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

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

報告書

令和 4（2022）年 3 月

地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター

はじめに

認知症の人が認知症とともによりよく生きていけるように 2015 年に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者にやさしい地域づくりに向けて～」（新オレンジプラン）が策定され，2019 年には「認知症施策推進大綱」が取りまとめられた．これらの国の取り組みの中に「歯科医師の認知症対応力向上研修」の実施が整備され，平成 28 年度から全国で開始され令和 2 年度末までに 2.2 万人の研修修了者を目標に展開されている．また日本老年歯科医学会は新オレンジプランを受け「認知症患者の歯科的対応および歯科医療のあり方：学会の立場表明」が出された（平成 28 年学会 HP 上に掲載）．さらに日本医療研究開発機構（AMED）事業にて「認知症の人への歯科治療ガイドライン」を発刊した（令和元年）．以上のように認知症の人の歯科治療・口腔機能管理を地域で実施するための人材育成および啓発が進められている．

一方で，認知症の状況に応じた継続的な口腔・栄養管理を地域で実施するためには，認知症に関わる医療・介護連携に歯科専門職が効果的に関わる方策を検討する必要がある．本事業では，居宅療養管理指導等に係る歯科専門職，歯科診療所および病院歯科（病院などの後方支援機関の歯科）を対象にアンケート調査を実施し，基礎的な情報（実態・課題を含む）を収集し整理した．これらの調査知見，モデル地区（認知症の歯科連携先進地域）の情報・意見などを踏まえ，認知症の人に対する地域医療資源の活用例などが提示された口腔管理マニュアルを作成した．また，「認知症の人のお口の支援実践ハンドブック」（口腔関連サービス提供者用）と，「認知症の人の歯医者さんかかりかた Book」（認知症の当事者用）の実践ツールも作成しマニュアルに包含した．

8020 運動で多くの歯を残すことが出来るようになり，その達成率は 5 割を越えた．その一方で 80 歳を超えると認知症の発症率は高まる．自身の歯数を多く維持する歯科口腔保健活動を展開した以上，認知症になってもその歯を守ることは，我々歯科医療にかかわる者にとっての責務である．以上の課題を把握し方策を検討するために，認知症の人の歯科口腔保健を取り巻く環境に関する実態調査を本事業で実施し本報告書に取りまとめた．

本報告書が，我が国の認知症の人への継続的な口腔管理に関する医療・介護システム整備の一助になれば幸いである．

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）

目次

第 1 章　調査研究事業の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
1. 報告書概要
2. 実施体制
3. 検討の経過

第 2 章　調査事業 1 結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・17
1. 郵送調査：実施概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・19
2. 郵送調査：口腔機能向上サービス提供者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20
3. 郵送調査：居宅療養管理指導等に係る歯科専門職・・・・・・・・・・・・・・・36
4. 郵送調査：地域歯科医療機関（病院歯科用および歯科医療機関用）・・・・・・75
5. 実測調査：認知症高齢者の口腔管理ニーズに関する実態調査・・・・・・・・・113

第 3 章　調査事業 2 結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・115
1. モデル事例：青森県三戸郡地区・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・117
2. モデル事例：東京都豊島区・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・124
3. モデル事例：東京都板橋区・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・130
4. モデル事例：岡山県・鏡野町・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・133
5. モデル事例：香川県西部・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・137
6. モデル事例：香川県まんのう町・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・140

参考資料
1. 郵送調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・145
2. 認知症の人の口を支えるマニュアル・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・167

第１章　調査研究事業の概要

1. 報告書概要

2. 実施体制

3. 検討の経過

令和 3 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」

1. 報告書概要

【事業目的】

認知症の状況に応じた継続的な口腔管理を地域で実施するために、認知症の状態に応じた継続的な口腔管理の在り方の検討を行い、その結果を踏まえ、**認知症の人に対する地域医療資源の活用例などが提示された口腔管理マニュアル作成**を行うことを目的として事業を実施する。

さらに、本事業で得た情報を基に**認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔管理等の地域連携システム構築に向けた提言**を行う。

【調査事業 1】認知症の状態に応じた継続的な口腔管理マニュアル（案）作成

※マニュアル（案）作成に資するデータ、情報を収集するために、調査 1 郵送調査、調査 2 実測調査を実施した。以下その結果概要を示す。

調査 1　郵送調査

① 口腔機能向上サービス提供者

医療介護情報局で公開されている、介護サービス情報（全国の通所介護、認知症対応型通所介護、療養通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護）より、歯科衛生士の常勤換算数が 0.5 以上の施設を対象とした。

配布数計 398 件　うち有効回答数 147 件（有効回答率 36.9%）

1） 認知症の人に口腔機能向上サービス等の口腔に関連したサービスを提供する際に困る頻度

口腔機能向上サービス等のサービスの提供の有無に関しては、96.6%が提供していると回答した。「提供している」との回答者の **90.3%が認知症の人へのサービス提供に困る**との回答であった（いつも：10.5% 、しばしば：21.0%、ときどき：32.9%、たまに：25.9%）。

2） サービス提供に際し認知症の人の口腔疾患評価の困難ケースの頻度

口腔機能向上サービスに際して口腔疾患（むし歯・歯周病・入れ歯の不具合など）のチェックは 92.5%が実施しており、「実施している」との回答者の **69.1%が「困難なケースがある」**と回答した（いつもいる：3.7%、しばしばいる：4.4%、ときどきいる：17.6%、たまにいる：43.4%）。

3） サービス提供に際し認知症の人の口腔機能評価の困難ケースの頻度

口腔機能向上サービスに際して口腔機能（食べる機能・飲み込む機能・発音・滑舌など）のチェックは 95.2%が実施しており、「実施している」との回答者の **79.3%が「困難なケースがある」**と回答した（いつもいる：4.3%、しばしばいる：9.3%、ときどきいる：23.6%、たまにいる：42.1%）。

4） サービス提供を担当している認知症の人の歯科治療ニーズと歯科受診状況

歯科治療が必要と思われる**ケースを担当している認知症の人で経験**しているとの回答が **91.8%**（歯科衛生士：96.0%、看護職：83.3%、言語聴覚士：71.4%）であった。また歯科治療が必要な者のうち、実際

に歯科受診につながったケースの経験があるとの回答は 93.3%であった。さらにその受診先は、「利用者のかかりつけ歯科医療機関」が 86.5%と最も多かった。一方で、認知症の人の口に関して困りごとがあった時に相談する先としては「利用者のかかりつけ歯科医療機関」は 40.8%にとどまり、「その他（ケアマネジャー、相談員など)」が 34.7%と最も多かった。

② 居宅療養管理指導等に係る歯科専門職（歯科医師・歯科衛生士）

全国の在宅療養支援歯科診療所 1 算定事業所（悉皆）を対象とし、同事業所に歯科医師用および歯科衛生士用を 1 票ずつ送付した。

歯科医師　配布数計 1,522 件　うち有効回答数 492 件（有効回答率 32.3%）

歯科衛生士　配布数計 1,522 件　うち有効回答数 392 件（有効回答率 25.8%）

1）認知症の人の訪問歯科診療時に、認知症ではない人と比較した診療にかかる時間

歯科医師、歯科衛生士ともに、**「約 1.5 倍の時間がかかる」と回答した者が約 5 割**（歯科医師：48.2%、歯科衛生士 47.7%）と最も多かった（約 2 倍との回答は歯科医師：23.7%、歯科衛生士 23.1%)。

2）認知症の人の訪問歯科診療における認知症が原因の困りごとの有無と困難事例への対応

歯科医師、歯科衛生士ともに、「困りごとがある」と回答した者が約 6 割（歯科医師：62.4%、歯科衛生士 58.7%）であった。また認知症の人の歯科治療の困難事例の紹介先選定で「困ったことが無い」との回答が約 8 割（歯科医師：83.3%、歯科衛生士 85.5%）であった。その紹介先としては、「近くの高次医療機関（歯科・口腔外科)」が約 3 割（歯科医師：33.4%、歯科衛生士 29.6%）が最も多く、次いで「近くの大学病院（歯科・口腔外科)」が約 2 割（歯科医師：21.0%、歯科衛生士 22.7%）であった。

