知症かかりつけ医68名（医師会ホームページより） 区内の認知症サポート医39名
同歯科診療所数	歯科医師会会員診療所157件

2. 事例の概要

「口腔保健センターを活用した認知症患者への対応策」

豊島区における認知症高齢者の数は、平成27（2015）年の約9千人から令和7年（2025）年には約1万500人、約1.2倍を見込んでいる。



さらに豊島区の特徴として一人暮らし高齢者の割合が高く、平成27年時点で33.8%となっており、東京都平均の24.6%よりも高く、全国平均17.7%のおよそ2倍にあたり、全国一となっている。平成28年度に実施した「要介護認定者調査」の中の家族等介護者の回答では、不安を感じる介護等の内容について、「入浴・洗身」に次いで「認知症状への対応」があげられていた。認知症状への正しい理解を深め、認知症の人や介護をする家族などの不安を取り除くための取組みや、認知症になっても地域で安心して生活するための支援が求められていた。

豊島区では若年人口が増える一方で古くから生活している高齢者との世代間の繋がりが希薄となり「都会の限界集落」とも揶揄され、「独居の認知症高齢者」への対応が求められている。特に地域での見守りに加え、在宅診療が必要になった場合の支援体制の構築が喫緊の課題となっている。

3. 認知症疾患に関する医療介護連携・地域づくりのプロセス

令和元年6月18日には、今後の後期高齢者の増加を見据え、「認知症施策推進大綱」がとりまとめられ、「共生」と「予防」が大きな柱となった。そこで、豊島区では認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護の提供が行えるように平成26年より、豊島区三師会、認知症の関係機関等の関係者が参加し、地域における認知症対策を継続的に支援する体制を確立し、推進するため、豊島区認知症施策推進会議を設置した。これに先行して平成22年度から豊島区の在宅医療を推進するために豊島区在宅医療推進会議が設置されており、すでに多職種連携が進んでいた。豊島区認知症施策推進会議では医療機関相互や、医療と介護の連携の推進役である認知症疾患医療センター、高齢者総合相談センターを中心に、認知症の人が容態に応

じて、適時・適切な支援を受けられる体制を構築し循環型仕組み作りを進める施策について年に3回ほど協議している。具体的な活動目標として、

- ①医師会と連携し、もの忘れ相談を実施し、認知症の早期発見・早期治療につなげます。
- ②認知症初期集中支援チームを通じて、認知症の人や家族に対する初期の支援を包括的・集中的に行い、住み慣れた地域での自立した生活のサポートをします。
- ③認知症ケアパスは、関係機関と調整を行いながら3年に1回改訂し、認知症に関する基礎的な情報とともに、具体的な相談先や受診先の利用方法等が明確に伝わるように工夫します。
- ④「認知症コーディネーター」が、認知症で対応困難な事例に対し、他関係機関と連携支援を行い、適時・適切な支援を受けられる体制を構築します。
- ⑤医療機関、高齢者総合相談センター、介護サービス事業者等地域の支援機関同士の支援及び、認知症の人や家族を支援する「認知症地域支援推進員」相談業務を充実します。
- ⑥医療・介護従事者向けに、多職種協働研修・ライフサポート研修を実施し認知症対応力の向上を図ります。
- ⑦高齢者総合相談支援センター（地域包括支援センター）での、認知症に対する支援体制をさらに推進します。
- ⑧かかりつけ歯科医を推進します。
- ⑨かかりつけ薬局を推進します。
- ⑩地域の認知症疾患医療センターとの連携を強化し、相談機能の充実を図ります。

が掲げられている。

歯科の立場からは「かかりつけ歯科医の推進」ということで、認知症の方は口腔セルフケアへの意欲低下や介助に対する拒否、食行動変化やう蝕・歯周病の進行など口腔内にトラブルを抱えやすい傾向にあり、こうした方への適切かつ継続的な口腔衛生管理を行うためには出来る限り早期から個別的な対応を行う「かかりつけ歯科医」を持つことの必要性を訴えている。併せて歯科医師会会員には東京都歯科医師会主催の「認知症対応力向上プログラム」の受講を勧めている。

認知症ケアパスでは、初期の認知症であればそれぞれの「かかりつけ歯科」で対応し、進行に合わせて対応が難しくなるようであれば豊島区口腔保健センター「あぜりあ歯科」や地域拠点型認知症疾患医療センター・口腔科を利用できるように案内されている。また、認知症が進行して摂食嚥下機能低下が見られる場合には摂食嚥下機能評価や食形態の調整、訪問口腔ケアなどのサービス内容についても案内されている。当地区では認知症の初期から重度まで地域で支える歯科関連サービスが整備されている。口腔保健センターの職員は全員、認知症サポーター研修を修了しており、中には認知症サポーターを養成するキャラバンメイトも在籍していて認知症患者への対応に習熟しているし、障害者や有病高齢者を対象に特化した診療所であるため時間をとってのゆとりある対応が可能となっているので通院できる場合は外来診療でも十分対応できている。在宅訪問歯科診療が必要な場合も認知症の程度や治療の内容に応じて対応可能な歯科医師会会員を口腔保健センターの方で選択して派遣している。

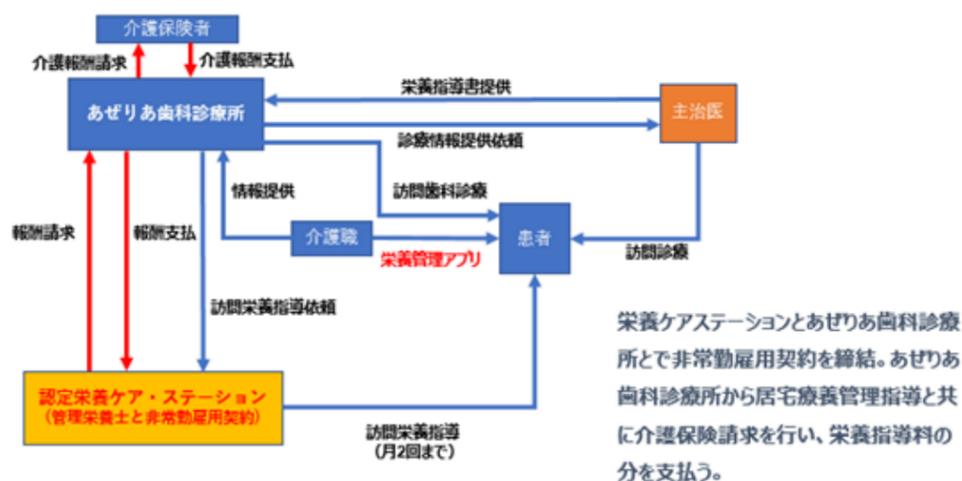
また、口腔保健センターは平成12年より区内の特別養護老人ホームやグループホームに入所中の中・重度認知症の方、在宅での認知症の方への訪問歯科診療も担っている。特に、認知症を有する入所者への食事介助では施設職員とともに食事観察を行い、食形態や介助方法などをアドバイスするミールラウンドを定期的に行っている。こういった介護現場での訪問歯科診療には歯科医師会会員が輪番で担当していて、重度認知症の方々と接することで対応の仕方などを学ぶ機会にもなっている。このことは歯科医師会会員の認知症対応力の向上だけでなく、地域の認知症対応力の底上げにも繋がっている。併せて、歯科衛生士学校の学生が臨地実習として高齢者施設への訪問歯科診療に同行する事業も行っており、若い世代への教育の場にもなっている。

「認定栄養ケアステーションと連携した症例」

認知症、心不全 介護度5 認知症高齢者自立度Ⅲaレベル 重度認知症100代女性

95歳の頃、全顎無歯で総義歯不適合の主訴で初診。以来、6ヶ月おきに軟性裏層材によるリベースを行い、月に1度の頻度で歯科衛生士による口腔ケア、リハビリテーションを続けてきた。食事は上下とも義歯を装着して軟菜食を経口摂取してきた。初診時は認知症高齢者自立度Ⅱaレベルであったが徐々に認知症が進行していき、口腔ケア時に不穏状態になることもしばしばあったが、その際は介護者に抑制してもらいながら歯科診療、口腔ケアを5年間継続してきた。100歳を超えてから認知症がさらに進行し、義歯を装着しての食事摂取ができなくなり、ペースト食による経口摂取となった。食事量が減り、アルブミン値も低下したことから主治医に管理栄養士による訪問栄養指導の必要性を訴え、「あぜりあ歯科」より主治医に食事指示書を依頼し、「あぜりあ歯科」を介して非常勤雇用契約を結んでいる認定栄養ケアステーションの管理栄養士に訪問栄養指導を依頼し、居宅療養指導として介護者への食事に関する指導を行った。その後、サルコペニア嚥下障害により誤嚥性肺炎に罹患し入院となった。退院後は在宅酸素療法を受けながらの寝たきりとなったがペースト食を経口摂取し、歯科衛生士による口腔ケアも引き続き継続している。

地域の認定栄養ケアステーションと連携することで主治医が管理栄養士を雇用していない場合でも訪問栄養指導が可能となり、今後の展開が期待される。



栄養ケア・ステーションとの連携図

「新型コロナの影響で歯科介入が妨げられた事例」

認知症 廃用症候群 介護度4 特養ホーム入所中 認知症高齢者自立度Ⅱbレベル HSD-R=10 点の中～重度認知症の80代女性。

車椅子座位可能だが 声かけにはほとんど反応なし。開口拒否もあり、口腔ケアが困難。覚醒していれば食事は自身で常食摂取可能な状況。

上顎6～7、下顎7～7 補綴処置はあるがすべて自歯。自分自身では口腔ケアはできず、全介助による口腔ケアが必要。

これまで、2019.5.13 初診でリエス処置終了後、毎月隔週で歯科診療・訪問口腔ケア・衛生指導を実施していた。新型コロナの影響で2020.2.29 を最後に入所施設より訪問歯科診療を受け入れないとの連絡があり、10月まで7か月間、施設への訪問を自粛していた。

この間、何度か施設側へ訪問歯科診療を打診するが、感染を理由に拒否された。



初診時口腔内

10月に他の患者への診療要請があり、訪問した際に施設側から、ついでに診て欲しいとの依頼があり、7ヶ月ぶりに診察したところ上顎の1～2以外のほとんどと下顎も3本の歯が残根状態。1本が自然脱落しており、前歯部咬合となり咀嚼が出来ない状態であった。

口腔内がこのような状態であることを施設職員は全く気づいておらず、家族からの訴えで今回の診察につながったが、認知症も重度で開口拒否もあることから義歯作製は不可能なためこのままで経過観察するしかない状態。食事も咀嚼が出来ないため、ムース食に食形態を落とさざるをえない状態となってしまった。

高齢者介護施設では認知症により開口拒否や介護抵抗があると口腔ケアは疎かになりがちになる。新型コロナの感染を恐れるあまり、専門職の介入が妨げられ、QOLが損なわれることになった。

重度の認知症であると「口開けて」「はい、噛んで」というような指示が入らないことから義歯などの補綴処置を行うことはほぼ不可能である。つまり、重度の認知症を有する要介護者は一度、失われた口腔機能を取り戻すことは非常に困難となる。

歯科治療や口腔ケアは不要不急のものではなく、感染予防の点からも必須行為であり、感染対策を十分に行えば、歯科治療は何ら問題ないので通常通りの処置を続けるべきである。

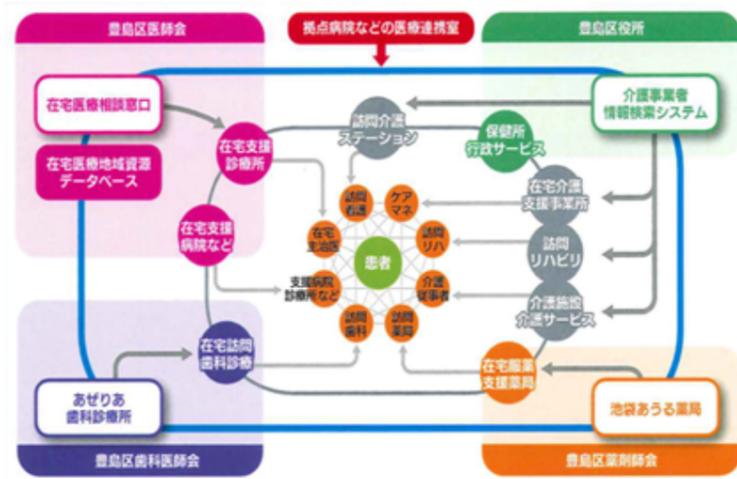
認知症高齢者への在宅訪問歯科診療の場合、患者やその家族の義歯などの診療への過剰な期待や、口腔機能低下の理解が得られない場合がある。その他にも訪問予定日や時間の忘れ、一部負担金の授受などについて問題がある、ゴミ屋敷のようで、足の踏み場もないような室内、猫や犬が何匹も室内にいて、異臭がひどい、夏なのに冷房もなく、逆に真冬なのに暖房もない、オートロックマンションでカギの開け方がわからない、口腔ケア中に噛まれた、蹴られた、殴られた、下半身が露出していたなどのハラスメント行為があるなど様々なトラブルに見舞われることが多い。

5. 歯科医師会・歯科診療所としての役割・貢献

地域で生活する認知症高齢者の場合、医療職、介護職などの多くの専門職とともに地域住民が関わることで支えられている。こうした多職種の一員として地域歯科診療所も貢献する余地がある。歯科が役割を発揮するためには普段から認知症高齢者に接する機会の多い介護職の方から口腔に関する困りごとなどの情報提供が欠かせない。その情報提供する窓口として歯科医師会がハブとなることで歯科医師会会員診療所と現場とを効率的に繋ぐことが可能となる。その際、歯科医師会会員の特性を歯科医師会が把握していることでニーズに合わせた配当医の選定も可能となる。また、歯科医師会が窓口になることで行政との連携も可能となるため、行政に寄せられる様々な口腔の困りごとに対しても歯科医師会が対応することができる。歯科への理解が不足している介護職等への啓発事業も歯科医師会が中心となって行うことで地域全体の歯科への理解を深めることも可能となり、潜在している歯科の需要を喚起することにつながる。

また地域の医師会や薬剤師会、看護師会などの職能団体との連携する上でも歯科医師会の存在は欠かせない。それぞれが拠点を持ち、そこがハブとなってICTを活用したネットワークを構築することでその患者にマッチした多職種チームを即座に組むことが可能となる。個々の歯科医院の認知症対応力を向上させることも大切だが個々に頼らないシステムを構築していくことが必要である。

豊島区医療・介護ネットワーク



6. 課題と今後の展開

地域の認知症施策の立案段階から関わるためには歯科医師会としての職能団体の存在は欠かせない。同時に効果的に計画に歯科関連事項を盛り込むためには歯科医師会としての戦略も必要となる。行政が開催する認知症対策も含む各種審議会に歯科医師会もメンバーとして招集されるが多くの場合、当て職として副会長などが出席するが果たしてその人物が本当に現場のことを理解しているか甚だ疑問である。しかも役員任期が終われば審議会の任期途中で交代することになり、継続的な働きかけが不可能になる。歯科医師会として戦略的にかかわるためには少なくとも施策の計画期間中はメンバーを交代させないことが必要であるし、その分野でのスペシャリストを育成することも重要となる。

医師会は「かかりつけ医」、「認知症サポート医」、「認知症専門医」、「認知症疾患センター」と重層的な支援体制が構築されているのに対して歯科では「かかりつけ歯科」の次がいきなり高次医療機関となってしまう「かかりつけ歯科」への負担が過大である上、高次医療機関との間を埋める役割を担う歯科医療機関がないことが致命的である。本来であれば「かかりつけ強化型歯科診療所」が地域包括支援システムの中でその役割を担うべきであるが、本来の趣旨とは違う方向に行っているように感じられる。可能であれば本地区にあるような口腔に関わるよろず相談ができる「口腔保健センター」が基礎自治体単位で設置されることが強く望まれる。また、認知症の方の口腔の健康を担う歯科衛生士の活動の拠点として活用することも望まれる。

近年、外来患者の減少から在宅訪問歯科診療に参入する歯科医院が増加しており、特に開設間もない歯科医療機関が多い。在宅訪問歯科診療の患者は程度の差こそあれ、認知症であることが多い。そのため臨床経験も浅く、認知症への対応力不足もあり、地域での多職種連携も不十分な歯科医院の場合、トラブルを起こすことが多い。そのため、歯科医院の経営的な側面からだけで安易に訪問歯科診療へ参入すべきではないと考える。

今後、独居の認知症高齢者が増加していくが在宅訪問歯科診療の場では様々なトラブルが発生する。例えば歯科衛生士単独による居宅療養管理指導ではハラスメントや病状急変による緊急事態など危険を伴う場合に対処できない恐れがある。そのような場合は2名での居宅療養管理指導が認められるべきである。また、小児の場合はレストラナーによる抑制も可能であるが、認知症高齢者を抑制する場合は人的抑制に頼らざるを得ない場合が多い。そのため人的費用補償も併せて認められるべきである。

(ウ) 東京都板橋区：都市部の団地における歯科口腔保健介入と地域連携

1. 地域の基本情報

地域	東京都板橋区T地域
区市町村人口	567,714人
うち65歳以上高齢者人口	132,202人（構成比 23.3%）
区内の認知症疾患医療センター	東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センター（地域型）
区内の認知症サポート医等数	もの忘れ相談医 74名（板橋区医師会ホームページより）
同歯科診療所数	板橋区歯科医師会会員診療所233件

2. 事例の概要

高島平団地は1970年代から作られた高・中層集合住宅群であり、現在10,170戸の住宅がある。1970年代から1980年代にかけて子育て世代が多かったが、現在では建物の老朽化や住民の高齢化が課題である。東京都事業による高島平1～5丁目の70歳以上人口を対象にした調査（認知症と共に暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業:平成28年）によると、平成28年時点で地区全体の人口32,674人のうち、高島平2丁目団地人口は13591人で41.6%を占めるほどの人口密集地域である。高島平地域の高齢化率は高く、特に高島平2丁目団地は43.4%（男性38.6%、女性47.8%）である（参考：板橋区全域の高齢化率は25.5%）。同調査におけるハイリスク群においては、単独世帯と夫婦のみの高齢者世帯の割合は75.8%を占め、認知症の状態であると評価された者は39.4%であり、鑑別診断などの医学的支援や、介護保険サービス利用・生活等の社会的支援のニーズが高い者が地域に暮らしていることが明らかになった。口腔機能低下があるものは特に認知機能が低下した者に多く、また自覚されていないことも明らかになった¹。

こうした実態調査を受け、我々は平成29年より高島平2丁目団地内に認知症支援の拠点となり、居場所となる地域拠点の運営を開始した。認知症支援だけでなく健康に関する講座や、音楽・落語など文化芸術に関する講座、囲碁やカードゲームの場の提供のほか、保健師、心理士、医師、歯科医師による相談応需を行っている²。

3. 認知症疾患に関する医療介護連携・地域づくりのプロセス

平成28年から高島平地域における実態調査を行った。郵送アンケート調査の他、会場調査、訪問調査を行った。その調査に関連し地区医師会、地域包括支援センター、地域のステークホルダー（団地事務所、地域新聞社、通いの場等）に協力依頼を実施してきた。

平成29年に団地内の拠点を設置した。初期の拠点運営メンバーは、保健師、心理士、医師、歯科医師、精神保健福祉士であった。近隣にある通いの場やコミュニティカフェ等との連絡調整を行いながら団地事務所と連携し健康講座を定期開催した。健康講座では口腔保健に関する講座も定期的実施した。

相談応需は適宜実施されており、相談者本人が口腔に関する相談を持ち掛ける他、拠点スタッフが支援をしている中で口腔に関する不具合の気付き等を起点にアウトリーチを含む相談応需に至る³。本人にとってなじみの関係であるスタッフなども同席し、悩みの吐露のしやすい環境になるよう配慮し、時間をかけて意思形成支援の場を築いた。

4. 活動内容・成果

認知症高齢者等からは様々な口腔に関する相談が寄せられるほか、認知症高齢者の生活に関与している多彩な職種からの気付きを得て、歯科口腔保健相談は実践されてきた。

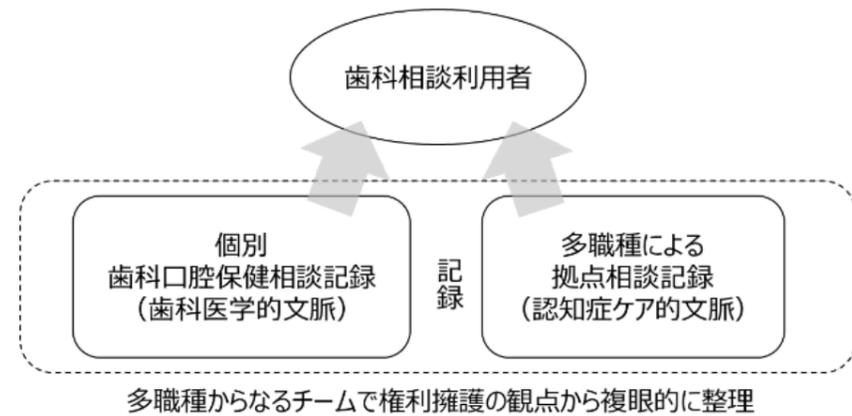


図1 相談記録の構成

以下に特徴的なケースを提示する。

ケース①.