③ 地域歯科医療機関（病院歯科）

全国の病院歯科（悉皆）を対象とした。

配布数計 1,638 件　うち有効回答数 555 件（有効回答率 33.9%）

④ 地域歯科医療機関（歯科医療機関）

全国の「在宅療養支援歯科診療所 1」または「在宅療養支援歯科診療所 2」算定事業所のうち、1,100 件（抽出）を対象とした。

配布数計 1,100 件　うち有効回答数 434 件（有効回答率 39.5%）

※「地域歯科医療機関（病院歯科)」と「地域歯科医療機関（歯科医療機関)」への設問内容は多く重複するため、結果を以下一括提示した

1）歯科医師の認知症対応力向上研修を修了した歯科医師・歯科衛生士の勤務状況

「勤務している」と回答したのは、**病院歯科で 25.0%、歯科医療機関では 75.8%**であり、病院歯科では修了者が少なかった。

2）院外歯科医療機関において認知症が原因で歯科治療が困難になった事例の受け入れの有無（病院歯科のみの設問）

認知症が原因で歯科治療が困難になった事例の**受け入れが有るとの回答は 41.6%**であった。

3）認知症の人の認知症ではない人と比較した診療（導入、説明、治療等を含む）にかかる時間

病院歯科、歯科医療機関ともに、「約 1.5 倍の時間がかかる」が最も多く(病院歯科：38.9%、歯科医療機関：44.8%)、次いで「約 2 倍の時間がかかる」（病院歯科：33.5%、歯科医療機関：28.4%）であった。

4）認知症の人の認知症ではない人と比較した受付業務（予約、支払い等）にかかる時間

病院歯科、歯科医療機関ともに、「約 1.5 倍の時間がかかる」が最も多かった(病院歯科：33.7%、歯科医療機関：43.5%)。

5）認知症の人の歯科治療について認知症ではない人と比較した労力

病院歯科で「約 2 人分携わる必要がある」が 41.0%、歯科医療機関で「約 1.5 人分携わる必要がある」が 41.3%で最も多かった。「約 2 人分携わる必要がある」「約 1.5 人分携わる必要がある」を併せた割合は、病院歯科で 72.4%、歯科医療機関で 75.5%であった。

6）認知症の人の歯科治療における困りごとの有無と対応できない場合の対応

認知症の人の歯科治療における困りごとが「有る」割合は、病院歯科で 50.0%、歯科医療機関で 58.5%であった。また、認知症の人の歯科治療に対応できない場合の対応は、病院歯科で「近くの大学病院に紹介する」40.2%、「対応が難しいことを説明し断る」19.3%、「近くの病院歯科に紹介する」15.9%であった。また歯科医療機関では、「近くの病院歯科に紹介する」43.3%、「近くの大学病院に紹介する」40.8%、「歯科医師会の在宅歯科医療連携室等に相談する」24.4%で、「対応が難しいことを説明し断る」は 11.5%であった。

7）認知症が理由で歯科治療が困難となった事例の積極的な受け入れの可否
（病院歯科のみの設問）

積極的な受け入れが「可能」33.5%、「困難」26.3%、「わからない」35.1%であった。

調査 2　実測調査

認知症高齢者の口腔管理ニーズに関する実態調査

認知症高齢者を含む要介護高齢者等を対象とした口腔管理ニーズ調査を実施した。本調査は認知症の容態別に、歯科治療・口腔機能支援ニーズの実態を整理する目的で実施された。

対　象

介護保険施設入所者 404 名（男性 101 名、女性 303 名、平均年齢 86.6±7.8 歳）を対象とした。

結　果

1）「口腔清掃行為が自立出来ない」の割合は、認知症の重症度が高いほど有意に高かった（軽度：14.3%、中等度：22.2%、重度：88.9%）。
2）「口腔ケア介助の拒否」の割合は、認知症の重症度が高いほど有意に高かった（軽度：13.2%、中等度：26.8%、重度：54.8%）。

3) 「義歯使用拒否（困難)」の割合は、認知症の重症度が高いほど高い傾向にあった（軽度：2.9%、中等度：11.7%、重度：33.3%)。
4) 「歯垢付着が顕著」の割合は、認知症の重症度が高いほど有意に高かった（軽度：11.5%、中等度：11.6%、重度：22.8%）が、軽度と中等度は同程度であった。
5) 「舌苔の付着が厚い」の割合は、認知症の重症度が高いほど高い傾向にあった（軽度：5.8%、中等度：9.5%、重度：14.6%)。
6) 「口臭が強い」の割合は、認知症の重症度が高いほど有意に高かった（軽度：9.8%、中等度：6.3%、重度：12.1%)。

考　察

口腔衛生状態は認知症の重症度が高いほど悪化する傾向が客観的データにより確認された。また、認知症の重症度が高いほど口腔清掃行為の自立困難な者の割合が高まるにもかかわらず、ケア受容が困難になる割合も高まることが本調査結果でも確認された。

介護保険施設入所者で義歯所持している者の割合が約 5 割（52.2%）で、認知症が重度になると約 3 割が義歯使用困難となり口腔機能低下のリスクが高まることが推察された。

今後、実態調査で口腔関連状況等が把握された集団を対象に、口腔管理マニュアル等の有効性の検証も実施する必要性がある。

【調査事業 2】

1. 口腔管理マニュアル（案）の有用性の実証およびマニュアル作成

モデル地区を選定し、調査事業 1 で作成した「認知症の状態に応じた継続的な口腔管理マニュアル（案）」の有用性の実証を行った。モデル地区は、地域歯科医師会等と連携した歯科専門職による居宅療養管理指導等を実施している地域を中心に、以下 6 地区を選定し、その特徴を記載した（6 地区の活動内容の詳細については報告書記載参照）。

① 青森県三戸郡地区：地方医療過疎の中で行う認知症対応

医療過疎地域において歯科医師会「在宅歯科医療連携室」を有効活用し認知症疾患医療センターなど地域認知症関連インフラとの連携を構築

② 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

豊島区口腔保健センターが要となり ICT も活用し地域認知症関連インフラとの連携を進め、地域歯科医療従事者の認知症対応スキルアップを OJT で推進

③ 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

認知症支援、居場所、相談機能など多機能を有する地域拠点を中核とし、拠点に属する歯科専門職等が地域認知症関連インフラおよび歯科医療機関との連携を推進し、本人の受療前支援体制を構築

④ 岡山県・鏡野町：認知症の人に対する「社会資源が多くない地域」の連携

地域医療・介護事業（地域ケア会議・委員会等）・認知症初期集中支援チームの機能などを包含した「鏡野町在宅医療・介護連携推進事業協議会」（歯科医師がコアメンバー）を中核として連携体制を構築

⑤ 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

地域後方支援病院歯科医師が地域の実態を踏まえ、認知症疾患医療センターおよび地域歯科医師会と連携し訪問歯科診療も含めた認知症患者歯科診療受け入れ体制を構築

⑥ 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

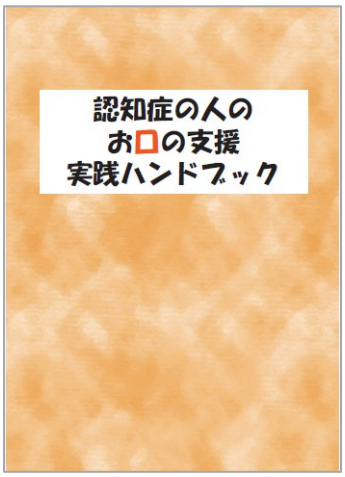
地域公的歯科診療所が中心となり、在宅医療介護の連絡会を軸として認知症高齢者を広域的支援、生活支援の視点で課題解決する体制づくりを推進

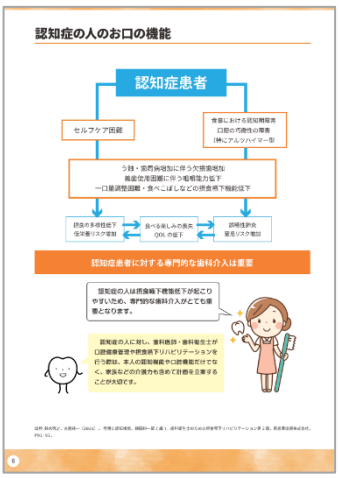
2.　認知症の状態に応じた継続的な口腔管理マニュアル「おロの支援ハンドブック」など作成

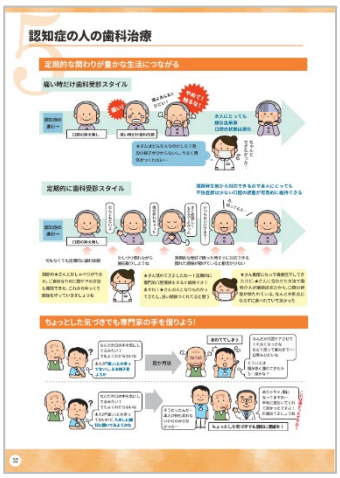
作成した「認知症の状態に応じた継続的な口腔管理マニュアル（案）」についてのモデル地区からのコメント等を参考にマニュアルのブラッシュアップを行い、令和 3 年度マニュアル（以下マニュアル）を作成した。

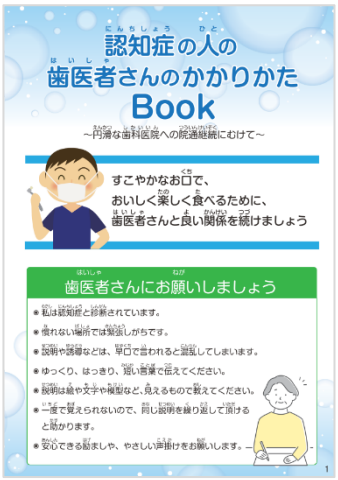
マニュアルは歯科医療従事者を対象とした媒体とし、内容は認知症の人の口への支援を進める上で必要な情報（国の認知症施策の動向、認知症を主な視点とした連携づくりの課題・事例など）を記載した。さらに口腔関連サービス提供者用（認知症の人のおロの支援実践ハンドブック）と認知症の当事者用認知症の人の歯医者さんかかりかた Book）の実践ツールを作成した。

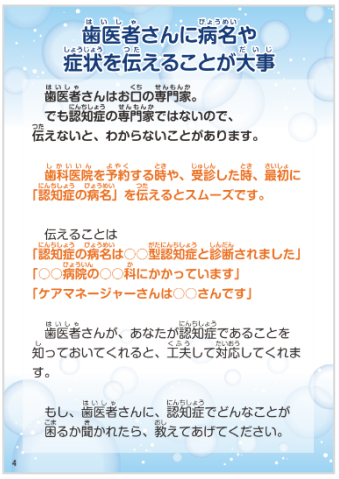
サービス提供者用ツール「認知症の人のおロの支援実践ハンドブック」では、介護保険における居宅系口腔衛生関連サービスの概要、認知症が主な原因として現れる口腔や食に関する困りごとへの評価および対応に関して、また当事者用ツール「認知症の人の歯医者さんかかりかた Book」では、歯科受診に際しての準備すべき点なども明確に解説した内容とした。

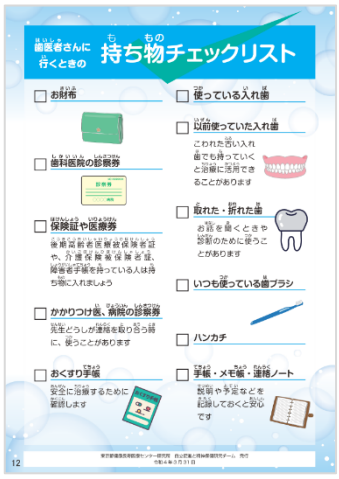












【認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔管理等の地域連携システム構築に向けた提言】

Ⅰ　高次医療機関（病院）歯科・口腔外科の認知症対応力向上に向けたシステムづくりが必要

本調査事業から、地域歯科診療所での認知症が原因の歯科治療困難事例の主な紹介先として、高次医療機関（病院）歯科・口腔外科が受け入れの機能を求められていた。以上から高次医療機関（病院）歯科・口腔外科の認知症患者を受け入れる体制構築が必要と考える。病院勤務の医療従事者向け（医師、看護師など）の認知症対応力向上研修や歯科医師の認知症対応力向上研修が実施されているなか、病院歯科勤務歯科医師がより参加し易い研修体制整備が必要である。このことにより高次医療機関単位での認知症対応力が醸成され、地域における認知症連携機関としての機能向上に繋がる。また、以上の体制整備がなされることにより、高次医療機関（病院）歯科・口腔外科が、後方支援機能の一つとして、これまで以上に認知症の人への歯科保健医療サービス提供機能を有することが可能となる。

Ⅱ　専門職による認知症の人への口腔健康管理の実態と整合性を持った歯科口腔保健関連医療・介護保険制度整備が必要

歯科医療従事者を対象とした本事業調査で、認知症の人の歯科治療は認知症を併存しない人と比較し1.5～2倍の時間・労力を要するとの回答が約7割であった。また、認知症が原因で歯科治療が困難となった際の歯科診療所からの紹介先として、後方支援医療機関の歯科（病院歯科、大学病院歯科など）が最も多かったが、当該歯科を対象とした調査では積極的な受け入れが「困難」と「わからない」の回答の合計が約6割であった。さらに、認知症が原因で歯科治療困難事例を「対応が難しいことを説明し断る」の回答が約2割であった。口腔疾患（う蝕、歯周病など）治療の特徴の一つは、口腔内に治療器具などを挿入した治療が必要であり、薬物療法は対症療法に留まり根治は望めないことが殆どである点であろう。認知症の人にとって一連の歯科治療受容は困難なことが多い上に、歯科受診を断られる経験やうまく受療できなかった経験により歯科治療困難事例化し、口腔疾患が重症化してしまうケースを生む可能性があり、本事業調査もその可能性を否定できない内容であった。これらの課題への対応の一つとして、歯科医療従事者向けの認知症対応力向上研修等の充実と、研修を受けた者が関わる行為に対する歯科口腔保健関連の医療・介護保険制度報酬などの整備が必要と考える。

（参考）
認知症に関する複数の公的保険報酬が整備されている。介護報酬では、認知症に関する研修を修了した職員を配置、認知症の症状の進行の緩和に繋がるケアを提供することを評価する認知症加算など、医科診療報酬では認知症専門看護師を中心にチームを作り意思決定支援等の対応することなどに対し、認知症入院患者に対する対応力を評価した認知症ケア加算、認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、認知症患者の療養上の指導や他の保険医療機関に対し療養方針に係る助言などの行為を評価した認知症サポート指導料などが整備されている。

Ⅲ　歯科口腔保健サービス提供者（歯科専門職、看護師、言語聴覚士、介護スタッフなど）のみならず認知症当事者も対象とした「認知症の状態に応じた継続的な口腔管理マニュアル」の普及啓発が必要

介護・医療保険等で整備された歯科口腔保健サービス（口腔機能向上サービス、居宅管理指導、歯科治療など）を、認知症の人へ提供することは、認知症を併存しない人と比べ困難である。この対策として本事業では、歯科口腔保健サービス提供者向けの、認知症に焦点化した歯科口腔保健サービスに関する情報を整理したマニュアルを作成した。本マニュアルを普及させ認知症の人へ歯科口腔保健サービスが円滑に提供される体制づくりが広がることを期待したい。さらに、認知症当事者の歯科口腔保健サービスへの親和性を高める目的に、当事者用ツールとして「認知症の人の歯医者さんかかりかた Book」を作成した。認知症の症状によって口腔疾患による身体の不具合（疼痛、違和感など）を的確に訴えることが困難になることが多く、症状が顕在化（腫脹、発熱、出血など）して初めて介護者（家族など）が口腔疾患悪化に気付くことも少なく無い。こういったケースを少なくするためにも、当事者にとって歯科受療をわかりやすくするための啓発ツールは有用性が高いと考える。歯科口腔保健サービスを提供する側（専門職）と、受ける側（当事者）が、認知症の人の継続的な口腔管理の重要性を共有することが重要と考える。また本事業で作成したマニュアル・ツールなどがその一助になるよう、普及啓発が必要である。

2. 実施体制

本事業における調査の設計及び分析、結果のとりまとめ等に関する検討を行うため、関係者 25 名から構成される検討委員会を設置した。

【検討委員会委員名簿】（五十音順）　　○研究代表者

氏　　名	所　　属
粟田　主一	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
岩﨑　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
小玉　剛	公益社団法人日本歯科医師会　常務理事
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
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
鷲見　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

【協力研究員名簿】（五十音順）

氏　　名	所　　属
青柳　三千代	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科　摂食嚥下リハビリテーション学分野　大学院生 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　非常勤研究員
高橋　知佳	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　非常勤研究員
星野　大地	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　非常勤研究員
松原　ちあき	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科　高齢者歯科学分野　大学院生 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　非常勤研究員
三上　友里江	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　非常勤研究員