B氏（80歳代 男性 夫婦同居）と妻G氏（80歳代 女性）

【経過のまとめ】

B氏とG氏の夫妻は、拠点で行った歯科講話に参加したことがきっかけで、妻G氏が、歯科相談の希望を拠点スタッフに伝え、両名同席の上で歯科相談が実施されることとなった。夫妻は、以前は都心で歯科通院していたが、5年程度歯科通院を中断していた。その理由は夫妻ともに脳血管障害を経験したこと、転居により新しいかかりつけ歯科医院を探すことや、はじめての歯科医院に新規受診する思い切りが付かなかったという理由であった。またG氏はB氏について、脳血管障害発症後から意欲の低下や日常生活の不具合が生じており、歯磨きを促しても全く歯磨きを行わないこと、歯科医院受診を中断している間に、口腔内の問題が起こっている可能性があり心配であると語った。一方のB氏はとぼけているような様子であったが、対話の中ではB氏自身が「咬むと痛い」と感じていることが分かった。

拠点歯科医師は、拠点の相談室でB氏の口腔内診査を行い、急性状態の重度歯周炎を含むいくつかの問題点を発見した。G氏も複数の口腔の不具合があると自訴があったため、同様に口腔内診査を行った。また面接において、夫妻が歯科受診を躊躇していた複数の理由を聞き出し、安心して歯科治療を受けられるように情報を整理して、本人の希望をあわせてうえで、近医歯科に情報提供書を書くことにした。夫妻は拠点歯科医師と時間をかけて面接出来たことを大変喜び、早速情報提供書をもって近医歯科に受診した。約一年後にB氏の自宅で口腔内診査した際は、急性状態であった重度歯周炎の抜歯が行われ、口腔内の炎症が制御されている状態であった。また適切に義歯を使用しており、B氏は「調子は良いよ」と語った。G氏も同様に歯科治療をうけ、夫妻は在宅生活を継続している。

【事例ふりかえり】

本例は、ともに脳血管障害後遺症を持つ夫婦において、「歯科受診」という健康にアクセスする権利が阻まれているという構造を同定し、受療支援という形でその構造を変化させるアプローチを行ったケースであった。独居でなくても意思決定や行動を起こすことにはエネルギーが必要であり、脳血管障害後遺症により援助希求が困難な状態になっていた夫妻にとっては、専門家に話を聞いてもらった、手紙を書いてもらったという経験が、背中を押して勇気を出す契機になったのではないかと考える。本例では、口腔の専門家がいる拠点を知る機会があり、友人のように気軽に、しかも無料で面接し情報提供書を作成できる環境を造り上げていたからこそ実現したケースであると考えられる。

ケース②.

C氏（70歳代、男性、独居、アルツハイマー型認知症、血管性認知症）

【経過のまとめ】

C氏は、消費者相談センターとのトラブルが生じたことを契機に認知症初期集中支援チーム（以下、チーム）の訪問対象者となり、数か月経過しても介入困難事例とされていた。チームが訪問してもC氏は社会に対する怒りの表明をするばかりで支援の導入が困難なため、チームの方針で社会的交流を目的として、チームのメンバーとともに拠点に訪れた。C氏は、拠点においても同様に社会に対する怒りの表明をしていたが、「社会のせいでこんな歯だ！」と、口腔内の著しく動揺する歯を拠点スタッフである心理士に見せて、凄むような態度であった。

C氏の訴えの中から、口腔症状が前景にあることが判明したため、本人の同意を得てチームのメンバーである地域包括支援センター職員と拠点歯科医師が自宅に訪問することになった。



図2 訪問時C氏口腔

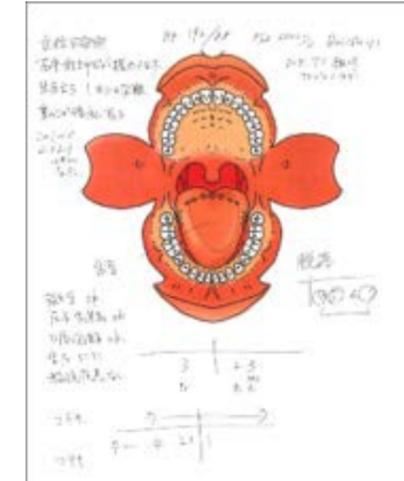


図3 訪問時C氏スクリーニング時のメモ

拠点歯科医師が自宅訪問した際は、怒りの訴えは同様であったが口腔内診査には応じ、さらに簡単な身体機能評価にも応じた。その結果、数日前から急激な身体機能低下があったことが判明した。拠点歯科医師は、C氏の明らかな咀嚼機能低下に対しては歯科受診を提案したが、経済的理由により同意は得られなかった。しかし身体機能低下所見の報告をチームに行ったことで、後日在宅医の訪問が実現し、C氏は在宅医による投薬を納得し受け入れることとなった。

三か月後、C氏は在宅医に勧められ、身体機能低下を含めた検査入院としてX病院認知症疾患医療センターに入院した。連絡を受けた拠点歯科医師はX病院病棟に訪問して、C氏がペースト食に不満があることや入院に至るまでの親族の振舞いと金銭管理に関する苛立ちなどを傾聴し、入院中に義歯作成を含む歯科治療が可能となるよう受療支援を行った。X病院での歯科治療が実現したことによって咀嚼機能が回復し、快適に常食を摂取できる状態になり施設入所に至った。

【事例ふりかえり】

本例は認知機能低下によって健康・経済問題への課題解決が困難であるという権利侵害されている構造があり、その構造への変化を期待して歯科医師を支援チームに組み込んだケースである。

C氏の入院中の歯科治療が実現した経緯は、入院を契機として医療費捻出が可能になる状況が整ったこと、入院先であるX病院認知症疾患医療センターの精神科医師と精神保健福祉士が認知症初期集中支援チーム員を兼ねており、さらに拠点歯科医師とX病院の歯科口腔外科医師との連携関係があったこと、などいくつかの状況が揃ったからと考えている。加えて、周囲との人間関係がうまく構築できないC氏の病棟を、拠点歯科医師が訪問し意思確認できたこと、想いを受け止めたことはスムーズな支援に効果があったと考えられた。

多職種による“認知症の本人の権利”をベースにしたアプローチから、(1)地域で生活する認知症の人は、適切な口腔ケアに関する情報へのアクセシビリティが阻害されやすい状況にあるが、(2)多職種との対話を通じて、歯科的課題を抱える認知症の人の意思決定支援が促進され、(3)口腔環境の改善が生活上の困難の予防・改善に寄与することが示された。

5. 歯科医師としての役割・貢献

地域拠点において相談応需している歯科医師はボランティアとして地域拠点運営に携わっており、自院以外の歯科医師会の診療所に紹介状を作成して紹介をするようにしている。相談者の希望と既往歴、移動可能な地理条件等を加味して、大学病院や特定の歯科分野の専門医、あるいはすでに受診歴がある認知症疾患医療センターのある病院の歯科口腔外科、訪問診療に対応し高齢者歯科に通じる歯科クリニックなどをコーディネートしている。

高島平地域において訪問診療を行っている歯科医師を地域拠点に招待し、連携に関する打ち合わせを行うことや、訪問診療に同席し、認知症の本人の家族的サポートをするケースもあった。また同地域のサポート医は、地域拠点のボランティア相談医師も務め、頻繁にケースの打ち合わせや地域包括支援センター職員を交えたケース会議での連携関係が出来ている。

ケース会議は2カ月に1回、地域拠点において行政、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、在宅療養相談室の職員および在宅医とともに実施されている。ケース会議に拠点歯科医師も出席し、歯科的所見を含めた生活情報の提供を行ったうえで、ともに生活支援を中心とした議論を行っている。

6. 課題と今後の展開

8020運動は最も成功したヘルスポモーションともいわれるが、今後、認知症になっても歯を多く残している人が増えるのは自明である。この歯科口腔保健活動を展開した以上、認知症の人の口腔の健康を守ることは我々の責務といえる。認知症の人が尊厳をもってよりよい生活を送るためには、地域における歯科口腔保健相談をプライマリーヘルスケアの重要な要素と認識すべきであり、Dementia Friendly Communitiesを創出する社会的な取り組みに組み入れられるべきである。認知症の人を支援するには生活を支える視点が必要であり、社会的サポートのコーディネートにも関与できる歯科医療従事者の人材育成、公的な支援体制の構築が必要である。

文献

- 1.枝広あや子、ほか 「地域高齢者における認知機能低下と身体・口腔機能低下の関係：高島平スタディ」日本老年精神医学会2018
- 2.枝広あや子、岡村毅、杉山美香、ほか. 認知症などの困難を抱えた高齢者に対する地域における歯科口腔保健相談の意義と方法論 権利ベースのアプローチという観点から. 日本認知症ケア学会誌, 20 (3) :435-445, 2021.
- 3.枝広あや子 (分担執筆) 東京都認知症地域支援推進事業 認知症とともに暮らせる社会に向けて 地域づくりの手引き2020年度改定版, 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所, 2021.

(エ) 岡山県・鏡野町： 認知症の人に対する「社会資源が少ない地域」の連携

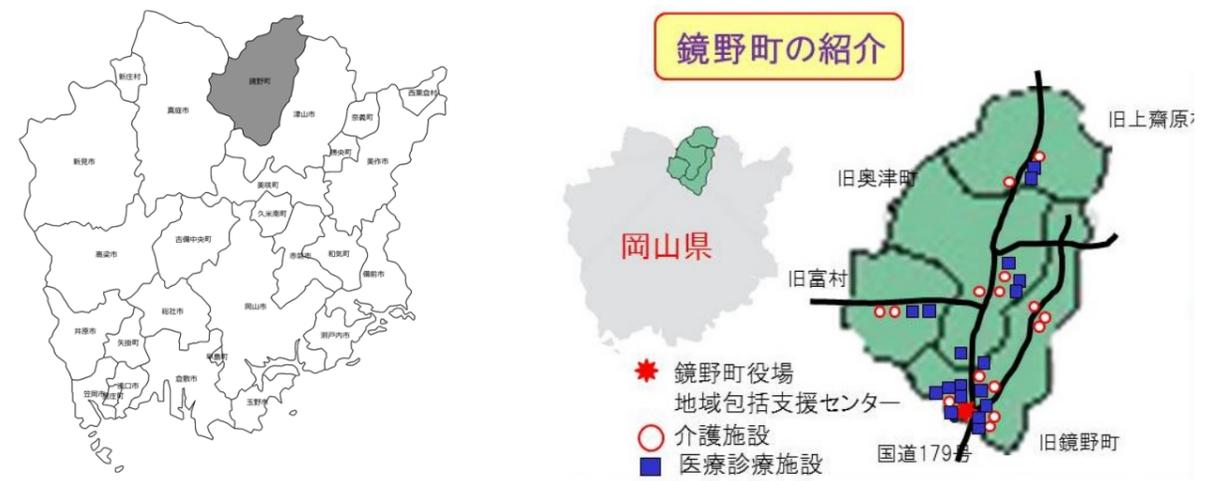
1. 地域の基本情報

地域	岡山県・鏡野町
区市町村人口	12,604人 (2021.12.31)
うち65歳以上高齢者人口	4,613人 (構成比36.60%) (2015年)
区内の認知症疾患医療センター	積善病院 (隣の市)
区内の認知症サポート医等数	認知症サポート医 2名 (鏡野町)
同歯科診療所数	歯科医師会員診療所件 6件 (鏡野町)

2. 事例の概要

鏡野町は岡山県の北部に位置し、北は鳥取県に、東南は津山市、西は真庭市に接している。また、山陽地方と山陰地方の中間、関西圏と広島県の中間に位置し、古くから山陰、山陽などの主要都市を結ぶ地域となっている。地勢は、鳥取県との県境をなす中国山地南面傾斜地や平坦肥沃な準平原地で、気候は夏冬の温度格差が大きい内陸型気候である。町の主な産業は、米・果樹・野菜などを中心とする農業と林業で、商工業は地場産業や誘致企業が立地・操業している。また、温泉をはじめキャンプ場・スキー場などの観光資源も豊かで、農林水産業等を連携させた他産業への波及効果を拡大させる観光戦略を推進している。

町の中心部は中国自動車道の院庄ICに近く、国道179号バイパスが南北に、大規模農道が東西に通過し、交通の動脈的役割を果たしている。平成17年3月1日に富村、奥津町、上齋原村および鏡野町が対等合併して、現在の鏡野町が発足した。各旧自治体に、行政機関、医療および介護施設が設置されており、各診療所の医師は鏡野国民健康保険病院から、各歯科診療所の歯科医師は、岡山大学病院からそれぞれ派遣されている。



要介護等認定者の現状と推計 (2017年9月末時点) (単位:人)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2017年度	113	94	205	144	188	123	105
2018年度	110	83	213	141	126	124	101
2019年度	110	82	207	138	127	123	100
2020年度	107	84	202	138	130	125	103

いわゆる、山間僻地であり、住民は減少傾向、高齢化率は上昇そして行政・民間介護サービス従事者（社会資源）の減少が進む地域である。平均寿命と比例して、認知症患者も増加し、認知症患者に対する口腔機能低下の早期発見、維持・向上、の社会的ニーズが高まっている。さらに、状況は刻一刻と変化しており、現在の事業も社会情勢に合わせて、変化しながら継続・拡大している。

3. 認知症疾患に関する医療介護連携・地域づくりのプロセス

2000年（平成12年）：介護保険制度が始まり、当地域で歯科医師として赴任していたが、ケアマネジャーが私だけであったため、ケアマネジャーとしても2年間実働を行い、他の職員がケアマネジャーの資格を得たので、現在は引き継いでいる。その時から、認知症と口腔に関しての問題意識は強くもち、介護計画にも加えていた。

2008年（平成20年）：当地域で特に「家族によって隠されている問題」についての調査を行った。その調査の1位が口腔に関することであった。ちなみに、2位は認知症、3位は自殺であった。

当地域は、3世代～4世代で暮らしている世帯が多く、故意でなくても、上記の健康課題が家族によって隠されてしまうと、保健師などの行政サービスが家の中の問題まで深く入り込めない事情があったため、この調査を行った。逆に、独居または高齢者のみの世帯の場合に対しては、直接に、行政・医療・介護機関が訪問・相談・介入・医療介護連携ができています。

2009年（平成21年）～2010年（平成22年）：この解決には、住民教育が必要であると考えたが、その前に専門職（医療・介護）の教育を先行させることにして、この調査を受けて、口腔（口腔疾患・食事）と認知症に関して、当町内のすべての医療・介護施設を会場にして、毎月夜、研修会を行った。最初は、当町の中央（町役場）で行っていた。しかし、参加者が固定されることが課題として顕在化したため、私たちが各施設に出向くことにした。この時点では、私的に行ってた。

（メンバー ケアマネジャー、歯科医師、歯科衛生士、介護福祉士）

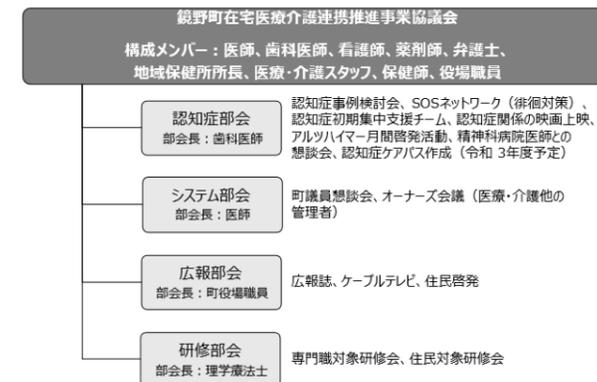
2010年（平成23年）～2013年（平成25年）：活動の成果が認められ、町の事業として、「鏡野町地域包括ケア講座」として、予算が付き、多職種の協力が得られるようになった。

内容は、各施設の入院または入所者を対象に食事風景・行動・口腔ケアのビデオを当該職員に撮影してもらい、実質的な指導を行い、実働を行った結果をさらにビデオ撮影して次月に行う前後で比較して、検討する方法をとった。それまでは、細かいアセスメントを行っていたが、当該職員の労力が多いことに加え、関心が薄くなったため、視覚的に理解されやすい方法に変更した。この研修会は、入所者の家族も参加可能として、地域密着型の運営会議でも報告した。

（メンバー ケアマネジャー、歯科医師、歯科衛生士、医師、言語聴覚士、介護福祉士、看護師、保健師、栄養士）

この過程で、経済を優先する施設と研修を優先する施設に分かれてきたため、研修を優先する施設に絞って、特に個別事例に対応するようになった。この事業は、国民健康保険歯科保健センター事業で行うようになり、現在に至る。

2014年（平成26年）：「鏡野町地域ケア講座」は、他の地域ケア会議・委員会などの医療・介護事業とともに再編され、現在は「鏡野町在宅医療・介護連携推進事業協議会」に統合されており、私は認知症部会の部会長・認知症初期集中支援チーム委員長およびシステム部会の委員を拝命している。（メンバー ケアマネジャー、歯科医師、歯科衛生士、医師、弁護士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士、看護師、保健師、栄養士、薬剤師、地域保健所所長、役場職員）



4. 活動内容・成果

ケース④.

A氏（87歳、男性、独居、アルツハイマー型認知症）

【経過のまとめ】

1. A氏の居宅の近隣者が、地域包括支援ケアセンター（鏡野町が社会福祉協議会に委託）に「A氏の不審な行動」について相談があった。
2. 認知症初期集中支援チームが訪問介入：介護認定申請を勧め、調査員がアセスメントし、介護度が決定した。（要介護1）担当ケアマネジャーが付き、介護計画が立案された。
3. 口腔内に問題があり、食事摂取が困難であることを主訴に、近隣の歯科医院を受診したが、治療中に暴言や治療拒否があり、担当ケアマネジャーから当診療所に紹介があった。（歯科医院からの紹介ではなかった。）
4. 当診療所にて、歯科治療（歯周治療、抜歯および義歯作製）を行った。しかし、食事時間が長いことと、食事に対する暴言および拒否が減少していたが、まだあった。内科診療所にも相談したが、特に処置は無かった。
5. 私が毎週研修している大学病院のスペシャルニーズ歯科に、行動・食事時のビデオおよび診査結果をもち、コンサルテーションを行った。後日、A氏を大学病院でVEおよびVFの撮影診査などを行った。A氏の希望と状況の翻訳もあり、私とケアマネジャーが付き添いを行った。
6. 大学病院の歯科医師の指導のもと、食形態および食事方法の変更とともに、指導されたりハビリテーションを外来で行い、居宅では訪問看護に行ってもらうようにした。食事時の暴言および拒否は「思うような嚥下ができない」が原因で、いら立っていたことがわかった。

【事例振り返り】

独居の場合、口腔内または食事に関する問題は、顕在化しない。A氏の場合は、近所での問題行動があったため、周辺住民が困り、地域包括支援センターに相談があった。そういう意味では、認知症であったために、その後起こりうる虚弱～低栄養の状況を免れることができたともいえる。認知症患者の受け入れ促進のために、県歯科医師会において、年に複数回、「認知症対応力向上研修会」を県行政とともに行っており、受講した歯科医院を県のホームページにおいて公開している。しかし、公開されていることをA氏もケアマネジャーも知らない、または、受講されていても今回のように、拒否している歯科医院がある。拒否する場合は、歯科医院から他の医療施設に紹介するべきであると思う。内科では、行動・食事に対する処置や治療が無いことが、介護職が積極的に内科または精神疾患専門医の受診を勧めていない原因であるとケアマネジャーから聞く。

1. 住民や介護職に対する情報公開・通達の徹底
2. 治療に困った歯科医院の相談・紹介できる医療機関の事前からの確保
3. コンサルトされながら行うことができる治療の在り方。コンサルトしたほうにもされるほうにも保険点数が付くと広まると思う。

ケース②.