【事務局】地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター　　谷　正隆

3. 検討の経過

検討委員会では、期間中に計 11 回の会議を開催し、本事業における調査の設計および結果の取りまとめ、マニュアル作成等について検討を行った。

各回における検討事項等の概要は下表のとおりである。

回数	開催日	検討事項
第 1 回	令和 3 年 7 月 1 日	郵送調査の対象およびマニュアル案の検討（コアメンバー）
第 2 回	令和 3 年 7 月 20 日	マニュアル案およびモデル地区の検討（コアメンバー）
第 3 回	令和 3 年 8 月 5 日	郵送調査の調査項目案の検討（コアメンバー）
第 4 回	令和 3 年 8 月 26 日	第 1 回委員会の開催
第 5 回	令和 3 年 9 月 23 日	マニュアルの有用性検証に関する検討（作業委員会）
第 6 回	令和 3 年 10 月 24 日	郵送調査の調査項目の検討（委員回覧）
第 7 回	令和 3 年 11 月 11 日	マニュアルの有用性検証に関する検討（作業委員会）
第 8 回	令和 4 年 1 月 31 日	郵送調査の解析結果の検討（コアメンバー）
第 9 回	令和 4 年 2 月 24 日	マニュアル修正の検討（コアメンバー）
第 10 回	令和 4 年 3 月 4 日	第 2 回委員会の開催
第 11 回	令和 4 年 3 月 11 日	マニュアル修正の検討（コアメンバー）

第 2 章　調査事業 1 結果

1. 郵送調査：実施概要
2. 郵送調査：口腔機能向上サービス提供者
3. 郵送調査：居宅療養管理指導等に係る歯科専門職
4. 郵送調査：地域歯科医療機関（病院歯科用および歯科医療機関用）
5. 実測調査：認知症高齢者の口腔管理ニーズに関する実態調査

1. 郵送調査：実施概要

(1)　調査対象

本郵送調査は、①口腔機能向上サービス提供者、②居宅療養管理指導等に係る歯科専門職（歯科医師用・歯科衛生士用)、③地域歯科医療機関（病院歯科用)、④地域歯科医療機関（歯科医療機関用)、の4種類で構成しており、各票の調査対象は以下の通りである。

① 口腔機能向上サービス提供者　計398件

医療介護情報局で公開されている、介護サービス情報（全国の通所介護、認知症対応型通所介護、療養通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護）より、歯科衛生士の常勤換算数が0.5以上の施設を対象とした。

② 居宅療養管理指導等に係る歯科専門職（歯科医師用・歯科衛生士用）　計 1,522 件

全国の在宅療養支援歯科診療所1算定事業所（悉皆）を対象とし、同事業所に歯科医師用および歯科衛生士用を1票ずつ送付した。

③ 地域歯科医療機関（病院歯科用）　計1,638件

全国の病院歯科（悉皆）を対象とした。

④ 地域歯科医療機関（歯科医療機関用）　計1,100件

全国の在宅療養支援歯科診療所1または在宅療養支援歯科診療所2算定事業所のうち、1,100件（抽出）を対象とした。

(2)　調査方法

本調査は、紙調査票の配布・回収による郵送調査を実施した。

(3)　実施時期

本調査は、令和2年12月～令和3年1月に実施した。

(4)　回収状況

調査票の最終回収状況は、以下の通りである。

調査票の種類		調査対象数	有効回答数	有効回答率
①口腔機能向上サービス提供者		398	147	36.9
②居宅療養管理指導等に係る歯科専門職	歯科医師用	1,522	492	32.3
	歯科衛生士用	1,522	392	25.8
③地域歯科医療機関（病院歯科用）		1,638	555	33.9
④地域歯科医療機関（歯科医療機関用）		1,100	434	39.5

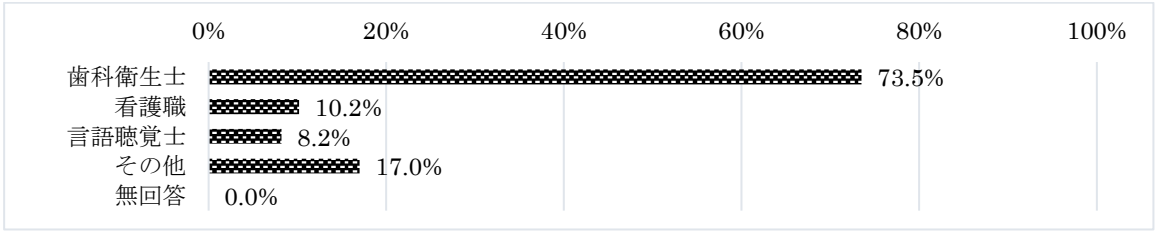
令和4年3月7日到着分までとした。

2. 郵送調査：口腔機能向上サービス提供者

(1)　回答者の職種【複数回答】

回答があった通所介護事業所（147ヶ所）のうち、回答者の職種は「歯科衛生士」が73.5%と最も多かった。

図表 1　回答者職種



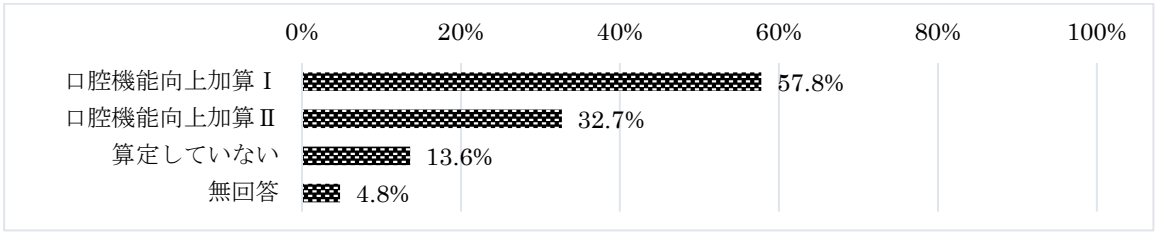
その他は、「管理者」が7事業所と最も多かった。回答は以下の通り。

- 管理者（他6件）
- 生活相談員（他2件）
- 介護福祉士（他1件）
- 施設長（他1件）
- 理学療法士（他1件）
- デイケア主任
- 介護部マネージャー
- 介護福祉士・管理者
- 管理者・相談員
- 社会福祉士
- 相談員
- 通所リハビリ管理職
- 通所介護事業所相談員
- 認知症ケア専門士
- 理学療法士、事業所長

(2)　口腔機能向上加算の算定状況【複数回答】

口腔機能向上加算の算定状況は、口腔機能向上加算Ⅰが60.7%、口腔機能向上加算Ⅱが34.3%であった。

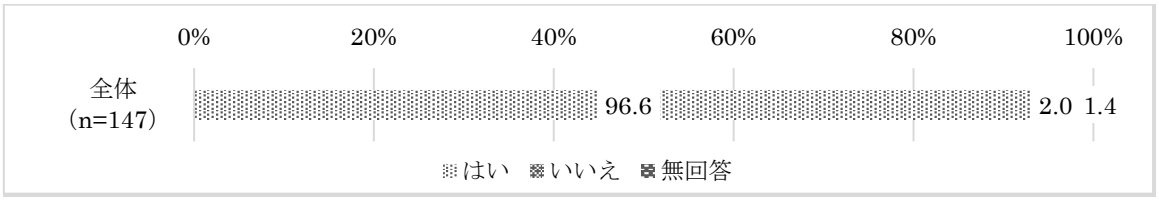
図表 2　算定状況



(3)　口腔関連サービス提供の有無

回答があった通所介護事業所（147ヶ所）の大半（96.6%）で、口腔機能向上サービス等の口腔に関連したサービスを提供していた。

図表 3　口腔関連サービス提供の有無

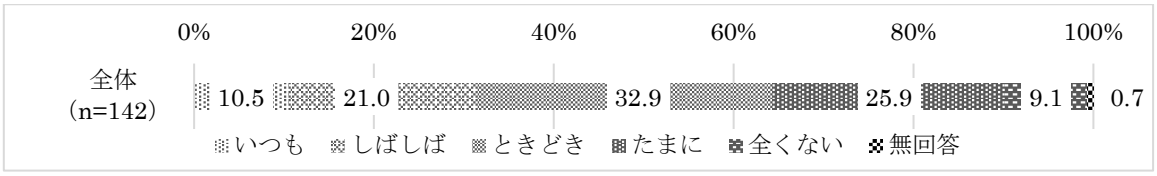


(4)　認知症の人への口腔関連サービス提供時の困りごとの頻度

口腔関連サービスを提供している通所介護事業所（142 ヶ所）のうち、認知症の人に口腔関連サービスを提供時の困りごとがあると回答した者が大半であり、「ときどきある」が 33.1%と最も多かった。