B氏（90歳、女性、独居（近隣に息子夫婦）、アルツハイマー型認知症）

【経過のまとめ】

1. 当歯科診療にて歯科治療終了後、SPTにて定期受診していた。ある時点から、予約の間違いが頻繁に起こり、さらに、プラークコントロールが悪化した。
2. 介護認定を受けていないことがわかっていたので、当診療所から行政保健師に情報提供を行い、認知症の調査目的の訪問依頼を行った。（介護認定を受けている場合は、通常担当ケアマネジャーに状況の変化について情報提供を随時行っている。）
3. その結果、介護保険申請を勧め、認定を受け、担当ケアマネジャーが決定した。（要介護2）
4. 当ケアマネジャーが、当町の認知症事例検討会（私が主催、認知症サポート医も出席）に症例報告を行い、多職種にて検討が加えられ、具体的な対応方法が決定・実行された。
5. 検討会の結果、認知症疾患医療センターに紹介され、認知症に対する診査・診断・治療が開始された。このセンターには歯科もあるが、このケースの場合は、軽度であるため、当診療所から訪問診療での対応となった。
6. 後日、ADLの低下から、B氏は診療所に来ることができなくなったため、歯科や内科では訪問診療を行うこととなった。訪問時には、冷蔵庫を拝見するのだが、「なんでも食べることができます。」の裏には、「自分が食べることができるものを、自分で購入しているので、なんでも食べることができます。」という意図があり、内容および賞味期限を確認する。B氏の場合も、軟らかいものが多く、賞味期限切れの食品も多く含まれていたため、ケアマネジャーに報告し、介護職および家族に、常時管理するよう指示した。一方、介護認定を受けていない方の居宅に訪問診療に行き、冷蔵庫内に賞味期限の食品が多く散見される場合は、認知症を疑い、関係者に情報提供を行っている。
7. プラークコントロールが確立していないので、当診療所、介護職および家族の口腔ケアを行っていたが、歯科疾患は度々、生じるため居宅にて治療を行った。

【事例振り返り】

歯科診療所は、全年齢層の住民が利用しており、SPT期になると定期的に健康をチェックすることができる施設である。一方、僻地の内科であれば、ほとんどが慢性疾患の高齢者であり、専門性が細分化されているため、幅広い年齢層を定期的にモニタリングすることを必要としていない。よって、認知症の早期発見がしやすい施設と位置付けられると考える。

「この住民は、おかしいな。」と思うことは、多くの医療スタッフが気づいているので、その後に繋げる手段を日ごろから構築しておくことが何より重要であろうと考える。当町の認知症事例検討会では、事例検討は当然であるが、多職種がグループワークを何度も行うことにより、他職種を理解し、顔の見える関係性を構築することに役立っている。歯科の場合は、「生活を診る」ことが食事支援の観点から重要であり、訪問歯科診療は、外来で「患者の生活を想像する」ことにも活かされている。さらに、この目的のため、外来に来ることができる住民の居宅にも訪問することもある。

5. 歯科医師会・歯科診療所としての役割・貢献

【地域での専門医育成】

地域の歯科医師で、ある程度の人数で専門の担当を決めたほうが良いと思っている。学会認定の専門医も重要であるが、人口あたり、何人かの歯科医師で対応する場合、認知症担当（専門）や摂食嚥下担当などを決め、研修を歯科医師会としてサポートする体制をとらないと、県が行っているような一律的な研修のみでは、地域の専門医は育たないし、責任を持って対応していただける歯科医師が成長しないように思う。

【情報発信】

現在も行っているが、もっと積極的に介護・医科・住民に対して、歯科が訪問歯科・摂食嚥下・認知症対応を行っていることを情報発信していくことが重要であると思う。上記のケース①は、担当ケアマネジャーが私を知っていたので、同じ町内であるが遠方（30km）にもかかわらず、たまたま紹介してもらい解決した。

【連携のしやすさ】

多職種がお互いの仕事内容を理解し、認知症事例検討会で「あの職種はこのケースの場合、こう考えて、こういうことができる」という感触をつかんでおくことと、更に顔の見える関係性を日常的に構築しておくことが連携のしやすさにつながる。

【保健センターとしての歯科診療所】

ケース②にもあるように、歯科診療所には、内科診療所や病院よりも健康な住民が定期的に通っているため、健康をモニタリング（投薬状況、血液検査結果など）する保健センターとして、社会的にとらえてもらえれば、社会資源としてもっと活用できると思う。

現在、薬局がそのような役割を期待されているが。

6. 課題と今後の展開

人口が少ない地域の場合、専門職の人数も少ないため、一人の専門職が一般的な自治体よりも多くの仕事を同時に行う必要がある。例えば、人口の多い自治体では、一人の保健師が母子保健のみが担当であるが、人口の少ない地域では、母子と成人および高齢者保健を一人の保健師が担当することになっている。このことは、仕事量が多く、それぞれの専門的知識が必要であるため、大変ではあるが、この一人の保健師の中で、自然に住民保健の世代間連携ができていくことになる。私もケアマネジャーと歯科医師および行政職員を担っているため、その点では介護と認知症と口腔と施策へ移すための連携ができていくと思う。現在の大学教育では、複数の国家資格の受験資格が卒業時に獲得できるため、一人の人が複数の資格を持って社会に出ることが他の専門職の連携にも良い影響を与えることは明らかであると思う。連携を行うためには、連携する相手の専門科学を獲得する過程（教育）内容と仕事内容を知る必要であると思っている。丸投げでは、決して、良い関係にならない。その観点からも、良いことであると思っている。

「社会資源が多くない地域」の場合、一人の専門職にかかる重圧は多大であるが、人口の多い地域での連携の困難さと比較すれば、相殺されているのかもしれない。

(オ) 香川県西部：
地域後方支援病院歯科と歯科医師会との連携による認知症高齢者の支援体制の構築

1. 地域の基本情報

地域	香川県西部（三豊市・観音寺市）
区市町村人口	120,528人
うち65歳以上高齢者人口	41,768人（構成比 34.7%）
区内の認知症疾患医療センター	西香川病院
区内の認知症サポート医等数	もの忘れ相談医等 10名（医師会ホームページより）
同歯科診療所数	歯科医師会員診療所件 46

2. 事例の概要

当院は香川県西部に位置し、香川県西部2市12万人を主な医療圏とする中核病院である。当院は地域包括病棟を持つと共に訪問診療を内科・歯科共に行っており、急性期医療だけでなく維持期医療も行っている。歯科口腔外科には口腔外科、摂食嚥下リハビリテーション、障害者歯科、老年歯科を専門とする歯科医師が勤務し、外来での障害者歯科や在宅や病院、施設への訪問診療を行い、様々な障害や認知症を有する患者の歯科治療・口腔ケアを行っている。

当地域の認知症疾患医療センターは西香川病院であり、精神科を有し外来や入院、デイサービスを行っている。西香川病院は回復期病床も有しており、急性期病院の当院と地域連携が行われている。また西香川病院は歯科が無いが、当院から訪問歯科診療、訪問口腔ケアを行っており、地域の歯科医師会と連携しながら回復期病棟入院中で歯科診療の必要な患者に対し歯科医療を提供している。ただ、現状認知症に特化した連携はなされておらず、西香川病院の精神科外来でも歯科に行けていないという訴えがみられた。また認知症主治医に相談しても歯科への理解が十分で無いため、かかりつけの歯科への受診を指導されるだけに止まっているのが現状である。

そこで精神科での歯科への理解を促すと共に、精神科主治医から歯科へ紹介しやすい環境を作る事を目的に地域連携体制の構築を目指した。

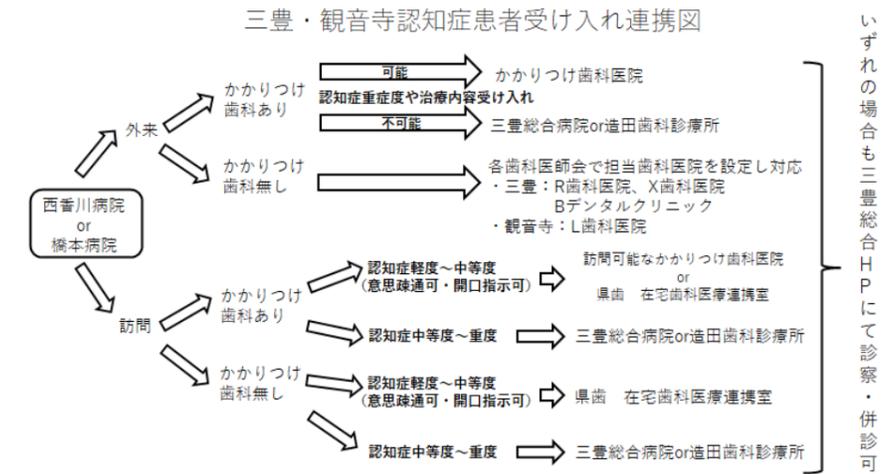
3. 認知症疾患に関する医療介護連携・地域づくりのプロセス

香川県では歯科医師会を中心に周術期口腔機能管理体制の構築を行っており、研修を受講した歯科医院による対応可能な治療範囲のリストが作成され、地域での周術期口腔機能管理の連携に活用されている。今回はこのモデルを参考に地域連携体制の構築を目指した。

2021年10月よりまんのう町国民健康保険造田歯科診療所の木村所長と相談しながら、認知症疾患医療センターの担当地区である2市の2歯科医師会長と連絡を取り実行可能なレベルの検討を行っていった。12月20日に後藤・木村所長・2市歯科医師会会長に加え、香川県歯科医師会の高齢者歯科保健担当理事、実際に事業で中心となり動く担当者を加えた6名で体制の詳細を詰めた。

事前の西香川病院からの聞き取りから、外来受診できる患者ばかりでなく訪問診療が必要な人もいることから、外来・訪問診療の2通りのケースで対応を考えていった。基本的な方針としては、対応可能な範囲についてはかかりつけ歯科が対応し、かかりつけで対応できない患者については後方支援病院である当院で対応することは決まっていたが、かかりつけを持たない患者をどうしていくかが問題となった。話し合いの結果、かかりつけの無い患者については各地区（合併前の市町単位）でメインとなって行う歯科医院を推薦してもらい対応することとなった。

年明けのコロナウイルス感染症拡大に伴い地域歯科医師会所属歯科医院に集まってもらい事業説明を行うことは難しくなったため、郵送にて事業説明およびアンケート調査を行った。46院所中35の返信があり、そのうち29院所から事業協力が得られた。事業への参加や対応可能な範囲をまとめたリストを作成し、精神科主治医へ渡した。



4. 活動内容・成果

地域歯科医師会と連携し、西讃地域の認知症患者の歯科受診がしやすくなる環境整備を行った。その結果29院所から事業への参加が得られ、アンケート結果を基に認知症連携リストを作成することが出来た。リストの内容は、認知症対応研修受講スタッフの有無、待ち時間の調整、スロープ、訪問歯科診療、かかりつけ又はかかりつけで無い認知症患者への重症度別の対応とした。それを参考に精神科主治医から認知症患者に歯科ニーズが発生したときに、スムーズな連携が行える事が期待される。

症例1 かかりつけ歯科に治療方針とその範囲を相談しながら対応した事例

概要

88歳女性、大腿骨頸部骨折および認知症にて西香川病院入院中、左下の歯が取れたとのことで当院紹介。左下4・5連結FMCがコアごと脱落しており後方の大白歯も無かったことから義歯での補綴治療が必要となった。

経過

本人より「ケガする前に歯医者で治療していた、でもどこかわからない。」との発言あり、患者家族への確認を行った。確かにかかりつけ歯科にて義歯作製を行っていたことが判明したため、現状の治療経過と今後の予定について問い合わせを行った。精密印象採得まで行われていたこと、また残りの入院期間が1か月前後であることから、かかりつけ歯科医と相談の上、当院訪問診療では義歯作製は行わず残根の齶蝕処置のみ行い、退院後にかかりつけ歯科受診してもらい新義歯作製することとなった。

考察

認知症に伴いまだらに記憶の欠落がみられるため、かかりつけ歯科医院名がわからなかった。そのため家族との連携は非常に重要になる。また、今回の事例では義歯作製中に転倒・骨折したため歯科治療も途中中断となっている。そのため、かかりつけ歯科との治療範囲の相談も必要となってきた。認知症患者の治療には診察してから治療を開始するまでに、家族への連絡や治療内容の確認、かかりつけ歯科との協議、また今回は入院中であつたため介在した病院スタッフとの情報共有など多くの過程が必要であった。

症例2 かかりつけ歯科が無く、地域の歯科医院からの訪問診療で対応した事例

概要

93歳女性、大腿骨転子部骨折・認知症で西香川病院に入院。下顎総義歯の紛失により、主治医より新義歯作製の相談を受けた。

経過

口腔内は2歯の残存歯および残根も数歯認められた。プラークコントロールが不十分であったことから、入院中だけで無く退院後も在宅フォローしてもらえる歯科医院への紹介が必要と思われた。認知症連携リストに基づき、近隣にかかりつけ歯科の無い患者であったため自宅のある地区の認知症初診担当歯科医院へ紹介となった。西香川病院へ訪問診療が実施され、下顎総義歯の新製が行われた。

考察

かかりつけ歯科の無い認知症患者に対して、認知症連携リストに基づきスムーズに患者を歯科受診へつなげることが出来た。認知症患者は新しい事への対応は症状の進行と共に難しくなってくる。近隣にかかりつけ歯科が出来ることは、患者にとって口腔健康管理を行う上で非常に有益であると思われた。

5. 歯科医師会・歯科診療所としての役割・貢献

今回香川県西部において、香川県歯科医師会及び2市歯科医師会、後方支援病院と認知症疾患医療センターにおける連携体制を構築できた。それまでは認知症患者を取り巻く歯科環境は決して整ってはおらず、一部の理解のあるケアマネジャーや施設職員からの依頼で歯科受診が実現する程度で、順番を待てない事や迷惑をかけるかもしれないことから歯科受診が控えられてきた。そういった相談が認知症疾患医療センターに持ち込まれたときにも歯科の事が分からず、今まではかかりつけの歯科受診を勧奨することしか出来なかった。今回認知症連携リストの作成がなされたことにより、歯科への理解が深まりよりスムーズな歯科受診へつなげる一助になったのではないと思われる。

アンケートに想定治療の自由記載欄を設けたが、記載内容の多くは充填や義歯の調整・新製などの一般歯科診療、口腔ケアなどの記載が多かった。抜歯など外科処置には対応不可能な場合がある旨の記載も数件見られた。後方支援病院としての役割は、その辺りが求められる可能性が考えられる。

今回スムーズな認知症連携リスト作成が行えたのは、日頃歯科医師会の先生方と顔が見える連携が取れていたことが大きかったと思われる。香川県歯科医師会で元々同様なリスト作成を周術期口腔機能管理において行われており、連携への理解があったことも大きいと思われた。また、認知症患者の連携において一番困ることは、自院で対応できないような患者が紹介されてきたときにどうするかという事である。その点について、後方支援病院である当院が積極的に受け入れる事を表明したことも歯科医院の先生方の安心につながったと思われる。

6. 課題と今後の展開

今回認知症連携リストの作成を行う事が出来たが、その十分な検証は行えていない。今後どの程度の活用がなされるか、また連携において問題となった点など問題事例の検証を行っていき、リストの改編やスムーズな連携を行うために必要な変更を行っていく必要がある。そのため1年後を目処に、認知症連携についてのアンケートを参加歯科医院及び認知症疾患医療センターへ行っていきたい。

今後は連携がある程度スムーズに行えるようになった段階で、周術期口腔機能管理のように県歯科医師会主導で県下全体の連携を行えていけるようになればと考えている。香川県は大きく東部、中部、西部に医療圏が分かれているが、その医療圏毎に日本障害者歯科学会や日本老年歯科医学会の認定医のいる総合病院が一つ以上存在する。それらの病院に後方支援病院となってもらい、同様な制度が作れればと考えている。それを実施するにはやはり日頃の連携が大切になってくると思われる。今後も積極的に歯科医師会との協力体制を整え、顔が見える関係を築いていきたい。

(カ) 香川県まんのう町：地域公的歯科診療所が中心となる地域認知症関連事業との連携

1. 地域の基本情報

地域	香川県まんのう町（琴南地区）
区市町村人口	17,875人（令和4年2月1日現在） うち琴南地区2,018人
うち65歳以上高齢者人口	まんのう町6,691人（構成比 37.4%） うち琴南地区1,026人（構成比 50.8%）
区内の認知症疾患医療センター	回生病院（坂出市）
区内の認知症サポート医等数	もの忘れ相談医等 町内0名（中讃地区に21人） 町の認知症ケアパスでは、かかりつけ医として、まんのう町国保造田・美合診療所が記載されている
同歯科診療所数	歯科医師会会員診療所 5件

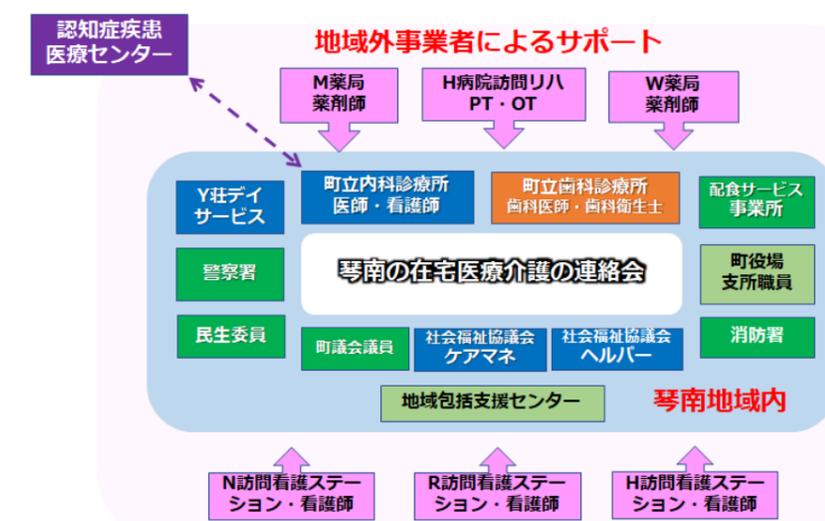
2. 事例の概要

プロジェクト名：「地域の歯科診療所が中心となり、在宅医療介護の連絡会を軸として地域の認知症高齢者を広域的支援、生活支援の視点で課題解決する体制づくり」

まんのう町琴南地区は徳島県境に接する山間僻地で、高齢化率は50%を超え、県内一の高齢過疎地域である。地域内の医療機関は町立内科診療所2か所と町立歯科診療所1か所のみであり、地域内の介護サービス事業所は特別養護老人ホーム1か所、併設の通所介護1か所、訪問介護サービス事業所（社会福祉協議会）のみである。

平成27年4月に町立歯科診療所が民営化された時に、私（木村）が町より診療所の運営を委託されることとなった。その後、地区内の認知症を含む高齢者の口腔機能管理に関する支援体制を当歯科診療所が中心となり、「琴南の在宅医療介護の連絡会（以下連絡会）」を起点として認知症高齢者を広域的支援、生活支援の視点で課題解決する体制を整備していった。連絡会を設置したことで、地区内の在宅医療介護の専門職、その他関係者間で認知症をサポートするために情報共有し、認知症高齢者の生活を支援するための課題解決に向けた協議を行う場ができた。連絡会には地域内のみならず町内他地区、町外からの参加事業者の参加が多く、広域的に支援してもらっている。また、孤立、移手段の喪失などの社会的課題についても民生委員などが中心となり生活を支えることを重要視した支援ができていたことが当地区の特徴と思われる。体制のシエマは下図の通りである。

在宅医療介護の連絡会を通して認知症患者をサポートする体制



3. 認知症疾患に関する医療介護連携・地域づくりのプロセス

①琴南の在宅医療介護の連絡会の設置

H27年4月に私たちが町立歯科診療所に赴任するまで、認知症高齢者を含む在宅医療介護のサービスの担当者同士が情報共有する場がなかったため、町行政に要請し「琴南の在宅医療・介護の連絡会」を設置することになった。連絡会は毎月1回開催され、認知症のケース検討をすることも多い。メンバーは当初地域内の医療・介護専門職が中心であったが、町内の他の地域あるいは町外より訪問看護や訪問リハビリテーション事業所、薬局が参加、専門職以外にも宅配弁当業者、民生委員、警察署、消防署などが参加してするようになり、この連絡会を起点として広域的な支援、生活支援の視点で課題解決に向けた取り組みができる体制が整ってきた。

②社会的課題の把握と課題解決に向けた取り組み

連絡会は主に事例検討が行われるが、認知症高齢者の事例が少なくない。認知症の高齢者は薬の飲み忘れに注視している薬局が発見し、連絡会で情報提供することが多く、歯科専門職からは、口腔機能、口腔衛生に関すること、食事、栄養状態に関する情報提供に加え、孤立などの社会的な課題について対象者が歯科診療所受診時に得られた情報を提供し、連絡会で協議したうえで民生委員を中心に他者とのつながり支援など課題解決に向けた取り組みを依頼する。また、配食サービス事業者は見守りも兼ねたサービスであることから認知症高齢者の支援には欠かせない。

地域の消防署あんしん登録制度は、高齢者や障害者が事故や災害に遭われた時に安全に救護されるように、事前に身体状況や通院状況などを登録しておく制度で、連絡会での情報共有が制度運営上、有用である。隣人とのトラブルなどについては警察署が介入するケースこともあり、連絡会での情報を役立てているようである。

4. 活動内容・成果

症例1

K氏（80代、女性、独居、アルツハイマー型認知症）

【経過のまとめ】

K氏はまんのう町琴南地区在住であり、連絡会にてたびたび困難事例として挙がっていたケースである。その中で「誤嚥性炎を繰り返しているため歯科で診てもらってはどうか」と主治医から意見が出たことがきっかけで、ヘルパーとともに歯科診療所を受診。口腔内は著しく清掃不良、下顎前歯部の動揺も大きく、歯科衛生士による口腔衛生管理が必要と判断。K氏の自宅から歯科診療所まで歩いてすぐの距離であったため、週に1回通院してもらうこととした。しかし予約日時を毎回忘れてしまうため、担当ケアマネに相談したところ「ヘルパーに送り出しを依頼してはどうか」との提案を受け、問題なく受診できるようになった。また、歯磨きのセルフケアが可能かヘルパーに相談したところ、サービス介入時に歯磨きを促したり、張り紙をしたりと工夫してくれるようになった。

義歯修理の際はデイサービス、ヘルパーに連絡を取り一旦食形態を変更してもらったり、修理後には食事を食べられているかどうか適宜確認することで、口腔機能管理をスムーズに行うことができた。

「歯科に入ってもらってから誤嚥性肺炎で入院する頻度が減った」との意見が出るなど、歯科への信頼度も高まった。

約1年後、歯科診療所の移転をきっかけに、歯科送迎サービスにて通院を支援することとなった。ヘルパーと歯科送迎スタッフとの連携で、問題なく通院を継続できた。

その後「膝の調子が悪い」との理由で、ケアマネより訪問診療への切り替えを依頼された。ちょうど同時期、連絡会で配食サービス事業所のスタッフや薬剤師から「食事の食べ忘れが増えた」、「猛暑の日にクーラーが入っていないことがある」、などの問題提起があったことをきっかけに、歯科衛生士も介入時に食事をセッティングしたり、冷房の付け忘れチェック、冷蔵庫内の期限切れ食品の廃棄など、できる範囲の生活支援も行うようになった。

心不全にて自宅で亡くなる直前まで、週1回専門的口腔ケアの提供を継続することができた。

【事例振り返り】

約4年半にわたって口腔健康管理が継続できた要因として、

1) 連絡会でKさんに関する情報を事前に得ていたこと

2) 定期的な連絡会の開催によって日ごろから多職種間で「何でも話せる関係」が構築できていたことが挙げられる。

1)について、当初の介入は訪問で対応すべきか迷ったが、連絡会にて多職種から「Kさんは自立心が強く、新たなサービス介入に抵抗を抱きやすい」などの前情報を聞いていたため、まずは通院からはじめた方が良いのではと考えた。このことが、歯科の介入をスムーズに受け入れてもらえた要因となったのではと感じる。

2)については、入院やショートステイの利用で歯科の介入が途切れる時もあったが、自宅に戻った際はすぐにケアマネから連絡があり、継続して介入することができた。また、歯科衛生士含め、関わっている多職種が異変に気付いた際にはすぐ他のチームメンバーに気兼ねなく相談できる空気感が元々醸成されており、安心感をもって関わるすることができた。そこから歯科衛生士も生活支援の一助を担うチームの一員として参加することができ、さらなる連帯意識の高まりを感じた。

症例2

C氏（90代、男性、妻と娘夫婦、孫との6人暮らし、アルツハイマー型認知症）

【経過のまとめ】

まんのう町の隣に位置する三豊市財田町（歯科医院は一軒もなし）に在住するC氏。ある日、「口の中が痛い」と食事食べてくなくなった」と同居の娘がC氏を連れて当歯科診療所を受診。口腔カンジダ症との診断で、訪問にて歯科衛生士が週1回口腔衛生管理で介入することとなった。すぐに担当ケアマネに連絡し、サービス担当者会議が開催。当時デイサービス以外のサービスは受けていなかったが、歯科医師が「服薬管理ができていないので訪問薬剤師を入れてはどうか」と、琴南地区での経験に基づき提案。薬剤師が入ったことで良い変化が見られたと娘やケアマネに感謝された。継続的な口腔健康管理の結果、食事も安定して食べられるようになり、C氏からも「歯医者さんは僕の恩人や」と感謝された。