また、回答者の職種別では歯科衛生士および看護職は「ときどきある」、言語聴覚士は「しばしばある」「ときどきある」と回答した者が多かった。

図表 4　口腔関連サービス提供時の困りごとの頻度



図表 5　口腔関連サービス提供時の困りごとの頻度＜回答者の職種別＞

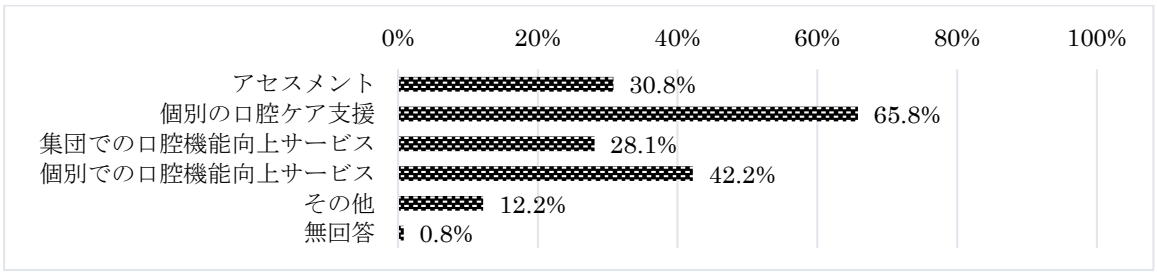
		いつも	しばしば	ときどき	たまに	全くない	合計
歯科衛生士	n	10	22	34	25	7	98
	%	10.2%	22.4%	34.7%	25.5%	7.1%	100.0%
看護職	n	1	1	5	4	1	12
	%	8.3%	8.3%	41.7%	33.3%	8.3%	100.0%
言語聴覚士	n	1	2	2	1	1	7
	%	14.3%	28.6%	28.6%	14.3%	14.3%	100.0%
その他	n	2	5	3	3	4	17
	%	11.8%	29.4%	17.6%	17.6%	23.5%	100.0%

(5)　認知症の人に口腔機能向上サービス等提供時の具体的な困りごと

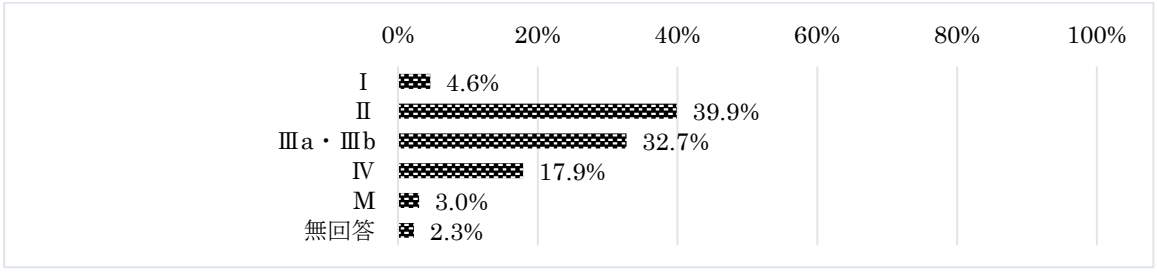
口腔関連サービス提供時に困ることがあると回答した通所介護事業所（129 ヶ所）に具体的な事例（1 事業所あたり最大 3 件を記入）を質問したところ、263 件の回答があった。事例については、場面は「個別の口腔ケア支援」（65.8%）、対象者の認知症高齢者の日常生活自立度は「Ⅱ」（39.9%）、要介護度は「要介護 1・2」（41.8%）が最も多かった。

具体的な事例内容は、場面および要介護度別にまとめた。

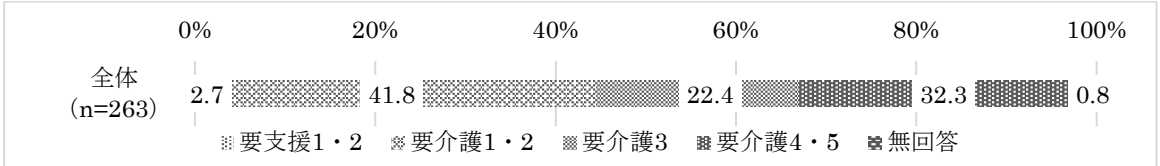
図表 6　具体的な困りごと：場面【複数回答】（n=263）



図表 7　具体的な困りごと：認知症高齢者の日常生活自立度【複数回答】（n=263）



図表 8　具体的な困りごと：要介護度



アセスメント

【要介護１・2】

- アセスメントでの質問に対してサービス提供側から見ると当てはまる箇所がいくつかあると思われても、ご本人からすると「大丈夫」との回答をいただくことがある。
- アセスメンとの質問に対して答えがすべて「できる」になってしまう。
- アセスメントも説明しても、指示入力に時間がかかってしまった
- アセスメント時すべての項目において口腔内に問題があるが、「何ともない、大丈夫」と答える。例えば、上下 15 本欠損歯あり、硬い食べ物は残す（食べ物の噛みにくさあり）。認知症が進み「噛みにくくない」と答える。上下義歯を新しく入れたときは残さず召し上がる。しかし、1 か月後自宅で上下義歯紛失する。義歯装着すると完食できるが、自宅で義歯管理はできない。「家で歯磨きしている」というが、家族は見たことがないこと。
- アセスメント評価に時間がかかり、他の利用者の 2-3 倍かかる。
- 検査時の指示が伝わらない。
- 口を開けてくれない。アセスメントができない。
- 口腔清掃、機能状態などの質問時に理解できず返答がまばらになる。オープン・クローズクエスチョンを使い分け対応をしている。パタカテスト時口頭のみの説明では理解できず、「パ・タ・カ」と各文字を大きく書きアセスメントを実施。途中で発音をやめてしまうことが多く検査結果にばらつきがある。RSST 検査においても検査方法の道具を見せて実施するが、声かけを続けないと途中でやめてしまうことが多く、パタカテスト同様検査結果にばらつきがある。口腔機能維持向上の判断がわかりにくい。
- 口腔評価を実施する際、その日の気分で応じてもらえないことがある。
- 指示理解が難しく、正確なアセスメントを行うのが難しい場合がある。
- RSST 測定時指示が入らず測定できない。オーラルディアドコキネシス測定時「三・三・七拍子」や歌のリズムに合わせて発声してしまうため、正確な数値が測れない。

【要介護 3】

- 意思の疎通ができない（口を開けてもらえない、会話ができない）。
- 口腔機能テストができない。
- 明らかに出現している（例えば食事中のむせ）聞き取りに対して自覚症状がない。記載するときは説明を付け加える必要がある。
- 嚥下反射テストの際、理解されず正しく測定できなかった。
- RSST 検査の時に要領が分からず正確に測れない。拒否もある。

【要介護 4・5】

- アセスメント全般的に行えなかった。
- 指示・理解が困難なためアセスメント評価ができない。
- 認知症患者さんへの事後アセスメントを聴取する際、正しい情報が得られない（その時々で発言の内容が二転三転するため）。
- RSST、オーラルディアドコキネシス等の指示が理解できないので、正しい評価ができない。以前と比べて向上したのかどうかの数値的な判断ができない。

個別の口腔ケア支援

【要支援１・2】

- 元々自宅でも毎日歯を磨く習慣のない人であったが、上下部分義歯も汚れており、何本か残っている臼歯の歯周病も進んでいる人であった。居宅通所なもので、たかが週 3 日のお昼のみのケアであるため介助でしっかり磨いても、少し休んだりするとまた歯周病がぶり返し、少し良くなりぶり返しの連続でなかなか改善することが困難であること、家の方にも協力を願うが最初のうちだけで続かない。
- 口腔ケアは毎回声かけし誘導を行っている。口腔ケアをせずにカラオケを歌われている。朝食後の歯磨きや義歯清掃をされないため、義歯に食渣付着があり舌苔も厚い。口腔ケアの必要性を説明するが、歯磨きの習慣がないのか真剣に受け止められない様子がうかがえる。
- 口腔ケア自立で自尊心がある利用者への歯磨きに対し、磨き残しなど介助介入が困難。どこまで介助して良いか悩むことが多い。
- 声かけの返事はとても良いが、洗面所に来られず他の場所に座られていたり、洗面所に来られても、義歯を外さず磨き始められたり、ブラシを間違えたりする場面がある。押し車で移動のこともあり口腔ケア動作だけでなく移動時の転倒リスクもあり、常に見守り誘導が必要である。