それから2年後、突然誤嚥性肺炎にて入院。胃瘻造設にて主治医より禁食と指示されたまま自宅退院。退院時カンファレンスおよび自宅退院直後のサービス担当者会議に歯科医師、歯科衛生士が参加、担当の言語聴覚士とともに「経口摂取できるのではないかと協議。娘からも「90歳超えて何の楽しみもなく生きるのかわいそう。口から食べさせてほしい」と懇願される。歯科医師の提案により、ケアマネ、訪問看護師、訪問リハビリ（PT、ST）、薬剤師、デイサービス職員、歯科医師・歯科衛生士がSNSツールを活用してC氏に関する日々の情報を共有することとなり、娘もそこに参加することになった。

口腔衛生管理については、SNSを通じて歯科衛生士が多職種の協力を得たことで良好な状態を維持することができた。STがゼリー程度から直接訓練をはじめると、発熱を認め、経口摂取は一時中断となる。多職種からの目撃情報により、妻がメロンやお菓子などをC氏にこっそり食べさせていることが判明。STと歯科医師が何度か忠告したものの、妻は「お父さんがかわいそう」と納得せず、娘を含むチーム全員でSNS上にて検討の末、肺炎リスクは覚悟の上で厳しい制限は取りやめ、水分トロミのみ守っていただくこととなった。

その後、発熱もなく、好きなものを自由に食べて体重も増加、電動車いすで近所を散歩するようになるほど身体機能も向上した。単独での外出については事故のリスクが懸念されたため、SNS上にて多職種間で協議が行われたが、本人の日々の楽しみを「管理」によって奪うのではなく、サービス担当者が一緒に付き添ってあげてはどうかといった案が出されるなど、「Cさんらしい暮らし」の継続に焦点を当てたケア方針を打ち出すことができた。

その後、C氏は喉頭蓋炎を発症。入院加療中に急死となり、娘は「最期は寂しい思いをさせてしまったけど、それまで家で残りの人生を思う存分楽しんでもらえたと思うので、皆さんのおかげで後悔はありません。」と話す。

【事例振り返り】

本ケースでは、約4年間にわたってC氏の状況に応じた適切な口腔健康管理を継続しながら、さらには認知症があっても最期までC氏らしい暮らしを実現するための支援をチームで担うことができた。その要となったのは、家族を含む多職種間での「SNS ツールの活用」であった。今回、SNS ツールの活用を歯科医師が提案するにいたった理由は、琴南地区での経験から、認知症患者を地域で支えるためには「チーム内でのタイムリーな連携」が必要不可欠であると実感していたからである。また、SNS ツールの活用は互いに「顔の見える関係」や「本音で話せる空気感」がベースとして構築されていないとうまくいかないことも認識していたため、初めて連携する事業所ともサービス担当者会議を通じて早い段階から距離を縮めるよう尽力したからこそ、SNS 上でも密なやりとりができた。琴南地区での地域連携体制の構築プロセスから得た経験や知見が、また別の地域でも応用できた事例であった。

5. 歯科医師会・歯科診療所としての役割・貢献

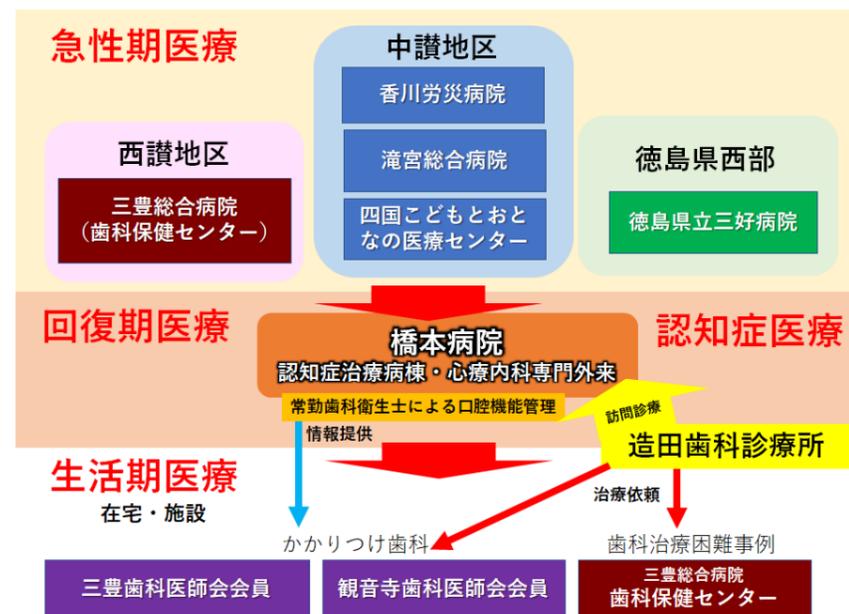
① 認知症高齢者の口腔機能管理における当診療所の役割

上記連絡会での取り組みや、日常訪問診療の様子などから、町内や近隣の地域からは認知症高齢者の歯科治療に対応できる歯科医療機関として医療介護専門職の中で認知されてきた。認知症高齢者の歯科治療については、介護支援専門員から直接依頼されることが多い状況である。

当町の隣市である三豊市、観音寺市での本事業（三豊総合病院）における認知症患者の歯科治療体制について、香川県歯科医師会、観音寺歯科医師会、三豊歯科医師会と協議した結果、中等度以上の認知症で当診療所が訪問で対応できる範囲においては、担当することが決まった。

② 地域のシームレスな医療体制における歯科医師会・歯科診療所としての役割

当歯科診療所から町外の回復期リハビリテーション病棟及び認知症治療病棟を有する病院（156床、歯科診療科なし）に出向き、訪問歯科診療を行っている。当該回復期病院（橋本病院）は、香川県内のうち西讃、中讃地域において数少ない回復期リハビリテーション機能を有し、かつ認知症の治療にも対応できる病院として、県外を含む広範囲の地域から急性期治療後の患者が数多く転院してくる。認知症患者を含む入院患者の歯科治療に関しては当歯科診療所が担当しているが、日常的な入院患者の口腔衛生管理は病院に常勤雇用された歯科衛生士3名が担当している。退院時に継続的な歯科治療や口腔機能管理が必要な場合には、に当診療所及び橋本病院歯科衛生士が情報提供したうえで地元歯科医師会に所属しているかかりつけ歯科医や三豊総合病院に引き継ぐ体制を整備している（図2）。



6. 課題と今後の展開

認知症高齢者の医療対応として、当地区では認知症疾患医療センターとの関係性が薄く、内科診療所が患者紹介することにとどまっている。センターと当地区との距離が多く、また当地区の住民が通常利用する医療機関ではないことも要因と思われる。また、町で認知症ケアパスが作成されているが、作成に当たり地域の専門職に広く意見を求めることがなくパスは有効に活用されていないように思われる。さらにパスの中に口腔の対応に関する記載部分は存在していない。認知症高齢者の口腔の課題に限らず、医療介護の体制づくりに関して、関係者が対面で話し合う機会を作ることが必要と感じる。

三豊総合病院が担当する本事業において、認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理について、香川県歯科医師会、観音寺歯科医師会、三豊歯科医師会の会長や担当理事等と協議をする場に当診療所が参加することができた。その場では、個々の歯科医院の対応力などにより細やかな調整が行われたが、地域の体制づくりをするうえで、対面で話し合いをすることが非常に重要であることを痛感した。一方、当診療所が所属する地域歯科医師会では医師会、薬剤師会、行政など組織同士の連携体制が不十分で、特にコロナ禍においては認知症高齢者の継続的な口腔機能管理においても協議を進められなかった。

三豊総合病院が担当する事業においては県歯科医師会を含めた協議をすることができたので、今後、全県的に認知症高齢者の継続的な口腔機能管理についての体制づくりが進められることが期待できる。

5. 実践ツール

認知症の人の
お口の支援
実践ハンドブック

目次

1. はじめに	3
2. お口のことで気づいたら歯科アクセスしよう	4
認知症の人のお口の機能	
3. お口の機能について	7
4. お口のトレーニング	23
5. 認知症の人の歯科治療	31
6. 介護保険における居宅系口腔衛生関連サービスについて	38
居宅療養管理指導の流れ	
口腔機能向上サービスの流れ	
必要な書類	
7. 事例	48

はじめに

我が国の認知症の人の数は増加しており、医療・介護の現場で誰もが関わる病気となっています。認知症の根治は困難であることが殆どですので、認知症の人を支えるためには認知症を治療する医療分野だけでなく、介護分野さらには地域のインフォーマルなサービスも必要となります。本ガイドでは、認知症の人の口への支援を進めるうえで必要な、介護保険における居宅系口腔衛生関連サービスの概要についても触れ、さらに認知症が主な原因として現れる口腔や食に関する困りごとへの評価の視点および対応についても解説しました。

認知症の好発年齢である高齢期（特に80歳以上）の口の状況について目を転じると、8020運動達成者が5割を超え（2016年）、デンタルインプラント受療率も増加傾向にあり、高齢者の口の環境は多様化しています。このように、認知症の好発年齢である80歳以上の日本の高齢者の口腔内は多様化し、口の支援ニーズはこれまでの高齢者とは大きく異なりつつあります。認知症の人は、様々な認知機能障害（記憶障害、見当識障害など）を併存することから、生活する環境との関わりが困難となり、特に歯科治療などの受け入れ（通院）が困難になることが知られています。認知症の人の口の支援に携わる場面では、その人の日常生活（ご家族も含め）のなかで、医療（歯科治療など）、介護の位置づけ（必要性、継続性、親和性など）をイメージすることにより、支援の選択肢が広がる考えます。

本ハンドブックが、認知症の人の生活の中で「口の支援」が広がる一助になれば、本事業にかかわったメンバーにとって望外の喜びです。

令和3年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）事業
「認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理に関する調査研究事業」

事業実行委員会一同

事業代表者 平野浩彦（東京都健康長寿センター）

2

お口のこと気づいたら
歯科にアクセスしよう



お口のこと気づいたら歯科にアクセスしよう

認知症になって歯科へのアクセスが途絶えると……

食物残渣の停滞



舌苔



口腔乾燥



乾燥した痰



カンジダ症



歯周病



褥瘡性潰瘍

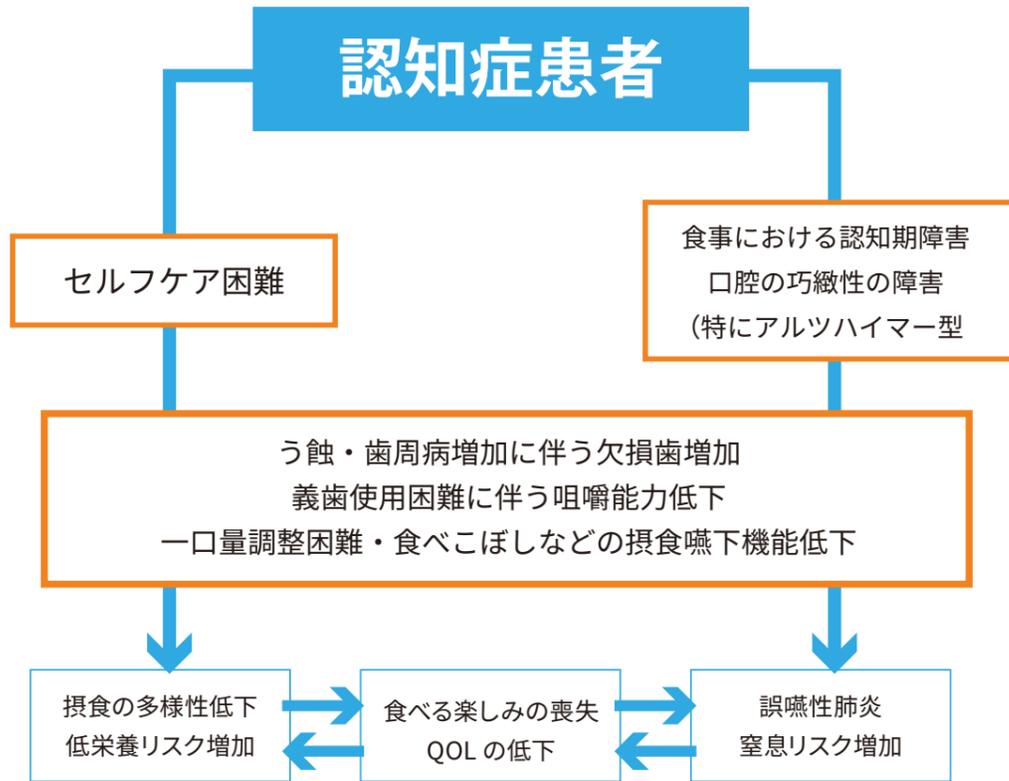


清掃不良の義歯



とがった歯やとがった歯のかぶせ物や詰め物、あわない入れ歯などがこすれて傷を作るような、慢性的な刺激があると潰瘍（かいよう）

口腔機能の低下

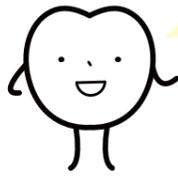


認知症患者に対する専門的な歯科介入は重要

認知症の人は摂食嚥下機能低下が起こりやすいため、専門的な歯科介入がとても重要となります。



認知症の人に対し、歯科医師・歯科衛生士が口腔健康管理や摂食嚥下リハビリテーションを行う際は、本人の認知機能や口腔機能だけでなく、家族などの介護力も含めて計画を立案することが大切です。

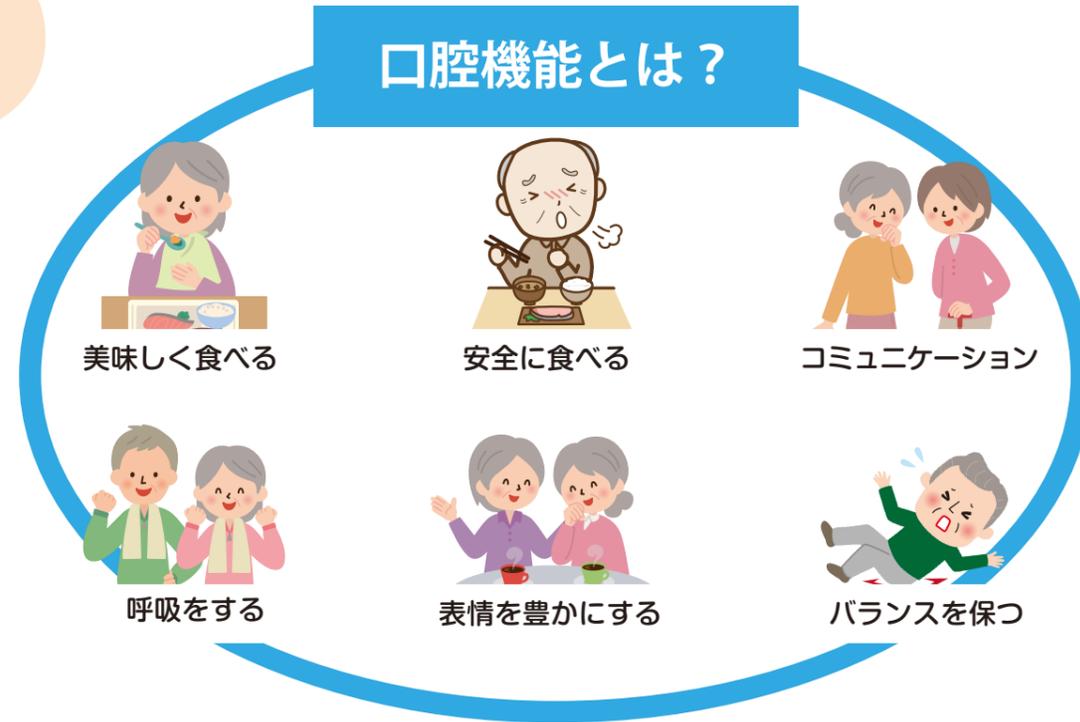


お口の機能について



出典: 鈴木啓之, 古屋純一 (2021). 咀嚼と認知機能. 植田耕一郎 (編), 歯科衛生士のための摂食嚥下リハビリテーション第2版, 医歯薬出版株式会社, P91-92.

3 お口の機能について



口腔機能が低下すると...

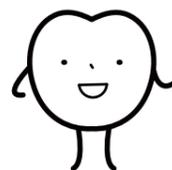
- むし歯、歯周病
- 飲み込みにくい
- しゃべりにくい
- 義歯が合わない
- 食べこぼし
- 口腔乾燥
- むせやすい
- 食欲の低下
- 口臭

口腔機能が低下するとこんなリスクがあります！

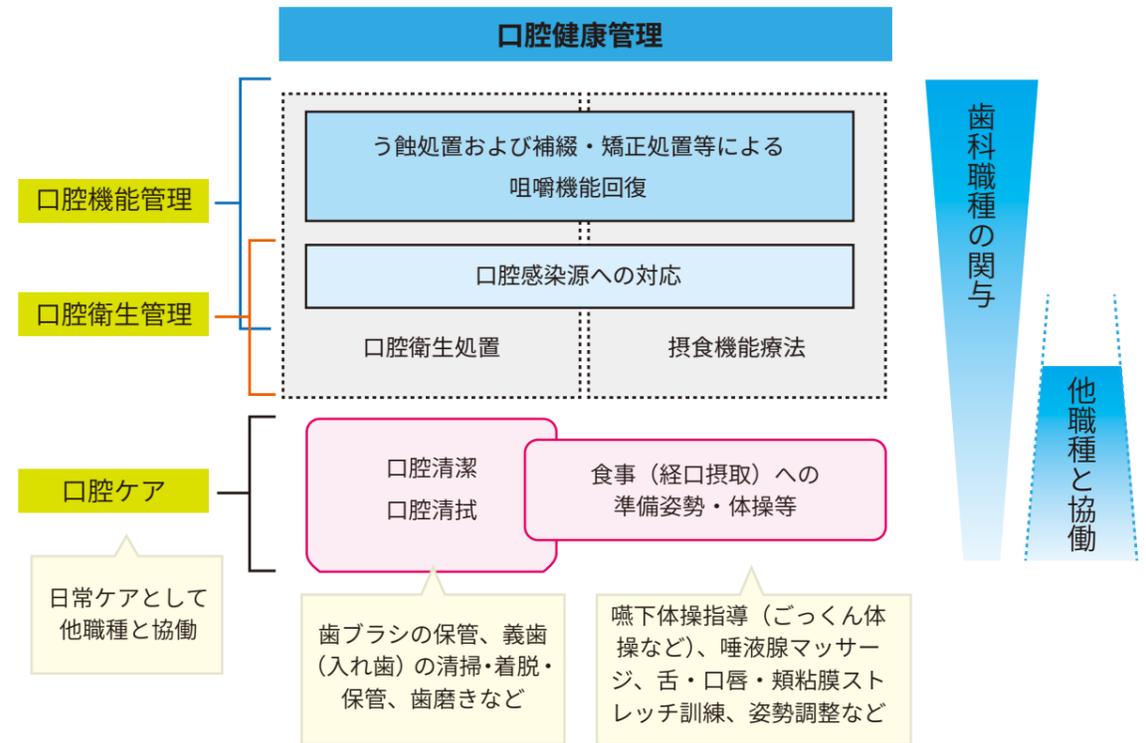
- 誤嚥性肺炎
- 窒息
- 低栄養
- 脱水
- 閉じこもり
- 認知機能の低下
- 転倒

口腔は、食べる(摂食嚥下)、話をする(構音)、呼吸をする、表情を作るなど、多様な役割を担っています。

口腔の健康と全身状態やQOLは密接に関わっていることから、口腔衛生とともに、口腔機能の維持・向上が重要となります。



口腔健康管理とは



* 歯科職種の関与の強い「口腔機能管理」に対して、「口腔衛生管理」とともに他職種も関与する「口腔ケア」を包含した広い概念として「口腔健康管理」と定義

日本歯科医学会「口腔ケア」に関する検討委員会、2015
櫻井薫：「口腔ケア」に関する検討会の進捗と今後の展開 . 日本歯科医師会雑誌 ,69 (4) ,286 ~ 287,2016

口腔機能を維持向上するためには

日常の口腔ケアに加え、専門職による口腔健康管理を行きましょう

口腔機能を向上させるための二本柱



お口の中を清潔に保つ

- うがい
- 歯みがき
- 義歯の清掃
- 粘膜・舌の清掃

摂食嚥下のトレーニング

- リラクゼーション
- 口腔周囲筋の運動訓練
- 発音・構音訓練
- 咳嗽訓練
- 嚥下促通訓練
- 食事の姿勢

口腔衛生管理

歯みがき



- 毛先は歯と歯肉の境目におく
 - 小さく細かく動かす
 - 1カ所に時間をかける
- ※入れ歯の方は、入れ歯をはずして歯みがきしましょう！

舌・粘膜のケア

舌のケア

舌の奥まで気持ちが悪くならない程度にブラシを入れ、奥から前に向かって軽い力で動かします。

※力の入れすぎや、擦りすぎないように注意しましょう。

粘膜のケア（スポンジブラシ）

スポンジ部分を湿らせて使用します。比較的感覚の鈍い頬側から行いましょう。スポンジの感覚に慣れるまで、暫く動かさないようにします。奥から手前に、スポンジノ脇腹を回させながら、汚れを掻き出す様に動かします。

【使用時の注意事項】

- スポンジに付着した汚れは、一回ずつ落とすようにしましょう。
- **使用前に、スポンジ部分がへたっていないか確認**しましょう。
- スポンジ部分が乾いた状態では使用しないようにしましょう。
- 口腔内が乾燥している場合は、しっかり保湿してから実施しましょう。
- できる限り愛護的なケアを心掛けるようにしましょう。
- ディスポーザブルのため、**一回の使用で捨てる**ようにしましょう。

清拭中にスポンジブラシを嚙んでしまった場合、無理に引き抜こうとするとスポンジ部がはずれ誤飲・誤嚥を招くおそれがあるので無理に引き抜かないように注意しましょう。



口腔衛生管理

義歯清掃

- ① 義歯ブラシなどを使い、流水下で洗いましょう。
- ② 落としてもこわれないように、水を張った洗面器などの上で洗いましょう。
- ③ 部分入れ歯は、バネの部分も忘れずに洗いましょう。
- ④ 就寝時は歯科医師の特別な指示がない限り、はずしておくようにしましょう。



汚れやすいところ

バネの所、くぼんだ所に注意しましょう。



POINT! 口腔衛生管理を拒否する方へにはどのような対応が必要?

認知症に伴って現れる認知症の行動・心理症状（BPSD）による口腔衛生管理に対する拒否は、認知症が軽度の段階からみられます。環境調整やコミュニケーションの工夫など、本人の不安や恐怖心を取り除く対応が必要です。

認知症の人が感じる
不安と恐怖

- ⇒ 口腔というデリケートな部分への介入
- ⇒ 何をされるかわからない
- ⇒ 自身の口腔状況が把握できない

BPSDの出現

**安心できる
対応**

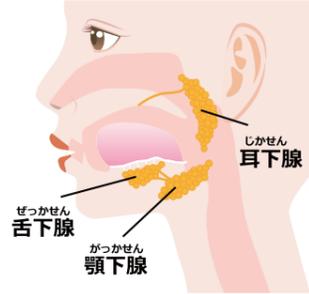
- ⇒ 不適切な環境や対応方法のチェックと改善（騒音、不適切な説明など）
- ⇒ 内服薬の変更に伴う副作用の変化や急激な日常生活変化、身体疾患の悪化の聞き取り

これからの対応を検討する



唾液について：お口の潤滑油～唾液～

成人の1日の唾液の分泌量は1.5～2ℓとされています。(個人差、体調、生活習慣、服薬、疾患により変化します)
そのほとんどが三大唾液腺(耳下腺、顎下腺、舌下腺)から分泌されます。



唾液の働き

- 消化作用 (デンプンを吸収しやすい形に変える)
- 咀嚼・飲み込みの補助作用
- 円滑作用 (口の中を湿らせ発音をスムーズにする)
- 溶媒作用 (食べ物を溶解し、下で味覚を感じさせる)
- 洗浄作用 (食べカスや細菌を洗い流す)
- 抗菌作用 (病原微生物に抵抗し、虫歯などを防ぐ)
- pH 緩衝作用 (急激な pH の変化を防ぐ)
- 歯や粘膜の保護作用 (唾液粘液により刺激から保護する)

唾液の役割



唾液は、食塊形成(食べ物を飲み込みやすいように口の中で丸めて塊にすること)をするときに必要不可欠です!

口腔乾燥について：唾液分泌をアップさせよう

唾液の分泌に影響を与える要因

- 脱水(水分不足)
- 加齢による唾液腺の委縮、精神的ストレス
- 薬の副作用
- 唾液分泌をきたす疾患

脱水の予防は、唾液の分泌のためにも必要です!!

また、唾液は、食べ物の味(味覚)を感じるために必要不可欠です。お口が渴いていると食欲が低下し食事が減り栄養状態の悪化につながります!!

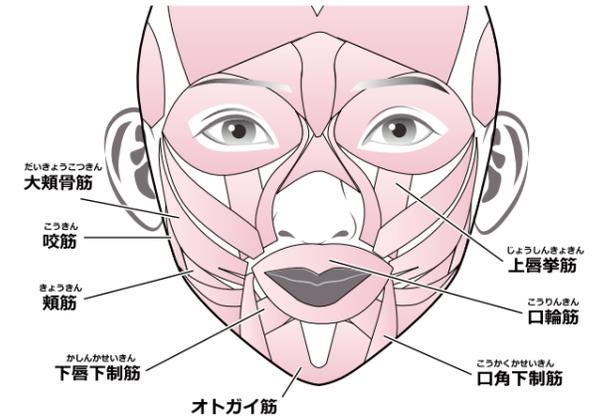


唾液の分泌が低下すると…

- ① 虫歯や歯周病などの病気になりやすい
- ② 味を感じにくい
- ③ 口内炎がでやすい
- ④ 食べ物のカスや汚れが残りやすくなる
- ⑤ 話じづらくなる
- ⑥ 食べ物を噛んだり飲み込んだりしづらくなる
- ⑦ 免疫力の低下
- ⑧ 脱水のサインかもしれません

顔の筋肉(表情筋)

顔の筋肉は、その約7割が表情筋と呼ばれ、お口の周りに集中しています。



上唇挙筋 …上唇を引き上げる

大頬骨筋 …口角を上外側に引き上げる

口輪筋 …唇を閉じたりすぼめたりする

口角下制筋 …口角を支える

下唇下制筋 …下唇を外側下方に引く

オトガイ筋 …下唇を突き出す、あごを持ち上げる

咬筋 …ものを咬む

頬筋 …頬をすぼめたり、開いたりする

食べ物をお口の中に取り込み、スムーズに噛むためには、大・小頬骨筋、上唇挙筋、下唇挙筋、口輪筋などのお口の周りの表情筋が大切な役割を果たします。

噛む力

噛むことにはたくさんの効果があります!

- 脳を活性化させる
- 運動機能を向上させる
- 顔が引き締まり、小顔効果
- 唾液の分泌促進
- 消化を促進

咀嚼力(噛む力)の低下とは

器質性咀嚼障害…「歯が無い」「義歯が合わない」などで「うまく噛めない」という状況

改善 → 義歯を含めた歯科の受診・治療が必要

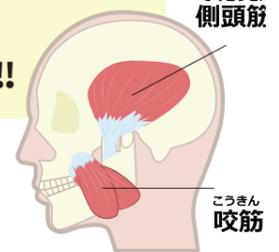
運動障害性咀嚼障害…加齢や脳血管疾患などの症状により、咀嚼にかかわる神経や筋肉の機能が低下し、噛むことが困難となっている状況

改善 → 筋機能の改善に向けた取り組みが必要

咀嚼に関わる筋肉

頬やこめかみの辺りを指で触ってみてください。奥歯でグッと咬みしめた時に指が押される感触・膨らみがありますか?

しっかり噛んで
噛みしめる
筋力アップ!!



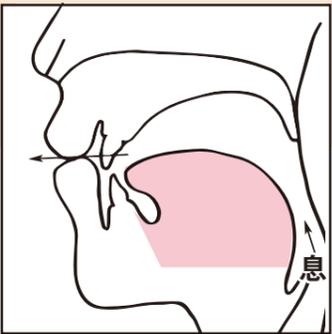
発声・構音の機能

「パタカラ」の発音訓練は、舌やその周りの筋肉（口輪筋、表情筋など）の衰えを予防、改善します。また、飲み込みをスムーズにします。

パ

口唇をしっかり閉じる・開くことで発音される音。(→口唇の閉じる力)

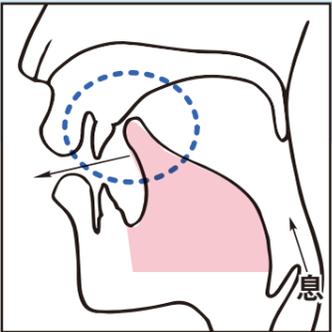
- ・食べ物を口の中にとりこむ。
- ・食べ物をこぼさないように口を閉じる。
- ・口を閉じて飲み込む。



タ

舌先を上の前歯の裏につけて発音される音。(→舌の前方への動き)

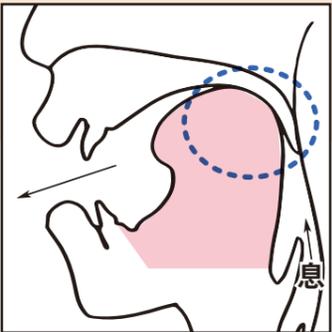
- ・舌を使って食べ物を取り込んで、口の奥に運ぶ。



カ

舌を喉のほうに引いて発音される音。(→舌の後方への動き)

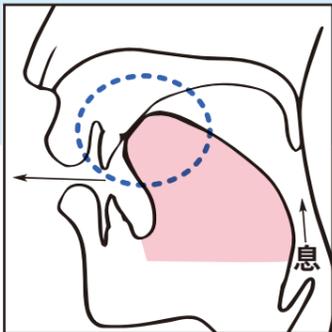
- ・舌を使って喉まで運ばれた食べ物を、さらに食道へ運ぶ。



ラ

舌が口蓋について離れる時にでる音。(→舌の上方への動き)

- ・舌を使って「ゴックン」と飲み込む。



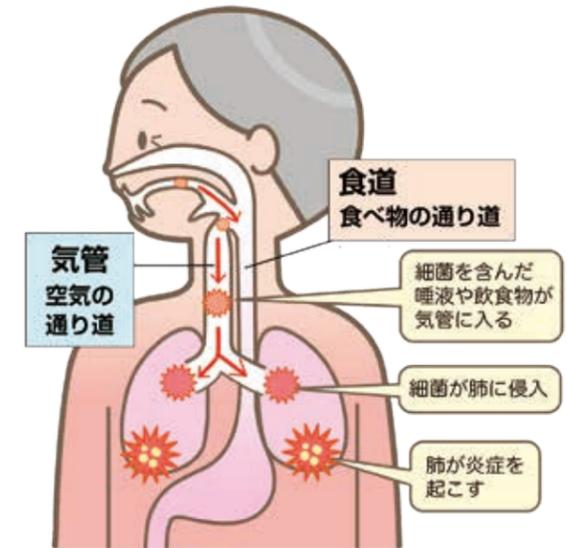
誤嚥性肺炎

高齢者に多い誤嚥性肺炎

誤嚥とは、唾液や水分、食べ物などが気管に入ってしまうことをいいます。細菌を含んだ唾液や水分、食べ物を誤嚥し、気管から肺に入り込むことで起こるのが「誤嚥性肺炎」です。

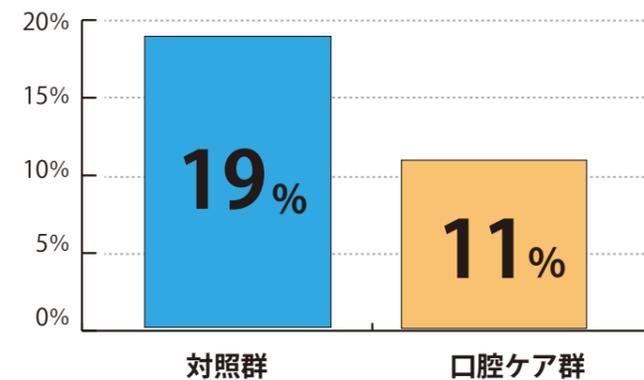
誤嚥

食道（食べ物の通り道）と気管（呼吸をする空気の通り道）は、咽頭（喉の奥）で交差します。飲食物や唾液を飲み込む際に気管の入口にある喉頭蓋（気管のふた）で閉鎖され、食べ物が気管に入るのを防ぎます。この「ふた」がうまく閉まらずに気管に入ってしまうと誤嚥が起こります。



口腔ケアは誤嚥性肺炎を予防する

2年間の肺炎発症率



口腔ケアを受けた方は
2年間の肺炎発症率が
低い

Yoneyama T, Yoshida Y, Matsui T, Sasaki H. Lancet354(9177),515,1999.

特に要介護高齢者は複数の病気をもっていることが多く、栄養状態も良くないことから、誤嚥性肺炎などの感染症は重篤化しやすい状態にあります。

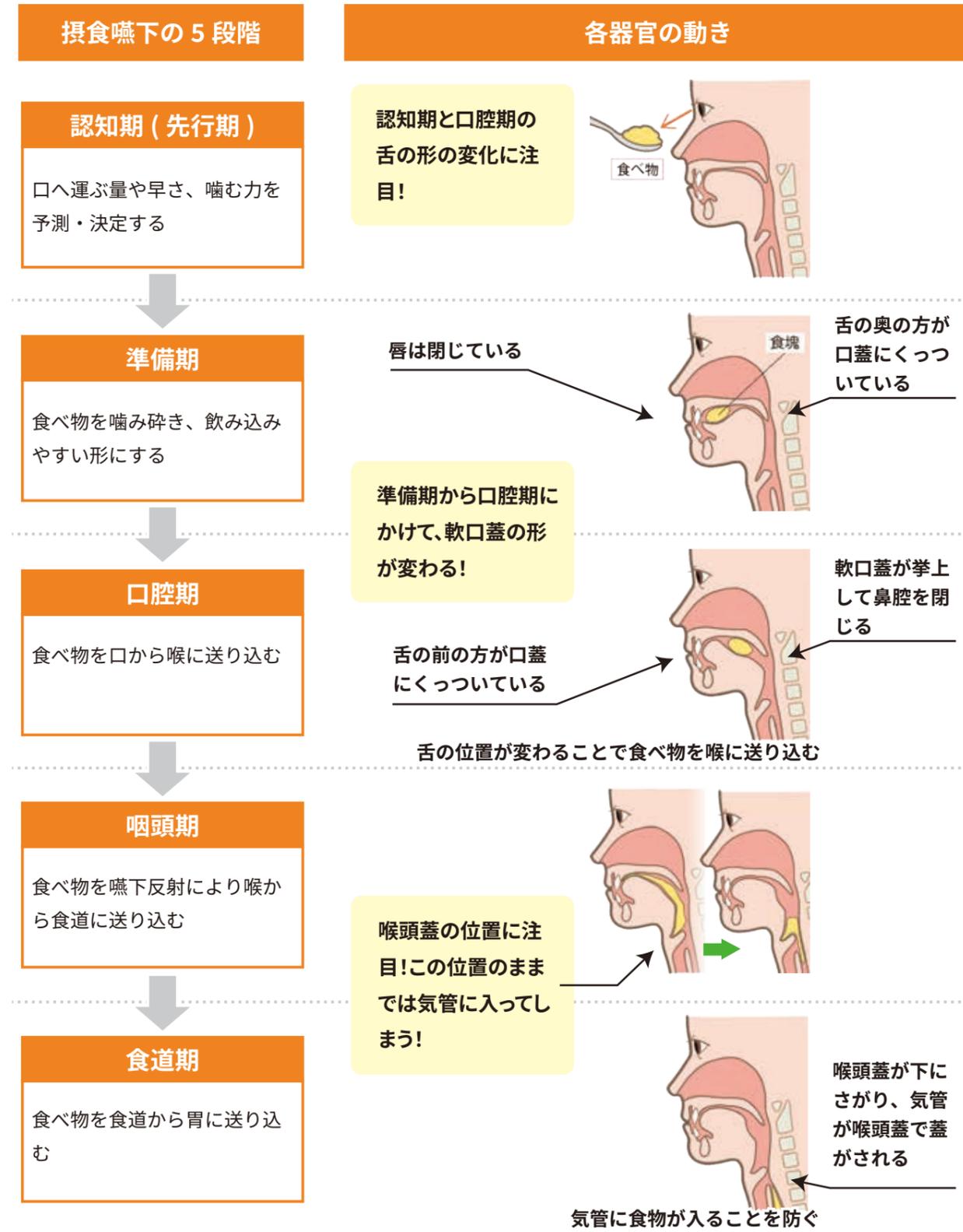
誤嚥性肺炎予防には、お口の中を清潔に保ち、お口の中の細菌数を減らすことが重要です。



摂食嚥下の一連の流れ

摂食嚥下とは？

食べ物を認識して口に取り込み、噛んで飲み込み、食べ物が胃に至るまでの一連の動き。



認知症重症度評価と関連した口腔機能管理の要点

FAST による認知症重症度評価と関連した口腔のセルフケアおよび摂食嚥下機能と口腔機能管理の要点

FAST	既存の FAST の特徴	口腔のセルフケアと口腔機能	摂食・嚥下機能	口腔衛生と食の支援の要点
正常	1 認知機能低下は認められない	自立している	正常	特に支援なし
年齢相応	2 物の置き忘れを訴えるが、年相応の物忘れ程度	おおむね自立している	正常	料理の手順等への支援
境界状態	3 日常生活のなかで、これまでやってきた慣れた仕事（作業）は遂行できる。一方、熟練を要する複雑な仕事を遂行することが困難。新しい場所に出かけることが困難	一見自立しているが、セルフケアの精度は低下している	正常	新しい清掃用具を導入する場合は支援が必要
軽度	4 夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をする程度の仕事でも支障をきたす。例えば、買い物で必要なものを必要な量だけ買うことができなかったり、誰かがついていないと買い物の勘定を正しく払うことができない。入浴や更衣など家庭内での日常生活は概ね介助なしで可能	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。誘導が必要。ガーグリング、リンスは自立している	大きな問題はないが、咀嚼が不十分になりがちのまま食べている	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が障害となり困難な場合が多い
中等度	5 買い物をする一人ではできない。自動車の安全な運転ができない。明らかに釣り合いのとれていない組合せで服を着たり、季節に合った洋服を自分で適切に選ぶことができないために、介助が必要となる。毎日の入浴を忘れることもある。入浴させるときにもなんとなくだめすかして説得することが必要なこともあるが、入浴行為は自立している。感情障害や多動、睡眠障害がある	口腔清掃を一人で遂行することは困難。誘導や介助が必要。義歯をしまいこんで紛失することがある。ガーグリングが困難になる	口腔の巧緻性の低下、咀嚼運動の協調性の低下、咀嚼力低下が起こり始める。目の前に食べ物があると食べてしまうことがある	口腔清掃行為の誘導に拒否が起こらないように、本人のリズムに合わせる必要がある。義歯紛失に注意が必要。食事の様子の変化を注意深く観察し、提供方法を工夫する
やや高度	6a 寝巻の上に普段着を重ねて着てしまう。靴ひもが結べなかったり、ボタンを掛けられなかったり、左右間違えて靴を履いてしまうことがある	口腔清掃に介助が必要。ガーグリングが困難だがリンスは促せば自立している	食べ物の種類に合わせた食べ方が困難になり、機会誤嚥が生じる	食事中、咀嚼せずに丸呑みしたり頬張りすぎないように食具の大きさなどに配慮する
	6b 入浴時、お湯の温度・量を調節できなくなり、体もうまく洗えなくなる。浴槽に入ったり出たりすることもできなくなり、風呂上がりにきちんと体を拭くことができない。風呂に入りたがらない、嫌がるという行動がみられることもある	歯ブラシの使用が困難になってくる。口腔清掃をしたがらない	嚥下の協調運動が困難なことがある。隣人の皿から食べることがある	口腔清掃を誘導し、必要があれば介助清掃するが、介助の導入は配慮が必要。食事の提供の仕方、食具に配慮が必要
	6c トイレで用を済ませた後、水を流すのを忘れたり、拭くのを忘れる。用便後に服をきちんと直せなかったりする	口腔清掃をしたがらず、複雑な義歯の着脱、取り扱いが困難になる	口腔内での食物の処理、食塊形成が的確にできず、食形態によってはむせるようになる	食形態に配慮が必要。義歯の着脱の支援が必要。口腔清掃の介助は本人のリズムに配慮して行う
	6d 尿失禁、適切な排泄行動が起こせないことがある	うがいの水を飲んでしまうことがある。口腔清掃の介助を嫌がる	食形態によっては飲み込みできない。口唇閉鎖機能が低下しはじめる	理解力低下に伴う口腔清掃介助拒否に配慮し、セルフケアも促しながら介助を行う
	6e 便失禁、攻撃的行動、焦燥などがある	口腔清掃の介助を嫌がる。簡単な義歯の着脱も困難になる	舌運動機能低下があり、食べ方と嚥下機能の協調の不整合による誤嚥が認められる	口腔清掃はセルフケア後に介助する必要がある。嚥下機能に合わせて食形態を変更する
高度	7a 言葉が最大限約 6 語程度に限定され、完全な文章を話すことがしづらくなる	セルフケア困難。コップを渡してもリンスが困難で、しばしば水を飲んでしまう	口腔筋、特に舌の巧緻性の低下がより著しい。食事介助に拒否がある場合もある	口腔清掃はすべて介助する必要がある
	7b 理解し得る言葉が限定され、発語も限られた1つ程度の単語となる	リンス不可	水分嚥下困難になる。嚥出反射が起こりにくく、弱い咳しか出せない	口腔感覚の惹起を目的に、食事前に口腔ケアを行う。水分の誤嚥に配慮する
	7c 歩行能力の喪失、歩行のバランスがとれない、拘縮がある	義歯使用困難になる。介助清掃時の水分でむせる	舌圧低下、嚥下反射が遅延し、水分嚥下時にむせる。嚥出はあっても弱く、肺炎リスクがある	誤嚥に留意して、姿勢に配慮してケアを行う。食事に介助が必要で、一口量、ペースに配慮する
	7d 着座能力の喪失、介助なしで座位を保てなくなる	口腔清掃時の水分や唾液も誤嚥しやすいため、介助清掃では水分の拭き取りが必要	唾液でも誤嚥する。嚥出が困難で、リクライニング位にする必要がある。食欲低下がある	介助口腔清掃時の水分は咽頭に侵入しないように拭き取る。食事介助は疲労を避けて、補助栄養も検討する
	7e 笑う能力の喪失	セルフケア不可能。口腔乾燥があり、積極的な保湿の必要がある	口腔筋は弛緩しがちで、口腔乾燥しやすく、さらに呼吸機能低下、嚥出困難がある	口腔機能の低下から口腔乾燥になりやすく、積極的に保湿する必要がある
	7f 無表情で寝たきり		常に唾液の誤嚥がある	介助の口腔清掃は疲労を避けるように行うことが必要。積極的に保湿する必要がある

本間 昭, 白井 樹子: 痴呆症学 高齢社会と脳科学の進歩 臨床編 病期(ステージ)分類 Functional Assessment Staging (FAST). 日本臨床 61 (増 9) : 125-128, 2003. より
枝広あや子, 平野浩彦, ほか: 認知症重症化にともなう口腔関連機能の変遷 - Functional Assessment Staging (FAST) を基準にした検討 -. 老年歯科医学 29 : 176-177, 2014.