【要介護１・2】

- （奥様と同居している方）運動意欲が低下しており、ご自宅では寝ていることが多々。義歯、天然歯もあるが清掃はほぼ行っておらず汚れが多い。歯肉の出血、腫脹も見られ歯科受診を促したいが、同居している奥様も少し認知症状があり、ご自宅での清掃の協力や本人の拒否が強く受診してもらえないこと。
- 「仕上げ磨きをしてもらったら歯茎が痛い」と本人が言っていると利用者の家族から連絡がありました。義歯が歯間に当たって発赤が出ている疑いが濃厚であったため、受診していただいた所、義歯による擦過傷と判明。本人の思い込みであっても、家族は信じてしまう事例がありました。謝罪の連絡があり、一段落はしました。
- 「歯が痛いから」などの理由をつけ拒否する。
- ケア自体に対する誘導に時間がかかる（説明を毎回やってやっとケアできる）個別ケアに誘導しても何のために入れ歯を外すのか等一つ一つ説明、納得が必要となり一人@のケア時間が必要。
- サ高住のご利用者さま多数来所されている。自己管理の部分がほとんどのため、歯磨きが施行できていない様子が見られる。
- パーキンソン症状のある方で歯科は受診しているが、SP するだけで帰ってくると家族より話があった。重度の歯肉炎が見られ易出血（舌の上に血液が固まった状態の日がある）、歯肉の痛みもある。ご自身の身体の状態からうがい、ブラッシングも困難。口腔ケアは DS を利用する週 1 回のみ。全く改善せず食欲も落ちている。家族がケアを手伝ってくださるようになったが、ケア自体プロ（介護職）でも難しい。ケアを在宅で行えるサービスがないこと。
- ブラッシング指導通りにできない。うがいできず飲み込んでしまう。
- ほぼ毎日来所されていても毎回同じことを聞かれる。例えば歯ブラシと義歯ブラシの使い方。うがいをすることをまかせるとしないで終わる。義歯を磨いた後これでいいかと必ず確認する。汚れがついているか落ちているかわからない等々。困っていると言うほどでもないかなとも思っている。
- わりと意思疎通はできるので、伝えたことは実行してくれます。ただ、忘れやすいことが多いので声掛けや点検は必要に思います。握力が弱かったり、と力を入れてしっかり汚れを落とすということが難しそうです。
- 右上～左上、右下～左下 PD、残存歯 8 本あり。ブラッシング圧強く、毎回歯肉より出血あり。やさしく磨くように声がけするが聞く耳を持たない。右上～左上 PD 合わないと言われ頻繁に外すかと思えば、次の来所時に問題ないと言われ着脱みられないその繰り返し。コロナ流行時（現在も）義歯を触るたびに手指消毒もしくは手洗い。義歯安定剤勧めるが歯科医師から必要ないと言われ、、、今現在歯科受診しているが改善みられず、現在も義歯着脱は続いている。集団での口腔体操時、突然意図不明なことを言い出したり、周りの利用者さまたち困惑させることがある。
- 家族の協力が得られない。何度もプリントや説明をするも理解してもらえず、歯ブラシの準備すらしてもらえなかった。親の認知症を受け入れられないため、偏った受け止められ方をしてしまい逆効果の時がある。
- 義姉を無くし噛めない状態でケアマネジャーにも情報を共有し歯科受診を勧めていただくが、本人にその意思がなく放置されている。
- 義歯は声かけにて自分で外させますが、自分で義歯の清掃は難しい。残っている歯の歯磨きはできる。義歯の装置も本人に説明するのが難しいので、本人に説明しながらはめてもらう。
- 義歯を外すことを忘れておられるので、食事の後は必ず外して清掃することを習慣にしている。唾液腺マッサージ、口唇・舌の体操。
- 拒否により十分なケアができず、途中で中断せざるを得ない時がある。痛み等の訴えがなく口腔内の傷や変化の発見が遅れる。→歯科受診を勧めても納得、同意が得られず改善が困難。
- 口腔、義歯の清掃に声かけ誘導を行う必要があるが、トイレに行ってからと言われその後口腔ケア

を忘れてしまう。また、口腔ケアを行った後に再度何度か行うこともある。家族の協力が得られる方なので、義歯の調整は行える。

- 口腔ケアが全くできていない。
- 口腔ケアに自分のやり方があり、一回に大量の歯磨き粉を使用する。一度口腔ケアを始めると満足するまで行うため、30 分から 60 分行うこともあり出血してもやめることはない。
- 口腔ケア時の歯間ブラシ・口腔洗浄の拒否。口腔訓練の拒否が多く見られる。
- 口腔ケア時目を離した際、手指消毒で口腔内を磨かれたこと（すぐに洗浄した）。
- 口腔機能向上サービスをする際の拒否があり、特に食後の口腔清掃は、席を立ち移動することや、歯磨きをすること自体が面倒な様子で、かたくなに拒否を示す場面がある。
- 口腔清掃の誘導に応じてもらえず、隣席利用者と一緒に移動をしていただくことがあること。毎日口腔清掃手順の説明が必要で、清掃道具の準備、手順声かけや介助、片付け等利用日の体調により、介助量にも変化があること。
- 口腔清掃後、床に義歯を落としたことを本人もこちらも気づかず帰宅させてしまった。
- 口腔評価時に歯ブラシを使ってブラッシングを行うが自宅で行うことは難しくプラークが減少しない。ほとんど自歯が残存しているため不安。口腔洗浄時見守りがないと洗口液を飲み込んでしまう。
- 指示が入らない。特に帰宅願望が強い日は訴えが強く、何を言っても指示を理解してもらえない。口を開けない、うがいをしない。
- 歯ブラシやスポンジブラシの使い方がわからなくなる。見本を目の前でしても、耳や鼻に入れそうになる。清潔と不潔の区別がつかない。
- 歯周病による炎症と痛みがあり、ブラッシング支援の直前もしくは説明しながら口腔ケアを行っていても、痛みのため拒否されることがある。（かかりつけ歯科医も口頭、書面での説明あり、家族も聞いている）
- 歯磨きの習慣がないのか（忘れるのか）歯ブラシを持たせても磨き方がわからない。入れ歯がわからない。一つ一つの指示が必要。
- 歯磨きは同じところしか磨けず、全体を磨けない。多数虫歯があるため治療を勧めたが、継続的な治療ができず補綴物を入れることができなかった。
- 歯磨き指導を何度しても改善が見られない。
- 歯磨き時自力清掃されるのですが、ずっと見守りしていないと歯ブラシを他人のものを使われたり、ハンドソープや手指消毒を歯ブラシにつけて磨こうとする。
- 自主性の低下、セルフケアの習慣が定着しなかった。→家族都合で DC の利用が困難となり、DC の利用が終了となり、他事業所 DS へ移向となった。口腔衛生に関して情報伝達が不十分なまま終了となってしまった。
- 自分で歯磨きを行っている様子がなく、プラークの付着が著しく、ブラッシング指導を行うも定着が見られない。歯磨きをしなくても自分は口腔疾患にならないという固定観念が拭えない。
- 週 2 回の利用では十分なケアが行いきれないため、自宅に持ち帰ってもらうのが困難。
- 女性に多いが口腔内を見られたくないという意識が強く、義歯を外してくれないなどのケースがあった。
- 上下総義歯だが食事中に外れてしまうので、義歯安定剤を使用している。誤った使用方法で顎に傷ができてしまい、義歯安定剤について説明（難聴のため文書でも説明）。付け方の指導を毎回行っているが、歯科受診に至らず。
- 上顎 FD、下顎 PD、残存歯右下に 2 本あり。上顎は義歯という認識があり外して磨くが、下顎は自分の歯と思い込んでいるのか外さずに磨く。内面に汚れ多く、残存歯もプラーク付着多い。声がけするが立腹し、外してくれないことが多い。
- 食後の歯磨き時、洗面所が混み合っていたときに順番が待てずに怒りだし、少し待っていただけるようお願いしたが右手を振り上げ私をたたこうとした。とても恐怖を感じた。
- 総義歯で残根多数あるため、清掃不良にて歯肉発赤が常にある。義歯安定剤を多量に使用している。指導するが適量を守れない。義歯の調整が必要であるが、家族の協力が得にくい。
- 息子さんと二人暮らしだが、自宅での口腔ケアは全く家族は関与しないため、こちらを利用する週 1 回だけしか口腔ケアが行えない。歯科衛生士の指導で義歯洗浄剤の対応、歯ブラシ、舌ブラシ、ワンタフトブラシ、歯間ブラシを使用して丁寧にケアを行っているが、週 1 回のみで口腔内の環境がなかなか改善しない。家族の意識を変えるのも困難であること。
- 多数のう蝕の放置が見られ歯科受診を促すも、歯科に対する恐怖心が強く受診にはつながらない。
- 認知が進むにつれ、義歯を装着されず来所し、取りに帰られるということが数回続き紛失。作製するも紛失ということが続くこと。
- 認知機能低下に伴い、指導内容の把握が困難。その都度指導を行えば、動作は本人で可能だが、次回利用時には口腔ケア手順がわからなくなってしまう。独居での生活のため、在宅で他者の協力を得ることは困難。口腔ケア方法の資料を作成し、自宅使用していただくようお願いするが、活用はしていない様子。
- 認知症状にムラがあり、拒否がひどいときがある。歯ブラシの認識ができない。うがいはわかる。一つ一つ声掛けが必要。洗面所に誘導も大変（なぜ行かなくてはならないか理解するまで）。
- 発熱をきっかけに口腔内出血、粘膜に潰瘍ができケアの仕方対応に困った。
- 訪問歯科を導入されている利用者さんが、義歯を作り直し新しい義歯を使用されているが、取り外しの指導等具体的な取り扱いの説明がご家族や本人に行き渡っている様子が見られず困っている。
- 毎回の口腔ケア手順がわからず、歯ブラシ、スポンジブラシなどの道具や清掃手順、イラストを見せたり清掃動作を見せながら実施。また、ものをすぐに片付ける動作を繰り返すため口腔清掃以外不必要物は出さず、洗口液など誤飲しないように常に見守りを行う。見守り声かけすることが多く、他の利用者さまへの対応が少なくなるときがある。
- 毎週介入しているが(口腔ケア)、介入している事を覚えていないため、たまに拒否される事がある。
- 明らかに口腔内に異変があっても本人が困っていないため口腔内のお手入れに拒否がある。
- 要治療歯（歯牙破折、う蝕歯）があるが、歯科受診には至らず、話をするたびに堂々巡りであること。
- 来所時のうがいや食後の口腔ケア誘導時、洗面台前のいすに座る動作やコップでのうがい、水道の使用等の動作の開始困難が見られる。歯ブラシの提供を行っても使用方法に迷う行動が見られ、動作説明が必要になること。
- 来所時のうがい等指示通らず動作開始困難がある。また、うがい薬の認識が薄く吐き出す前に飲んでしまう。食後の口腔ケア誘導時は拒否が見られ、移動に至らず。口腔ケアが開始されたところで義歯の認識がなく、装着されていても脱着ができない。歯ブラシとの用具準備介助をしても、口腔内に使用できない場合があり、終了後の片付けも行えず、その歯ブラシを持参のカバンに入れて持ち帰ってしまう等の行動が見られること。