原因疾患別の障害部位と食に関する症状

原因疾患	脳の障害部位 (委縮の始まる部位)	神経心理学的症状 (代表的なもの)	臨床的な課題 (特に食事に関する代表的なもの)	対応の要点
血管性認知症	脳血管障害の部位による (巣症状)	左脳：失語 右脳：空間認知障害 ※運動野：麻痺 (※は認知機能障害ではなく神経症状)	言葉の指示の理解が難しい 部分的に注意をむけられない 食事動作がうまく出来ない 飲み込みがうまく出来ない (障害部位により個人差が大きい)	ADLの障害と理解力・記憶力の障害が伴わないことが多いため、それぞれのアセスメントを適切に行い、注意して対応する。
アルツハイマー病	側頭葉内側 (海馬)	記憶障害	過去のエピソードを丸ごと忘れる (食べたことを忘れる)	物忘れの不安により質問が多い時でも真摯に対応する。
	前頭葉	実行機能障害	(食べる) 行為の組み立てに混乱する	混乱している時は、さらなる混乱を避けるように穏やかに丁寧に対応する。
	側頭頂	失認 失行 失語	食べ物を食べ物だと認識できない 食具の使い方がわからない 言葉の指示、特に長文の理解が難しい	行う指示は一度に1つ、短く簡単な言葉で伝える。使用物品、使う動きを見せて行動を促す。
前頭側頭型認知症	前頭葉	脱抑制 時刻表的行動・常同行動	他の人の食べ物でも食べてしまう 早食、かきこみ食、立ち去り行動 いつも同じ食べ物を同じ時間に食べる	他の人の食べ物を食べてしまう場合は“禁止”よりは“別のものに誘導”するように促す。早食は小分けにして提供する、ゆっくり咀嚼するように模倣を取り入れ促す。
	側頭葉	失語	言葉のコミュニケーションがとりにくい	使用物品を見せる、模倣を促す。
レビー小体型認知症	後頭葉	視空間認知障害 幻視	口と食具の位置関係がうまく調節できない 食べ物に虫が入っているように見える	動作の不自由さをさりげなく支援する。幻視は本人にとっては真実であることを認識し、よく話を聞いたうえで本人の納得のいく対応をとる。照明の調節やメガネの使用により幻視機会が減る。
	※黒質変性	※錐体外路症状	※パーキンソン症状、嚥下機能低下、流涎	早期より嚥下機能アセスメントを継続的に行い、抗パーキンソン薬の血中濃度や症状の日内変動に注意して対応する。
	特定の神経システムの障害	認知機能・覚醒の変動 うつ・アパシー	はっきりしている時とぼんやりしている時がある	食事の覚醒レベルの低下は嚥下障害を悪化させるため、一旦食事を中止し、覚醒しているときに提供する。

枝広あや子. 認知症の基礎知識：原因疾患別の症状. 認知症の人の「食べられない」「食べたくない」解決できるケア. P21, 日総研出版, 愛知県, 2016. を改変引用

食事中の困りごと

加齢とともに衰えるお口の機能

食べ物を認識して口に取り込み、噛んで飲み込み、食べ物が胃に至るまでの一連の動き、摂食嚥下機能は、唇や歯、舌や喉や食道の筋肉などが連動して働いています。

老化や病気によって、摂食嚥下機能が低下すると、栄養状態が悪くなったり（低栄養）、水分や塩分（電解質）が不足して脱水状態になることもあります。

公益社団法人 日本歯科衛生士会「お口の健康の手引き」より

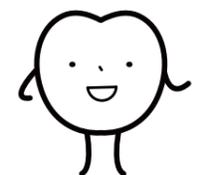
認知症の人が食べられない要因



認知症のお食事

認知症が進むと「自ら食べ始めることができない」「最後まで食べ続けることができない」「一口の量が多い・少ない」「むせる」など、食べることに必要な支援が必要になります。

このとき、初めから食事を介助摂食にしてしまうと、認知症の方は自ら食べる意欲を失い、やがて本当に食べることができない人になってしまいます。一方、認知症の人が**食べる力を発揮できるような環境を整えること**で、再びおいしく食べ続けることができることもあります。



食事の前に環境の改善をしましょう

身体の準備

- 十分な覚醒（意識障害がない）
- 痛み・かゆみ等の緩和
- 排泄が済んでいる
- 発熱、脱水などがない

食事の環境

提供される食事と食卓

- 混乱しない品数
- 認知しやすい色使い
- 素材感のわかる食形態
- 集中できる食卓
- わかりやすい食具
- []

環境の音や動く物

- テレビや周りの物音
- 動く者、動き回る人
- 視覚認知しやすい明るさ
- 食卓を囲む方々との相性
- 適正な室温と衣類
- []

適正な姿勢

安定する姿勢

- 頭が直立する
- 体幹と股関節、膝関節の角度が 90
- 背骨が床と垂直
- 足の裏が接地
- 嚥下時には顎をひくことができる
- []

食卓との関係

- 肩・肘に無理のない食卓の高さ
- 食卓と身体はこぶし一つ分離れる
- 奥の皿まで良く見える配膳位置
- []



自ら食べ始められるように

自分ですくうことができる場合

まず、以下の 3 点をお試しください

- 1 好物を提供し、お勧めする
- 2 利き手に食具（箸やスプーン）、もう片方の手に食器を持つよう支援
- 3 配膳方法の工夫：一品ずつ提供、ワンプレートに盛付

それで難しい場合は以下をご参照ください

配膳してもじっと座ったまま
食べようとしな

食べ物としての認知を高める工夫

- 1) 味覚の活用：ひと口だけ介助で味わう
- 2) 嗅覚の活用：香り立つ食材の配膳
- 3) なじんだ食器類の活用

食器を並べ替えるばかりで
食べようとしな

配膳方法の工夫

- 1) 一度に配膳する品数を減らす
- 2) ワンプレート方式：丼物や大皿に盛付
- 3) お弁当箱の活用

食卓上の、食物以外の者に手を触れ、
食べようとしな

食卓上の物品整理

筆立てや花瓶、人形など、食べ物以外の物品を置かない

スプーンなどを持ったり、食器に触れるが
食べる行為には至らな

慣れ親しんだ動作を活用する工夫

- 1) 食事の動作のきっかけを支援
- 2) おにぎりやサンドイッチなど道具を使わずに食べられる食物を用意

重度) 介助摂食の場合

口を開けようとしな、顔をそむける、
介助者の手を押し返す

食べ物としての認知を高める工夫

- 1) 好物の活用
- 2) 食物をすくったスプーンを下唇に触れる、舐めてもらう
- 3) 口角、頬を指で軽くトントンと触れる
- 4) 本人の手に介助者の手を添えて、食物を口に運ぶ動作を支援

口に食物を溜め込んだまま
飲み込まな

食べる行為を起動できるような工夫

- 1) 声かけ、やさしく身体に触れて気持ちを食事に戻す
- 2) 異なる食感や味覚（甘味・塩味など）、温冷を交互に介助（食事への注意維持）
- 3) 好物や冷たい物で飲み込みやすくする（嚥下反射を誘発）
- 4) 下顎を支えた動きの介助や、嚥下促進手技の活用（嚥下反射を誘発）



いったん口に入れた食物を
吐き出す

口腔内の原因の可能性

- 1) 痛みなど、食べたくない原因への対応
- 2) 食事時間の変更

自ら食べ始められるように

自分ですくうことができる場合

食事以外の刺激に注意が向き、
食べ続けられない（食事に集中できない）

食事環境の見直し

- 1) 過剰な刺激の除去：食事を中断する音、映像、人の足音、おしゃべりなど
- 2) 良い刺激の工夫：彩りよい盛り付け、食事ペースが同じ仲間との同席など
- 3) 食事への注意の戻し方
 - ① 「次は・・・を食べますか」等言葉かけ
 - ② 手を用いて視線を食材へと誘導
 - ③ 本人の手にやさしく触れる
 - ④ 本人の手に介助者が手を添え、背後から食べる動作を支援



食事中に居眠りしてしまい、
食べ続けられない

食事中にすっきり起きていられるための支援

- 1) 睡眠不足や疲れの解消
- 2) 食事時間帯の見直し
- 3) 睡眠薬等の見直し（医療機関に相談）

重度）介助摂食の場合

むせてしまい、
食べ続けられない

専門家に相談：嚥下機能障害の対応 むせを予防する介助

- 1) 本人のペースで食べることができるよう支援（咀嚼、嚥下の動作と、介助の協調でむせも減少）
- 2) 飲み込んだことを確認したうえで、次の一口を介助（介助摂食で詰め込まない）
- 3) 介助者のポジショニングの工夫（麻痺側から介助しない、視空間認知しやすい側から介助する、上方から介助しない）

食事が途中だが、
その場から立ち去る

立ち去る要因の調整

- 1) 立ち去る原因となる刺激物の除去
- 2) 薬剤による影響の確認
- 3) 本人の生活リズムに合わせて食事時間を設定

食事が不足する場合の工夫

- 1) 動きながらでも手に持って食べることでできる食べ物（おにぎり、パンなど）を用意
- 2) 移動ルートに食べ物を置く

むせてしまい、
食べ続けられない

専門家に相談：嚥下機能障害の対応

- 1) 食事前の適正な姿勢（ポジショニング）の支援
- 2) 飲み込みやすい食事形態の選択（冷たいゼリーやとろみ剤）の活用など
- 3) むせる食品の見直し：味付けの工夫や、好みの食べ物への変更
- 4) 休息と活動のバランスの調整、体力作りに向けた支援
- 5) 嚥下体操などリハビリテーション
- 6) 嚥下に集中できるよう配慮（飲み込んでいる最中に話しかけない、覚醒レベルに配慮する）



トレーニング



機能評価に基づいたトレーニングの選択例

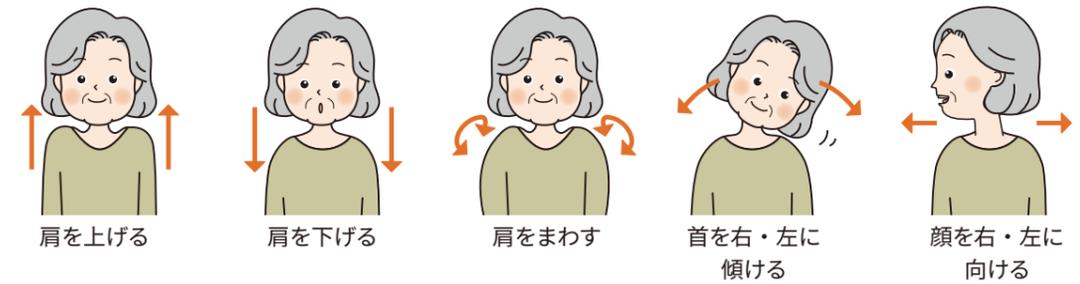
症状	摂食嚥下段階					訓練法
	先行期	準備期	口腔期	咽頭期	食道期	
口唇が閉まらない、食べこぼし、口から唾液が流れる、口唇・舌の動きが悪い、食事前に意識がはっきりしない	○	○	○			口腔体操 パカラ体操 早口言葉
開口してくれない、嚥下反射のタイミングが遅れる、意識が低下、指示に従えない		○	○			のどアイスマッサージ
飲み込む動作ができない、喉へ送り込まれた食物を上手く飲み込むことが困難				○		嚥下反射促進手技
かすれた声が出る、声が異常に小さい、発声継続時間が短い				○		プッシング・プリング 声帯強化訓練
飲み込む時にむせる、咽頭への送り込みのタイミングが遅れる				○		息こらえ嚥下
喉へ送り込まれた食物を上手く飲み込むことが困難、喉に食べ物が残る				○		シャキア法 嚥下おでこ体操

① 口腔体操

摂食嚥下とは？

- お口周りや頬の筋力を高めることで、食べこぼしや、逆に食べ物が口に残ってしまうことを防ぎます。
- お口周りの筋肉の働きによって、円滑な咀嚼が行われます。

肩と首の体操



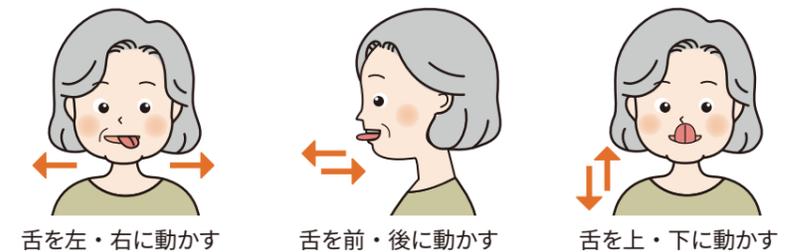
口の周囲の体操



頬の運動



舌の体操



② 唇・頬・舌のマッサージ

お口周りの器官の筋力・拘縮・感覚などの低下を予防し、お口の機能向上を目的とします。



1 頬を回す



2 頸部をマッサージ



3 下唇の下を回す



4 口角をはさんで



引き延ばしパットはなす



5 口唇をはさんで放す



6 口唇の縁に沿って外へ広げる



7 口唇の縁に沿って内へ縮める



8 口角から指を入れ伸ばす



9 頬を膨らませるように



外へ押し広げながら伸ばす

嚥下障害ってなあ〜？摂食・嚥下障害でお困りの方へ - その対策を中心として - :
<http://members.tripod.co.jp/kagawads/index.html> を参考に作成

③ パタカラ体操

食べ物を上手にのどの奥まで運ぶ一連の動作を鍛えるための、発音による運動です。



パ 口唇を閉じる



タ 口蓋に舌先をつける

ぱ・ぱ・ぱ・ぱ・ぱ(×3)
 ばばばば(×3)
 た・た・た・た・た(×3)
 たたたた(×3)
 か・か・か・か・か(×3)
 かかかか(×3)
 ら・ら・ら・ら・ら(×3)
 らららら(×3)



カ 口蓋の奥に舌の付け根付近をつける



ラ 巻き舌にして口蓋に押し当てる

始めは、各々ゆっくり一息で1回ずつ5回の発声を3回、次に、速く一息で5回の発声を3回行います。

④ 唾液腺マッサージ

三大唾液腺を刺激することにより、唾液の分泌を促進します。

耳下腺への刺激	顎下腺への刺激	顎下腺への刺激
		
目安：10回	目安：各5回	目安：10回
人差し指から小指までの4本を頬にあてて、上の奥歯あたりを後ろから前に向かって回します。	親指をあごの骨の内側のやわらかい部分にあて、耳の下からあごの下まで5ヶ所くらいを順番に押します。	両手の親指の腹で、あごの真下から舌を突き上げるようにゆっくり押します。

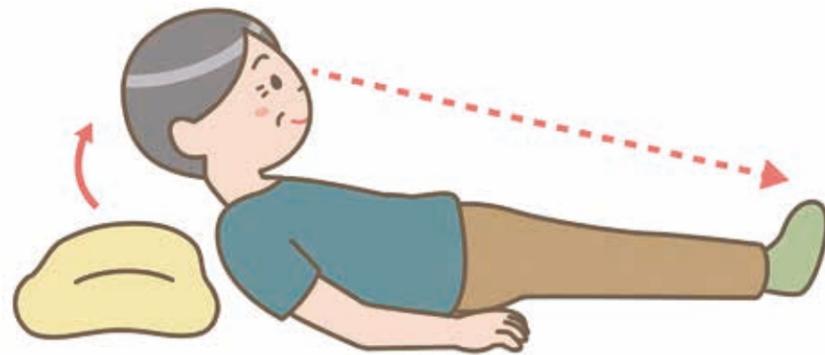
力を入れると、たくさん唾液が出るわけではありません。
 あまり強く押しすぎないようにしましょう！



公益社団法人 日本歯科衛生士会「お口の健康の手引き」より引用

⑤ シャキア法 (Shaker exercise)

食道のまわりの筋肉を強化して、喉頭の前上方運動を改善して食道入口部の開大を図り、食べ物が食道に入りやすくします。



ポイント

- 喉頭の挙上を強化する
- 食道の開きを改善する
- 前頸部の筋の訓練
- 循環器や脳血管系に障害がある方は慎重に行いましょう
- 頭部の挙上時間、回数は徐々に増やすようにしましょう

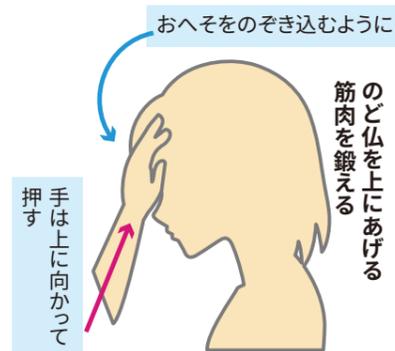
1. 固いマットなどに仰向けになって寝て、**アゴを胸に近づけるようにして**後頭部を持ち上げ、疲れない程度で30秒くらい保持します。この時に肩がマットから上がらないように注意しましょう。
2. 休憩を入れながら5～10回繰り返します。
3. 腹筋を使わないで、口はしっかり閉じ、舌先を上あごに押し付けるようにしましょう。

! 負荷が大きいため、症例によって適宜、強度や頻度を調節する必要があります。

⑥ 嚥下おでこ体操 (シャキア法と同じ効果)

食道のまわりの筋肉を強化して、喉頭の前上方運動を改善して食道入口部の開大を図り、食べ物が食道に入りやすくします。

毎食前：5秒間 × 10回



ポイント

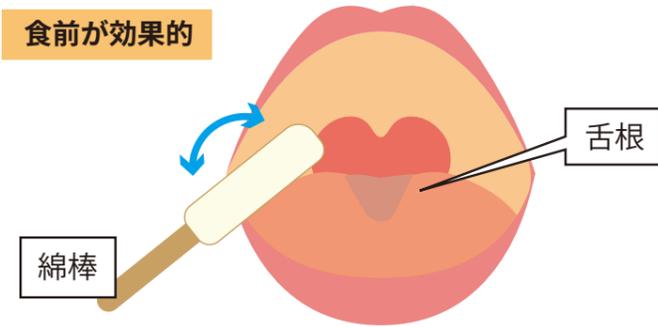
- 座った状態で姿勢を正します。
- 左右どちらの手でも良いので、おでこに手のひらを縦に当てます。頭が動かないように手で押さえながらおへそ部分を見るようにします。
- 手のひらとおでこで押し合いを5秒間行います。
- 嚥下おでこ体操は1日3回程度を行います。
- 反対の手でのど仏の上を触り、筋肉が硬くなっているのを確認しましょう。

1. 持続訓練：ゆっくり5つ数えながら持続して行います。
2. 反復訓練：1から5まで数を唱えながらそれに合わせて下を向くように力を入れます。

⑦ 喉のアイスマッサージ

嚥下反射(飲み込みの反射)の誘発を促します。お口の中を刺激し、唾液の分泌を促進します。

食前が効果的



綿棒の作り方

- ① カット綿(7×7)くらいのを割り箸(半分程度に折ったもの)に巻きつけます。水を含ませ、軽くしぼって凍らせます。
- ② 水を含ませ、軽くしぼって凍らせます。



手順

凍った綿棒に少量の水をつけて、舌の先から、少しずつ中へ触れ、舌根、前口蓋弓、軟口蓋を撫でたり押ししたりしてマッサージします。

⑧ 息こらえ嚥下法

嚥下と呼吸の協調性・タイミングを整えて、誤嚥を起こしにくい嚥下方法(飲み込みかた)を習得するための訓練です。



③と④の間で息を吸わないことが大切です

- 10～20回繰り返します。
- 大きな深呼吸、強い息こらえのどの奥を強く締めるようにしましょう。
- 可能であれば舌の奥が上の顎に着くまでのどを締めましょう。
- 口の中が乾いてしまう場合は、1回に1ml程度の水を用いるか、口腔内保湿剤を使うとよいです。

⑨ 声帯強化訓練

声帯の動きを良くし、気道の入り口を閉じる動き（咽頭閉鎖）を良くすることによって誤嚥を防ぐ訓練です。



- 壁や机を押しながら力を込めて「エイ」「ヤ」など、喉を閉めやすい声を出します。力強い声を出すことが重要です。
- 5～10回を1セットとし、1日2～3セット行います。

声門閉鎖を強化します。座位の場合、テーブルなどに手を添え「ふんばる姿勢」で行います。

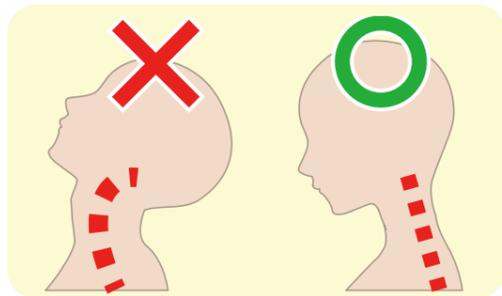
5

認知症の人の歯科治療

⑩嚥下反射促進手技

飲み込みに関わる筋肉に対し、頸を軽く擦ることで嚥下反射（飲み込みの反射）を促します。

- のど仏の両脇に指を当てて、顎の方へ指で皮膚を下から上へ、4・5回摩擦します。
- 皮膚をつまんだり、あまり強く押さないようにして下さい。
- 頸を後ろに反らせないようにして下さい。