【要介護 3】

- ケア用具のセッティング、洗面台への誘導に応じ、自立ケアを行うとするが磨きやすい歯の表側を力強く磨いて適度なところで終了しようとする。磨き抜かりのところがいつも同じで、歯周病の進行により、歯茎の発赤、一時的に著しい出血がいつもある。
- ご本人にしか実際口腔ケア実施支援を行えないため、自宅での口腔ケアの介助をしていただける方に伝わらないため、口腔ケアが持続しない。
- 家庭にて口腔内および義歯清掃が全くされていない。毎回書食渣（大きなものあり）やプラークが多量に認められる。口から水や唾液がこぼれても気にしない。
- 含嗽の指示が入らず、飲んでしまう。そしてむせ込むことがある。
- 義歯着脱時、指示が入らず時間を要すること。
- 口腔ケアの拒否。集中して口腔体操に取り組めない。
- 口腔ケアの拒否があり、十分なケアができない。
- 口腔ケアの時間帯が限られているため、個々の口腔ケアの支援が不十分になってしまう。
- 口腔ケアの定着がなく不衛生。また、う蝕も多く義歯の使用もないため咬合がなく嚥下機能にも低下が見られるが、本人さまに伝えても拒否のみで同居家族さまも認知症のため理解できない。
- 口腔ケアを行う際に口を開けてくれない。洗面台まで来てもらえない。
- 指示が通らず口が開かない。かみつかれたこともあった。
- 指示が通らない。
- 指示の力が可能な場合と不可能な場合の日差が激しく、その時々でケア方法を変える必要がある。
- 週 2 ほど SS を利用。来所時にうがい等を行っているが毎回「どうするか？」と聞いてくる。開始困難はあまり見られないが、以前の行動を覚えていない。食後の口腔ケア時は声かけ等を行い、義歯の着脱の声かけをしないと清掃に至らない。また、一度行い席に戻ると「私はまだ行っていない」

と本人より訴えがあり、繰り返しの行動も見られるため、傾聴し再度行ってもらう。毎回行っていることだが、本人は「初めて来た所」ということで毎回の説明が必要になること。
- 上下に総義歯を作製されているが、下顎の義歯の適合がうまくいっておらず、普段使用していない。受診の際も不具合の状態がうまく伝わっていない。
- 洗面台まで案内し義歯を外すよう声かけするも、バッグの中の口腔ケアセットを探そうとされたり手を洗ったりされる。集中力が散漫なため、他の景色が目に入ると手の動きが止まり、歯磨きに集中できない。(食事も同じ) すべてに声かけ介助と介入が必要である。
- 昼食後の口腔ケア時に義歯を外す→洗う→口腔内をきれいにする (残存歯あり) →うがいをする動作を一緒にしているが、毎日動作の説明をしないと義歯を外すことからできないこと。
- 不穏が強く (帰宅願望、興奮状態) また、ケアの必要性が理解できず受け入れが困難。→趣味の話をして気分転換したり、時間をかけて関わることでなんとかケアすることができた。
- 不穏になる。
- 来所時傾眠されている時間が多く、集団での口腔ケアができていない。(食事中も傾眠されていることが増えてきている) 食事後の口腔ケア時、本人に義歯の外し方、うがいの説明を行い、また義歯装着時も声かけしながら行っている。