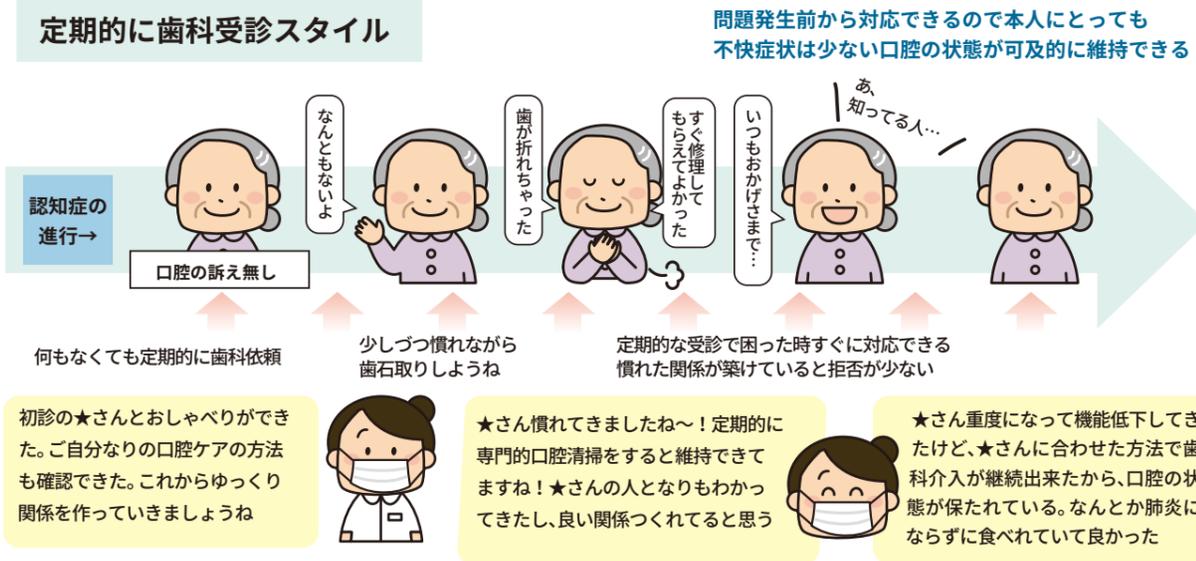
認知症の人の歯科治療

定期的な関わりが豊かな生活につながる

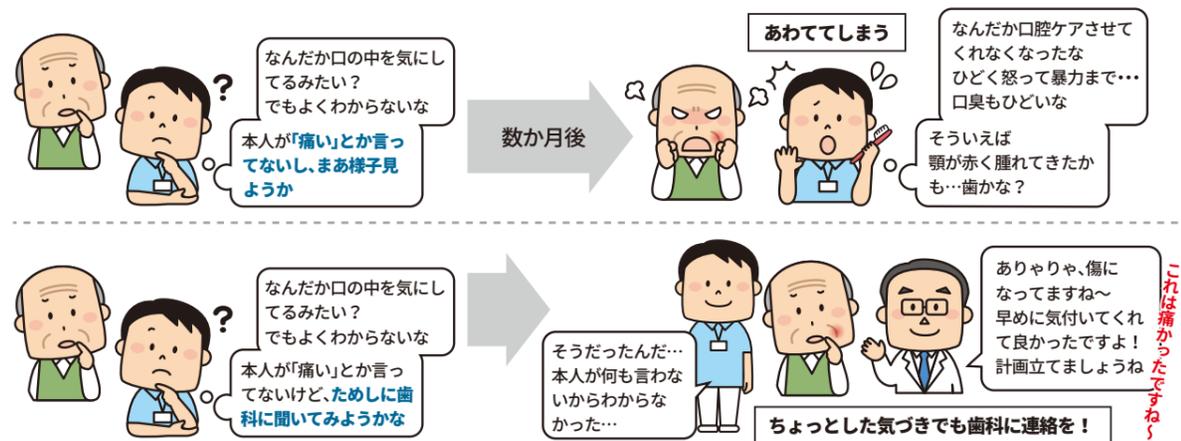
痛い時だけ歯科受診スタイル



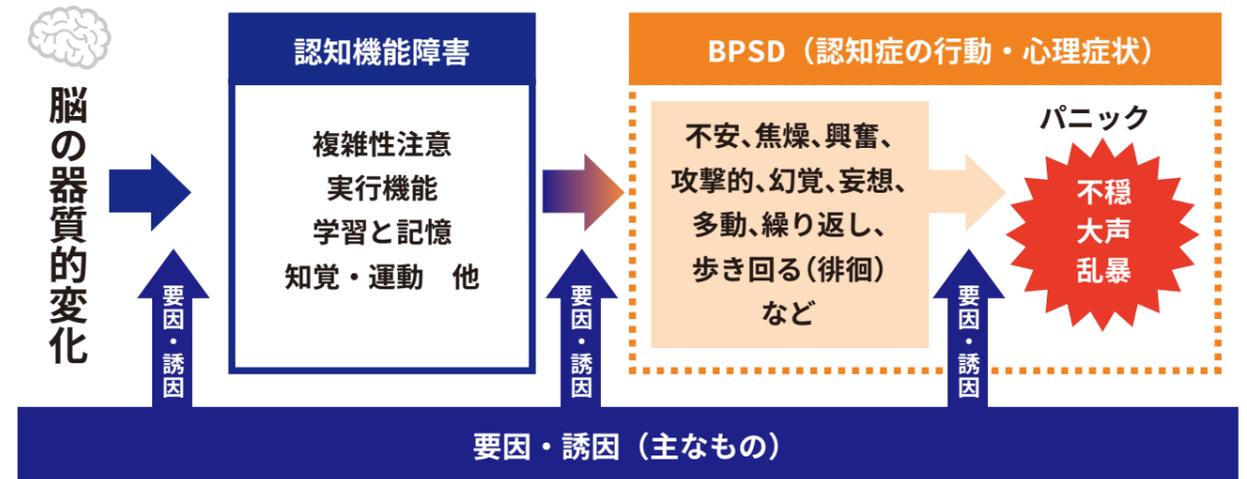
定期的に歯科受診スタイル



ちょっとした気づきでも専門家の手を借りよう!



歯科診療の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因



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

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
平成 27 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業「歯科医師認知症対応力向上研修テキスト」より引用

認知症の人に歯科治療を行う上で必要な視点

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

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

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

歯科医療機関で起こる BPSD に対する対応

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	治療行為への不安
<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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、理解を促してからの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

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、身体疾病の悪化の聞き取り

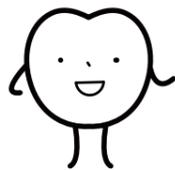
これからの対応を検討する

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

不安になるようだ、でもどうしよう

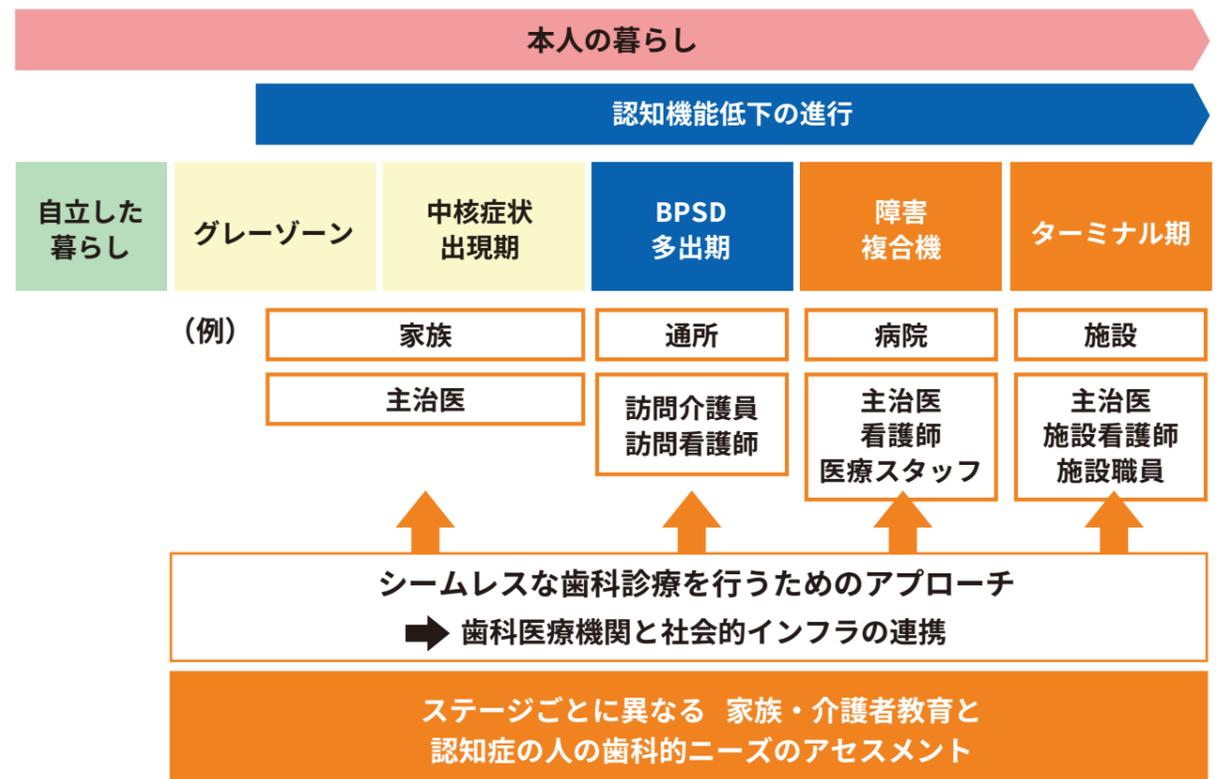
- 顔や姿を見せてから声をかける
- 無言で作業しない
- 知り合いアピール(世間話)
- 注意を惹き続ける(実況中継)
- 見守る・声をかける
- 言葉+視覚情報でわかりやすく
- 混乱の渦に陥れない

認知症による症状を
フォローして歯科治療を継続



出典：枝広あや子・平野浩彦、認知症患者 y の口腔を守る歯科治療 Part3 実例から見る認知症と歯科 - 地域の開業医がおさえおくべき知識・対応法 -, デンタルダイヤモンド; 2015 年 12 月号, 38-47, 2015.

継続的な口腔管理の必要性と治療計画の立案



認知症の人への歯科診療方針

認知症の人と歯科診療のつながりを継続させる

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

認知症 軽度	十分な配慮により治療は可能だが、いずれ治療困難になることを踏まえて予知的な治療を行う
認知症 中等度	理解力低下により拒否的になる可能性もあるため、心理的負荷がかかる治療は十分な配慮が必要
認知症 重度	治療困難な場合は、可及的に QOL を重視した治療を重視する。その時点での口腔機能・衛生の維持に配慮

本人と家族の歯科訪問診療のニーズ

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動的サポート

歯科訪問診療実施上の留意

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

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

歯科訪問診療実施上の多職種連携の意義

- 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

治療計画とケアの計画の立案のしかた

計画立案時のアセスメントポイント

- ▶ 本人の自己決定は、希望はどうか
- ▶ 認知症の進行の程度は
- ▶ 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）
過敏、医療機器による恐怖の程度

- ▶ セルフケア（ブラッシング等）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、時間や経済的など社会経済的状況
- ▶ 家族や介護者の医療に関する理解、継続的な情報提供の必要性
- ▶ 家族やケアスタッフの心身状態

患者の自己決定を尊重した上で、

患者の病状
（必要とされる負担治療に耐えられるか？）と

家族の予備力
（何ヵ月通えるか？意思が揺らぐ可能性はあるか）

をアセスメントし、
治療にかかる時間と回数の配慮のうえ、
治療内容を判断する

患者の希望

実現可能な治療

最大限の効果が
得られる治療

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

5

介護保険における居宅系口腔衛生関連サービスについて



介護保険における居宅系口腔衛生関連サービス

	要支援1・2（予防給付）	要介護1～5（介護給付）
居宅・介護予防サービス	【居宅療養管理指導】	
	サービス内容：口腔清掃の指導、摂食嚥下訓練 サービス担当者：歯科医師、歯科医院の指示を受けた歯科衛生士 報酬単位数： （歯科医師）同一建物居住者以外の者（月2回限度） 同一建物居住者：（月2回限度） ※指定居宅介護支援事業者に対する情報提供は、必須条件 （歯科衛生士）同一建物居住者以外の者（月4回限度） 同一建物居住者（月4回限度）	
	居宅	
	【口腔機能向上加算】	
	サービス内容：口腔清掃の指導、摂食嚥下訓練 サービス担当者：歯科衛生士、看護師、言語聴覚士 報酬単位数：（予防給付） （介護給付）（月2回を限度）	
	通所	
	【選択的サービス複数実施加算】	
	サービス内容：運動機能向上/栄養改善/口腔機能向上プログラムを複数実施	
	通所	

居宅療養管理指導では医師や歯科医師、薬剤師などが居宅を訪問し、療養上の管理や指導をおこないます。

口腔機能向上加算は、口腔機能が低下している、またはそのおそれのある利用者に対して実施する口腔機能向上の取り組みです。



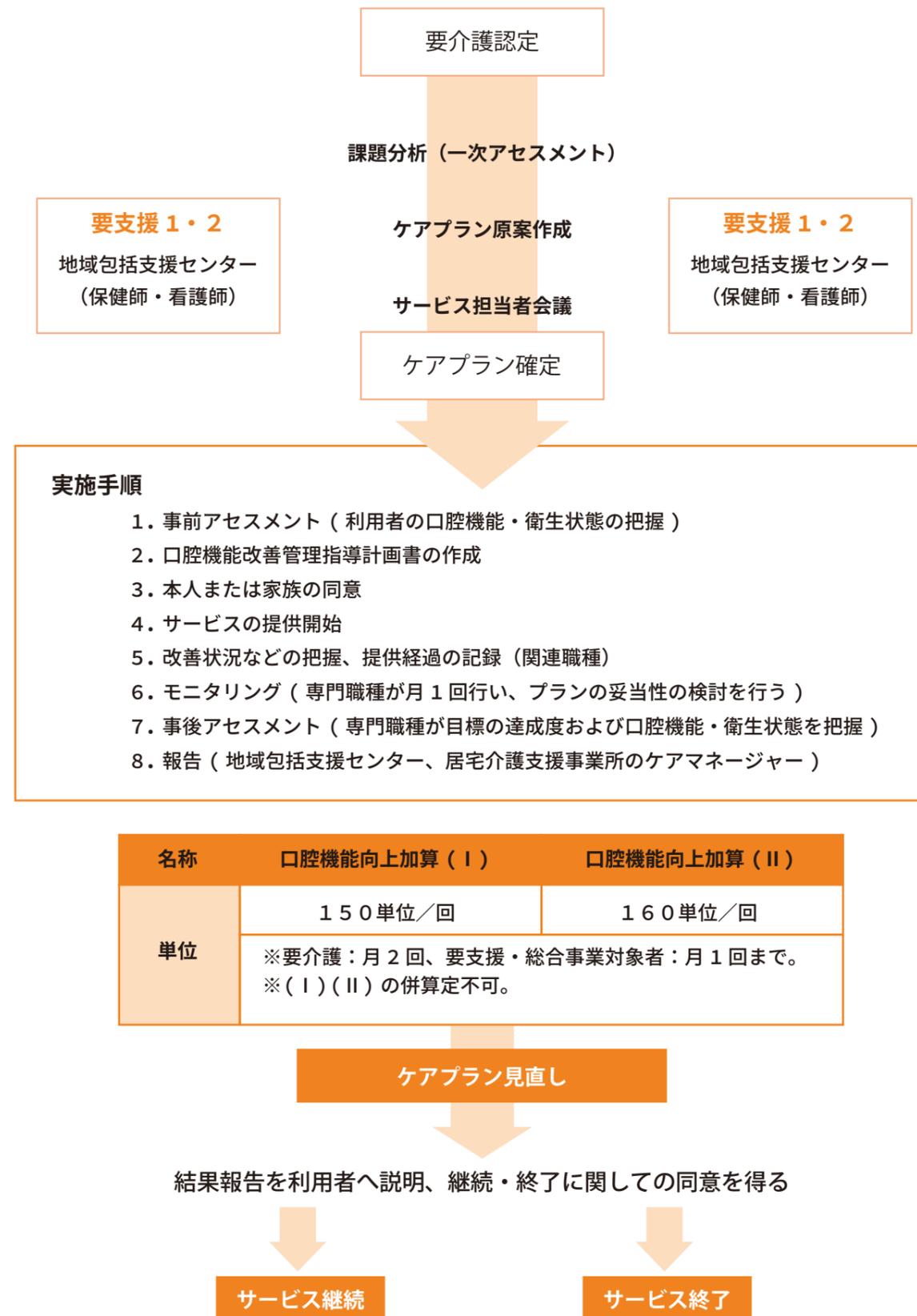
1) 口腔機能向上加算の対象となる人

1. 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者

基準		
嚥下	1. できる	常時、嚥下することに問題がなく、自然に飲み込める。
	2. 見守り（介護側の指示を含む）	飲み込む際に見守りや声かけ等が必要な場合であって、「できる」「できない」のいずれにも含まれない場合をいう。 食物の形状により、嚥下ができたりできなかったりする場合も含まれる。
	3. できない	常時、嚥下ができない、飲み込むことができないために、経管栄養、胃瘻や中心静脈栄養（IVH）等を行っている。
食事摂取	1. 自立	介助・見守りなしに自分で食事が摂れている場合をいう。 箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。
	2. 見守り（介護側の指示を含む）	介助なしに自分で摂取しているが、見守りや指示が必要な場合をいう。
	3. 一部介助	食事の際に（食卓で）、小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる等、食べやすくするために何らかの介助が行われている場合をいう。 食事の前に、厨房・台所できざみ食を作っている場合は、含まれない。
	4. 全介助	能力があるかどうかにかかわらず、現在自分ではまったくしていない（介助されている）場合をいう。自立して食事をしていない、スプーンフィーディング（食べ物を口に運んで食べさせる）、経管栄養、胃瘻や中心静脈栄養（IVH）の場合も含まれる。
口腔清掃	1. 自立	歯みがき粉を歯ブラシにつけて磨くことを、介助なしに自分で行っている場合をいう。日頃、歯みがき粉を使用しないが、口腔清浄剤を使用する場合は含まれる。
	2. 一部介助	歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯みがき粉を歯ブラシにつける等の準備、歯みがき中に見守りや指示、みがき残しの確認が必要な場合等、口腔清潔（はみがき等）の行為に部分的に介助が行われている場合をいう。
	3. 全介助	口腔清潔（はみがき等）の一連の行為すべてに介助が行われている場合をいう。介助が行われていないが、明らかに能力がない場合も含まれる。

※居宅療養管理指導の事業を行うことができるのは、病院、診療所、薬局等である。

2) 口腔機能向上サービスの具体的な流れ



名称	口腔機能向上加算（Ⅰ）	口腔機能向上加算（Ⅱ）
単位	150単位/回	160単位/回
	※要介護：月2回、要支援・総合事業対象者：月1回まで。 ※（Ⅰ）（Ⅱ）の併算定不可。	

参考：愛知県歯科衛生士会「口腔機能の向上のためのマニュアル」、横浜市歯科医師会「介護関係書類について」

1) 居宅療養管理指導の対象となる人

1. 居宅療養管理指導を受けられるのは、要介護1～5に認定されている65歳以上の高齢者。
2. 介護保険に加入している40歳～64歳で、パーキンソン病や関節リウマチ、末期がんなどを含む全部で16種類の特定疾病のいずれかにより要介護認定を受けた人。

2) 各職種が行う指導の概要

医師又は歯科医師

- 計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づいて実施
- 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要の情報提供
- 居宅要介護者や家族等に対する、居宅サービスを利用する上での留意点や介護方法等についての指導及び助言
- 訪問診療又は往診を行った日に限る

薬剤師

- 医師又は歯科医師の指示に基づいて実施される薬学的な管理及び指導
- 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要の情報提供

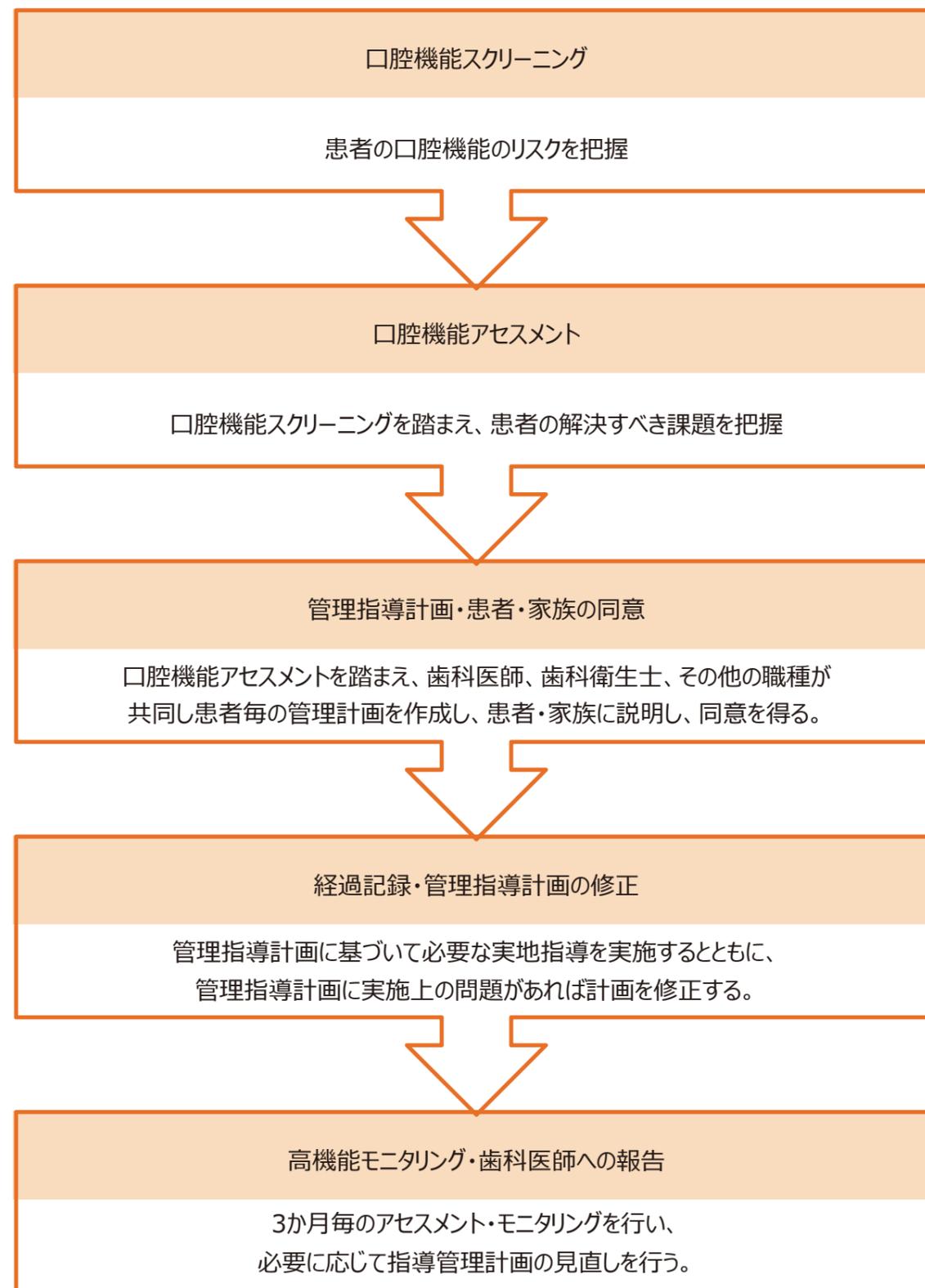
管理栄養士

- 計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を30分以上行う

歯科衛生士等

- 訪問歯科診療を行った歯科医師の指示及びその歯科医師の策定した訪問指導計画に基づいて実施される口腔内や有床義歯の清掃又は摂食・嚥下機能に関する実地指導

2) 口腔機能向上サービスの具体的な流れ



https://gerodontology.dental-plaza.com/guide_02-6/
MORITA DENTAL PLAZA よく分かる「高齢者歯科・訪問診療」を参考に作成

必要な書類（令和3年度介護報酬改定版）

資料Ⅰ

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所
担当 殿

医療機関名
医療機関所在地
電話番号
FAX番号
歯科医師氏名

基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	-
	明・大・昭 年 月 日生(歳)			

利用者の病状、経過等

(1) 情報提供の目的

(2) 病状、経過等

口腔衛生状態不良

う蝕等

歯周病

口腔粘膜疾患（潰瘍等）

義歯の問題（ 義歯新製が必要な欠損 義歯破損・不適合等）

摂食・嚥下機能の低下

口腔乾燥

その他（ ）

配慮すべき基礎疾患（ ）

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 必要な歯科治療

う蝕治療 冠・ブリッジ治療 義歯の新製や修理等

歯周病の治療 口腔機能の維持・向上 その他（ ）

(2) 利用すべきサービス

居宅療養管理指導（ 歯科医師、 歯科衛生士） その他（ ）

(3) その他留意点

摂食・嚥下機能 誤嚥性肺炎 低栄養 その他（ ）

(4) 連携すべきサービス

特になし あり（ ）

→ 必要な支援（ ）

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項

(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援

社会生活面の課題 特になし あり

()

→ 必要な支援（)

(3) 特記事項

資料Ⅱ

歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画

歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画

1 基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	明・大・昭 年 月 日生 (歳)	男 ・ 女
食形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取(<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j)) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり(発症日:令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし		

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6ヶ月以内の状況について記載すること。

2 スクリーニング、アセスメント

記入者・記入年月日	(氏名)	令和 年 月 日
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない

(以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施)

歯科疾患等	歯数	() 歯
	歯の問題(う蝕、破折、脱離等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯周病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	粘膜の問題(潰瘍等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の問題(不適合、破折)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項		

3 居宅療養管理指導計画

利用者家族に説明を行った日 令和 年 月 日

初回作成日	令和 年 月 日	作成(変更)日	令和 年 月 日
記入者	歯科医師: 歯科衛生士:		
目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患(<input type="checkbox"/> 重症化予防 <input type="checkbox"/> 歯科治療) <input type="checkbox"/> 口腔衛生(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃 技術の向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能(<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善)		
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導		
訪問頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他()		
関連職種との連携			

4 実施記録

訪問日	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分	実施者
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設(有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム)	
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分	
実地指導の要点	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導	
解決すべき課題	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他()	
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導() <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示()	

資料III

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生まれ 歳
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (<input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 2-2、 <input type="checkbox"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 1j、 <input type="checkbox"/> 0t、 <input type="checkbox"/> 0j)) <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり (発症日：令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

		令和 年 月 日
		記入者：
		<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	<input type="checkbox"/> 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

2 口腔機能改善管理計画

作成日：令和 年 月 日

計画立案者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
目標	<input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 音声・言語機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施内容	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）

3 実施記録

実施年月日	令和 年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
その他（ ）	<input type="checkbox"/> 実施

4 その他特記事項

--

資料IV

口腔機能向上加算の実施記録

別紙様式1-6

口腔機能向上加算の実施記録

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生まれ 歳
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取(<input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (<input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 2-2、 <input type="checkbox"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 1j、 <input type="checkbox"/> 0t、 <input type="checkbox"/> 0j))、 <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり (発症日：令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

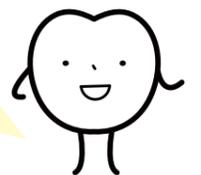
1 実施記録

実施年月日	令和 年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
その他（ ）	<input type="checkbox"/> 実施

2 その他特記事項

--

歯科衛生士等による居宅療養管理指導は、口腔内や義歯の清掃などの口腔衛生や摂食・嚥下機能などの口腔機能に関する実地指導を行い、指導内容等を定期的に記録することになっているが、その様式は、原則として口腔機能向上加算の様式例を準用することになっており、口腔機能に関する欄が多く、口腔衛生に関する欄が少なくなっています。



資料I～IVは、厚生労働省のホームページからダウンロードできます。



https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

厚生労働省 ▶ 令和3年度介護報酬改定について ▶ 介護報酬改定に関する通知等

6

事例



寿松男さん(83歳)のケースを考えてみましょう!

～居宅療養管理指導～



事例

寿松男さんのケースを考えてみよう!

食事後に痰がらみが多く、お茶で頻回にむせるため、うすイトロミをつけて提供している。1年前と比べて、食べこぼしも見られ、食事に時間がかかるようになっている。サービス利用中は、表情も乏しく、自発的な会話はほとんどない。

既往歴：アルツハイマー型認知症、高血圧
服薬状況：ノルバスク
認知症高齢者の日常生活自立度 III a



記入例

歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画

1 基本情報

利用者氏名	(ふりがな) ことぶき まつお 寿 松男	明・大・昭 11年 1月 1日生 (86歳)	男 女
食形態	<input checked="" type="checkbox"/> 経口摂取 <input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり (発症日: 令和 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> なし		

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6ヶ月以内の状況について記載すること。

2 スクリーニング、アセスメント

記入者・記入年月日	(氏名) 渋谷 花子	令和 4 年 3 月 31 日
口腔衛生状態	口臭	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の汚れ	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌苔	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	食べこぼし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌の動きが悪い	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	痰がらみ	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない

(以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施)

歯科疾患等	歯数	() 歯
	歯の問題(う蝕、破折、脱離等)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯周病	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	粘膜の問題(潰瘍等)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の問題(不適合、破折)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	デイでの活動中は自発的な会話はほとんどない。表情も乏しい。 痰がらみが多く、お茶でむせこみあり。残根部については特に痛みはないとのこと。	

○専門職による口腔内診査 (平成 4 年 3 月 31 日)





寿 松男さんのケースを考えてみよう！

開始時の記入例

3 居宅療養管理指導計画

利用者家族に説明を行った日 令和4年4月5日

初回作成日	令和 4 年 4 月 4 日	作成(変更)日	令和 年 月 日
記入者	歯科医師: 平野太郎 歯科衛生士: 洪沢花子		
目標	<input checked="" type="checkbox"/> 歯科疾患(<input checked="" type="checkbox"/> 重症化予防 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科治療) <input checked="" type="checkbox"/> 口腔衛生(<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃技術の向上 <input checked="" type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等) <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能(<input type="checkbox"/> 維持 <input checked="" type="checkbox"/> 改善)	<input checked="" type="checkbox"/> 食形態(<input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input checked="" type="checkbox"/> 栄養状態(<input type="checkbox"/> 維持 <input checked="" type="checkbox"/> 改善) <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他()	
実施内容	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導	<input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他()	
訪問頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他()		
関連職種との連携	デイでの食事前の体操やセルフケアの声掛けや促し、食形態や摂取量の情報共有		

4 実施記録

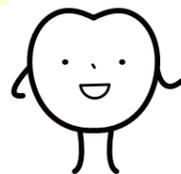
訪問日	令和 4 年 4 月 8 日 13 時 00 分 ~ 13 時 50 分	実施者	洪沢花子
訪問先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設(有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム)		
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り 令和 4 年 4 月 8 日 13 時 10 分 ~ 13 時 45 分		
実地指導の要点	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導	<input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他()	
解決すべき課題	セルフケア、口腔体操の習慣化		
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導() <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示()		

このケースでの介入のポイント

- 松男さんは、自発的な口腔清掃の意欲がなく、介護者の介助に対する拒否もあるため、清掃状態も不良です。
- 食事時間の延長は、痰がらみやムセなど、口腔機能低下の影響が考えられます。
- 外れかかっている右下のブリッジについては、歯科治療が必要となるため、歯科医師による治療が必要となります。
- 本人の意欲を引き出すことをメインに、専門職は、本人の残存能力をふまえた口腔清掃指導を行うとともに、ご本人のケアでは限界のあるブリッジ周囲や孤立歯など特にブラーク除去に技術を要する部位については集中的に口腔衛生管理（口腔ケア）を行います。
- 関連職種は、口腔体操を実施するとともに、口腔清掃に関する声かけをおこない、本人の自発性を促します。

期待される効果

- ・パタカラ体操や舌体操を実施することで、舌の運動機能向上の効果を期待する。
- ・ムセこみが見られるため、口腔体操に加え、嚥下おでこ体操、プッシング・プリンク訓練を、昼食前に行う。



認知症の人のお口の支援実践ハンドブック作業部会編集

執筆者一覧

- 平野 浩彦 東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科 部長
 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究部長
- 枝広 あや子 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員
- 森下 志穂 明海大学 保健医療学部口腔保健学科 助教
- 白部 麻樹 東京都健康長寿医療センター 東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター 研究員

令和3年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理に関する調査研究事業

認知症の人のお口の支援実践ハンドブック

令和4（2022）年3月 発行

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター

理事長 鳥羽 研二

研究代表者 平野 浩彦

〒173-0015 東京都板橋区栄町35番2号

TEL: 03-3964-3241 FAX: 03-3964-2316



地方独立行政法人

東京都健康長寿医療センター

にんちしょう ひと
認知症の人の
はいしや
歯医者さんのかかりかた
Book

えんかつ しかいいん つういんけいぞく
～円滑な歯科医院への院通継続にむけて～



すこやかなお口で、
おいしく楽しく食べるために、
歯医者さんと良い関係を続けましょう

はいしや ねが
歯医者さんをお願いしましょう

- ◎ 私は認知症と診断されています。
- ◎ 慣れない場所では緊張しがちです。
- ◎ 説明や誘導などは、早口で言われると混乱してしまいます。
- ◎ ゆっくり、はっきり、短い言葉で伝えてください。
- ◎ 説明は絵や文字や模型など、見えるもので教えてください。
- ◎ 一度で覚えられないので、同じ説明を繰り返して頂けると助かります。
- ◎ 安心できる励ましや、やさしい声掛けをお願いします。



美味しく楽しく安全な食生活は すこやかな口腔から

認知症になると、歯科医院から足が遠のいて
しまいがちになります。

また、認知症の症状によって、生活の中で
まくいかなことが増えていくなかで、毎日の
歯みがきが不十分になることがあります。

歯医者さんに定期的にかかっていると、お口
の健康チェックと専門的なケアが受けられます。
痛い時だけに行くのではなく、何もなくても
定期的にかかることが大事です。

生活におおきな困りごとがないうちから、
歯医者さんに定期的にかかる習慣をつけておく
と、これからの生活にとっても安心です。



なにか、変だな、と思ったら お口を見てみよう

食べている時に、変だな、と思ったら、お口の
中にトラブルがあるかもしれません。

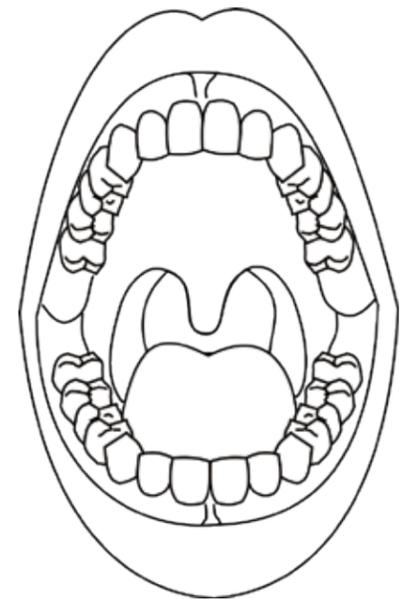
お口の中を鏡で見てください。
自分で見えないときは、ケアマネージャーさんや
看護師さんや家族に相談してもらいましょ
う。

困っている症状や、どんな時にどんな痛みが
あるか、その日付を手帳に書いて、歯医者さんに
持っていくように準備しましょう

いつ

どのへんに

どんな症状がある



歯医者さんに病名や 症状を伝えることが大事

歯医者さんはお口の専門家。
でも認知症の専門家ではないので、
伝えないと、わからないことがあります。

歯科医院を予約する時や、受診した時、最初に
「認知症の病名」を伝えるとスムーズです。

伝えることは
「認知症の病名は〇〇型認知症と診断されました」
「〇〇病院の〇〇科にかかっています」
「ケアマネージャーさんは〇〇さんです」

歯医者さんが、あなたが認知症であることを
知っておいてくれると、工夫して対応してくれま
す。

もし、歯医者さんに、認知症でどんなことが
困るか聞かれたら、教えてあげてください。

みてもらえる歯医者さんを探そう

いつもかかっている歯医者さんがありますか？
もし歯医者さんの診察券がみつかったら、いつも
かかっている歯医者さんに電話をかけて、受診でき
るか聞いてみましょう。
電話では、「認知症と診断されている」ことを伝
えてください。
歯医者さんが認知症の人の治療に慣れていないと、
お断りされるかもしれません。
断られてもあきらめないで。
認知症の人の歯科治療ができる歯医者さんはきっと
見つかります。

認知症の人の歯科治療に慣れている歯医者さんと
出会える方法は、下記があります。

認知症ケアパスに書いてある
地域の歯科医師会に電話する

認知症でかかっている病院の
相談員さんに聞いてみる

介護保険でお世話になった
ケアマネージャーさんに聞いてみる

認知症の人と家族の会で
聞いてみる

お口の中で困っていることの 考えを整理しよう

困っていることを伝えようとしても、うまく言葉にできないときがあります。
どんなことに困っているのか、頭を整理するときに使ってください



いつ

- 食べる時
- 冷たいものを食べた時
- 熱いものを食べた時
- 歯みがきの時
- 入れ歯を入れる時
- 入れ歯を外す時
- 起きた時
- 寝ている時

どこが

- うえ
- した
- ひだり
- みぎ
- 前歯
- 奥歯
- はぐき
- 入れ歯のばねの歯
- 入れ歯の下のはぐき
- 舌

どんなふう

- 痛い
- しみる
- ひびく
- ズキンズキン
- ジーン
- にぶい痛み
- ヒリヒリする
- 乾く
- 血が出る
- 膿が出る

様子

- 食べる量が減った
- 食事を途中でやめる
- 塩辛いものを嫌がる
- すっぱいものを嫌がる
- 入れ歯を入れない
- 入れ歯をなくした
- 歯を磨かない
- 口の中を触っている

歯医者さんに行くことになったら

歯医者さんの訪問診療を お願いする時のコツ

歯医者さんは多くが予約診療です。

あらかじめ電話で予約したら、**カレンダーに大きく書いて、忘れないように家族にも協力**してもらいましょう。

歯医者さん用の連絡ノートを用意しましょう。聞いた説明を書いたり、**症状**や**予定**を書いて、あとから**確認**するためのノートです。



歯科医院に行ったら、自分の**症状**を伝えます。

緊張してしまって上手に伝えられるか**心配**なときは、家でゆっくり**連絡ノート**に書いて、それを持っていきましょう。**診察券**と一緒に出すと良いですね。

歯医者さんでの説明は**難しい言葉**があるかもしれません。何を**する**のか**不安**だな、説明してほしいな、**と思ったら**、

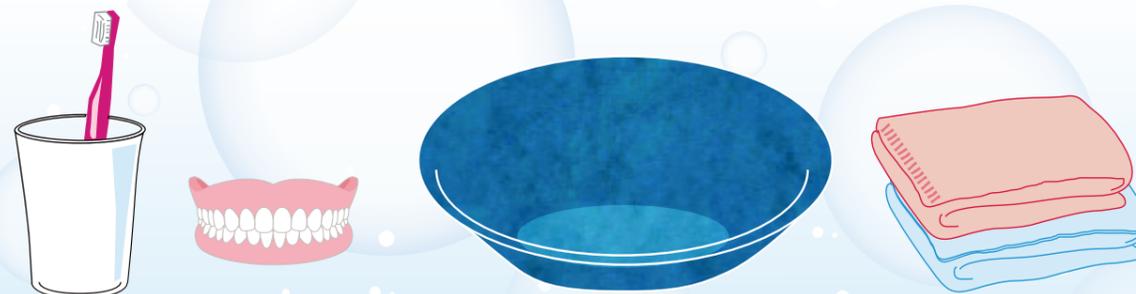
「もういちど**説明**してください」と言ってみましょう。

通院が難しくなったら、歯医者さんが訪問してくれる**歯科訪問診療**をお願いすることができます。

歯科訪問診療をしていない**歯科医院**もあるので、いつも行っている**歯科医院**に聞いてみましょう。**認知症ケアパス**に載っている、**地域の歯科医師会**の**窓口**に連絡すると、**歯科訪問診療**をしている**歯科医院**を紹介してもらえます。

財布、**保険証**のほか、**介護保険被保険者証**などを**用意**しておきましょう。

自宅で**用意**しておくものは、**入れ歯**のほか、いつも使っている**歯ブラシ**と、**うがい用のコップ**、**洗面器**と**タオル**があると良いです。



お口の健康と、心と体の健康 どれもとても大事

お口の中が痛かったり、調子が悪いと、毎日の食事が楽しくありませんね。

食べる楽しみが失われると、食欲が減って元気がなくなるだけでなく、日々の喜びや張り合いが無くなって、心が沈みがちになってしまいます。

お口の調子が悪いと、よく噛めないで、特に肉やきのこ類、海藻類、野菜の摂取が減ってしまいがちです。そんな生活が続くと、身体の筋肉が減り、疲れやすくなって、なんとなく外出したくなくなってしまう。

お口の調子が悪いと、滑舌が悪くなり、おしゃべりも上手にできなくなってしまいます。楽しく社会とかかわり、活動続けるためにも、お口の健康を整え、楽しく美味しく食事をする事が大事です。

高齢期の歯周病は他の病気の原因にもなるのです

楽しく食べるには、自分の歯が大事ですね。

歯磨きを忘れてしまったり、不十分になると「歯周病（歯槽膿漏）」が悪化しがちです。

歯周病の原因は、細菌です。

歯ぐきから血が出るようになると、歯周病の細菌が、血管から身体の中に入ってしまう。歯周病の細菌は脳卒中や糖尿病の悪化などの病気を引き起こすことが知られています。

口の中の細菌は、肺に入ってしまうと、肺炎の原因にもなります。

毎日寝る前に歯磨きを頑張ること、歯医者さんに通って歯周病ケアを支援してもらうことが大事です。

はししゃ
歯医者さんに
行くときの

もの 持ち物チェックリスト

^{さいふ}
お財布



^{しかい いん しんさつけん}
歯科医院の診察券



^{ほけんしょう いりょうけん}
保険証や医療券

こうきこうれいしゃいりょうひほけんしょう
後期高齢者医療被保険者証
や、かいごほけんひほけんしゃしょう
や、介護保険被保険者証、
しょうがいしゃてちょう も
障害者手帳を持っている人は持
ち物に入れましょう

^{い びょういん しんさつけん}
かかりつけ医、病院の診察券

せんせい れんらく と あう とき
先生どうしが連絡を取り合う時
に、使うことがあります

^{てちょう}
おくすり手帳

あんぜん ちりょう
安全に治療するために
かくにん
確認します



^{つか} ^い ^ば
使っている入れ歯

^{いぜん} ^い ^ば
以前使っていた入れ歯

こわれた古い入れ
歯でももっていく
と治療に活用でき
ることがあります



^と ^{おれ} ^は
取れた・折れた歯

お話を聞くときや
診断のために使うこ
とがあります



^{つか} ^は
いつも使っている歯ブラシ



^{ハンカチ}

^{てちょう} ^{ちょう} ^{れんらく}
手帳・メモ帳・連絡ノート

せつめい よてい
説明や予定などを
きろく
記録しておくとおんしん
です



執筆者一覧

編著

平野 浩彦 東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科 部長
東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究部長

分担執筆（五十音順）

赤穂 和広 あこう歯科医院 院長
粟田 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所 社会科学系副所長
井藤 佳恵 東京都健康長寿医療センター研究所 認知症支援推進センター センター長
今井 裕 一般社団法人日本歯科専門医機構 理事長
岩崎 正則 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 専門副部長
枝広 あや子 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員
大堀 嘉子 横浜高齢者グループホーム連絡会 事務局
小原 由紀 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 専門副部長
木村 年秀 まんのう町国民健康保険造田歯科診療所 所長
小玉 剛 公益社団法人日本歯科医師会 常務理事
後藤 拓朗 三豊総合病院 歯科保健センター 医長
澤田 弘一 鏡野町国民健康保険上齋原歯科診療所 所長
白部 麻樹 東京都健康長寿医療センター研究所 東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター 研究員
高田 靖 豊島区歯科医師会 副会長
竹内 嘉伸 富山県南砺市地域包括支援センター 副主幹
田中 弥生 関東学院大学 栄養学部管理栄養学科 教授
恒石 美登里 日本歯科総合研究機構 主任研究員
野原 幹司 大阪大学大学院歯学研究科 高次能口腔機能学講座顎口腔機能治療学教室 准教授
平原 佐斗司 東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所 医師
古屋 純一 昭和大学 歯学部高齢者歯科学講座 准教授
水口 俊介 一般社団法人日本老年歯科医学会 理事長
本川 佳子 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員
森下 志穂 明海大学 保健医療学部口腔保健学科 助教
山田 律子 北海道医療大学 看護福祉学部看護学科 教授
吉田 直美 公益社団法人日本歯科衛生士会 会長
鷺見 幸彦 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 病院長
渡邊 裕 北海道大学大学院歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室 准教授

令和3年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理に関する調査研究事業
認知症の人の口を支えるマニュアル

令和4（2022）年3月 発行

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター

理事長 鳥羽 研二

研究代表者 平野 浩彦

〒173-0015 東京都板橋区栄町35番2号

TEL: 03-3964-3241 FAX: 03-3964-2316



地方独立行政法人

東京都健康長寿医療センター