【要介護 4・5】
- (ご家族の口腔ケアできないとのこと) 義歯着脱の際、暴れたり手ではたかれたりする。義歯鉤で歯肉を傷つけないよう数人で介助が必要であること。
- うがいの際、口にコップを持って行くことができない。できても飲んでしまう。
- レビー小体型認知症など特有の攻撃的な態度や暴力を振るう、暴れるなど、かみつくなどの行為のある方の対応が難しい。
- 意思疎通が困難なため、対応することが分からないので、口を開けなかったり、ブラシを噛んだりといったこともある。大きく口を開けられないので、口腔内が奥まで確認しずらい。
- 意思疎通が難しく、歯磨き時自身でできないため、介助すると大きい声で抵抗される。また、口をゆすぐことができない。
- 介助ケア中に「殺される」と不安にかき立てられる。穏やかなときには応じてくれる開口も強く拒否し、歯ブラシを歯で強く噛んで放さなかったり、介助する手を払いのけようとする。
- 開口拒否。噛みつき。
- 義歯が口腔内に確認できず、所在不明なことが多い。ティッシュペーパーに包んでポケットに入れていたり、居室のベッドにまぎれていたりと管理が難しいこと。
- 義歯の出し入れが難しい。意思疎通が困難。
- 義歯の脱着が難しく、スタッフも外したら着けるときに困難であり、時々義歯を着けているにもかかわらず、他人の義歯を着けようとする。(スタッフに着けるようにと強く訴える)
- 義歯の適合が悪く嚥下がうまくできない。ケアマネジャー、家族と相談の上歯科受診を勧める。
- 義歯を使用している方で義歯をはずそうとすると手が出て義歯を外させてくれない。→職員が利用者の手を押さえて義歯を外した。
- 吸引を必要とする方の口腔ケアで吸引ブラシがない状態でのケアに時間がかかり、対象者にも負担がかかってしまう。
- 拒否が強く口腔ケアに入らせてもらえない。受診が必要な状態であっても治療を受けていただけない (認知症のため)。
- 口を開けない。何でも噛んで放さない。
- 口を開ける指示が通らない。うがいができない。
- 口腔ケアの拒否が強く、ケアがほとんどできていない(介助で行うのも困難、開口しない、手が出る)
- 口腔ケアは全介助で行っている。意思疎通できず開口維持できない。歯ブラシを奪って投げる。口を手で押さえる。といった行動が多い。しかし、攻撃的な殴る、爪でひっかくなど相手を傷つけることはない。
- 口腔ケアをしようと思っても、口をつぐんで水を口に入れてくれない。(自歯、義歯なし)
- 口腔ケア介入時に拒否が強く、拒否発言、暴れる、手が出るなどの行動があること (介助が必要)。
- 口腔ケア時噛まれる。
- 口腔ケア時口を開けない、噛む、攻撃的な利用者がいる。バイドブロック使用しても歯形がつくほどの拒否があるときのケアの仕方が知りたいです。
- 口腔ケア実施の姿勢。口腔内をしっかり見ようとすると見づらい (角度明るさなど)
- 口腔清掃中に口の中に指を入れると噛んでくる。
- 口腔内磨き残しが多く、動揺歯もあり毎回チェックしている。動揺歯周囲のプラークの付着が見られるが、ブラシの振動で痛みを感じるため大声で「痛い痛い」と叫ばれる。デイサービスのフロア内に声が響いてしまう。
- 指示が入らず口腔体操に参加できない。うがいができないため、ブラッシング左下Pは拭き取りになり、残渣物が残ることがある。
- 支援にお誘いするだけで敵だと思い暴言暴力となる。
- 支援中口を開けてくれないときがある。
- 歯ブラシを誘導しても拒否をし、実施してくださらない。家庭でも口腔ケアを拒まれ、口腔ケア実施者を変えても、変わらない。
- 歯磨きの際に口を開けない。説明しても苦痛な表情。うがいができない。
- 歯磨きの際口を開けない。うがいの水を飲む。歯ブラシを噛む。意思疎通が困難。
- 自宅での口腔ケアが全く実施されず、来所時 (週 1 回のみ) の口腔ケアとなり、改善が全くない。家族にはケアマネを通して必要性を説明しているが反応がない。
- 上下総義歯、義歯の取り扱いも清掃も全介助。義歯の取り外し時協力してもらえない。入れてもすぐに出される。すぐ出さないときはベッドで休まれているとき、体操時、レク時。いつ出されてどこに置かれるか分からないので紛失が心配。
- 上記のレベルの方たちは意思疎通が困難な方が多いので、開口保持するのが難しい場合が多いです。不随運動や片麻痺等で態勢を一定に保つことも難しいです。自立はほぼできないので、常に介助を要します。アセスメントで状態を聞いたり、栄養状態の確認など多職種との連携も欠かせません。
- 食後の口腔ケアに意欲、関心が見られない等は一緒に歯ブラシを使い指導する。
- 食後の口腔ケアの拒否が強く、口腔内に歯ブラシを入れることができない。歯ブラシやスポンジブラシを噛むことが多い。
- 食後の口腔ケア時、洗面台への移動には進んで移動してくれる。ケア用具セッティング、ケア手順ごとの声かけにて自立ケア行えるが、急いでケアし終了しようとするので、ケア不十分となる。介助ケアにおいて自分のペースが崩れるためか混乱して急に怒り出すこともあり、磨き残しが続くこともある。
- 食後の口腔ケア時に言葉かけにて開口してくださいますが、歯ブラシが口腔内に入ると歯ブラシを吸ってしまい閉口されるため、目で確認しながら歯を磨くことが難しい状況です。歯茎が弱く出血しやすいため、しっかり目で確認しながら軽い力で磨かないと歯ブラシで歯茎を傷つけて出血につながる恐れがあります。
- 洗面所までの移動に時間がかかる。口腔ケア時に拒否されることがあり、十分なケアをできない日もある。
- 日によってうがいができるときと、うがい水の飲み込みがある日があり、歯磨き剤は使用せずお茶でのうがいを行っている。声かけをし歯ブラシを渡すと歯の表だけを磨いて終了する (20 秒ほど)。口腔ケアは介助が必要。理解不能な言動が多く、時には大声と介助中にたたいたりされる。
- 日によって傾眠傾向があり、また不穏が強く (帰宅願望)、ケアの受け入れが困難な日がある。→歌がお好きな方なので、歌を一緒に歌ってリラックスしていただいたり、時間をおいて関わるなどの工夫で介入は可能。
- 認知が軽度で、羞恥心が強くあり、入れ歯を外してのケアを頑なに拒否される。
- 認知症による口腔ケアに対する拒否と過緊張による不良姿勢。頸部が非常に前屈しているため口腔ケアが不十分。
- 年齢は 50 歳代ではあるが、口を開けてもらうことが難しく、歯列内の残渣が除去しにくい。食事介助時にも口が開きにくく、介助しにくさがあるので。
- 脳血管疾患後遺症あり。気分にムラあり。口腔内をなかなか見せてくれなかったり、欠損歯が多く受診を勧めるが受診するといって数か月未受診。ご家族様が不在であったり、受診できない場合は、デイサービスへも往診が可能になればよいなと思うこと多々ございます。

集団での口腔機能向上サービス

【要介護１・2】

- 口腔プログラム実施中に寝てしまうことが多く参加できない日がある。
- 初期のアセスメントの段階では特に拒否される様子はなかったが、日がたつにつれ、口腔体操を馬鹿にするような態度が見られ、口腔体操の時間になると耳を押さえて拒否するようになった。口腔体操への参加は自由だが、やりたい方にはしっかり声が届くようにしたいが、やりたくない方にはうるさくないように配慮しなければならない。
- 食前の口腔体操がなかなかできない。職員が一人介助して伝えると少しできるが、動作を同じように繰り返すことが難しい。
- 難聴もある方なので､そのせいもあるかと思うが、集団での口腔体操時にとりつくろいが見られる。とりつくろい､「慣れ」で行動していることがお多く､理解しているのか分からない。
- 嚥下体操時、手足を一緒に動かす体操は比較的理解され同じ動きができる。口腔、頬や唇、舌運動など見えにくい部分の運動時は意欲が低下し動きが止まることがある。音読や早口言葉など短文時は発音、発声も力強いが、長文になると途中どこを読んでいるかわからなくなりやめてしまうことがある。嚥下体操効果、意欲へのアプローチ方法に時折悩むときがある。

【要介護 3】

- ご家族の希望で口腔機能向上のための訓練を行っているが、ご本人にはあまり興味のないことのようで積極的にしてもらえないこと。
- 集団でのパタカラ体操を行っているが、口腔機能向上に効果を上げているか評価が難しい。口腔機能向上を図りたい方々にはあまり積極的には参加していただけず、また、個別支援を計画していたが、スタッフによってはケア内容にばらつきがあった。
- 集団体操などは傾眠が強く参加されないことが多い。
- 昼食前の嚥下体操ほか生活機能を維持するための体操等に対し､「幼稚園のようなことをさせる」と立腹され､何を目的に行っているのか？スタッフの説明には理解を示していただけないことがある。
- 認知面の低下により、口腔体操の指示が入りにくく集中して体操できる時間は短い。

【要介護 4・5】

- 集団の口腔体操中に、他の人の行動に対して攻撃的な言動が見られるとき。
- 食前にご利用者全体で口腔体操を行っていますが、認知機能の低下により口頭では動作の理解が難しく、周囲に注意がそれやすいため体操・動作も持続しにくいです。また、口腔体操を行う目的や必要性の理解も難しいため、意欲的に取り組むことも難しいです。特に現在はコロナウイルス感染予防の観点からマスクをしたまま口腔体操を行っているため、実施方法を視覚的に提示できずさらに動作の理解が難しくなっている状況です。

個別での口腔機能向上サービス

【要介護１・2】

- デイサービス来園時の口腔ケアや、口腔機能向上の指導は可能であるが、時間がたつと忘れてしまうこともあり、自宅での実施ができているか不明
- 気分により拒否あり。
- 口腔機能向上を行うにあたって、ご本人のお気持ちが合わないとこちらが行いたい時間帯に実施しにくいので。
- 口腔訓練は「目が悪いのでしたくない」と言われ拒否されます。声かけやとなりの利用者さまの声かけ次第では､たまに参加してくださることもありますが､なかなか参加してもらうことが難しいことが多くあります。
- 口腔体操などの必要性を理解していない。
- 実施指導の内容は毎回同じ内容になるため、自立向上・改善にはつながりにくく、ご家族との情報交換が多い。
- 男性の方で口腔機能向上訓練を拒否される。こんなことをして何になるんだと言われた。昼食後の口腔ケアは拒否なし。
- 入院時に口腔ケアの必要性を指導しても自宅退院後ケアが継続されないことが多い。また、入院時に口腔内が汚染されていることが多く、口腔ケアの必要性を指導しても受け入れていただけない。

【要介護 3】

- 指示が入らない。歯磨き粘膜清掃など何度やっても、やったことがない・教えてもらっていない、と忘れてしまうため習慣化は難しい。
- 歯科受診が必要（今にも歯牙が抜けそうな動揺歯あり）の場合、ご家族なしケアマネに受診勧奨しても本人の意志が固く歯科受診拒否で、通所介護事業所では毎回のチェック、できる限りのケアを行うのみにとどまっているケースあり。それでもほぼ毎日管理できているので、歯牙離脱の際も誤飲、誤嚥など事故を未然に防げている。
- 歯科受診が必要（歯周病重度、下顎残歯がすべて動揺 M3）だが、ご家族の理解がなく歯科受診に結びつかない。ご本人も「大丈夫」と言ってしまう（痛み（+）ただしケア時のみ）通所介護事業所でのなんとか毎回の口腔ケアで食事摂取できている様子（ご家族は常食希望、本人はほぼ食事は丸呑み状態)。
- 週 1, 2 口腔ケアを行っているが､普段家で口腔ケアを全くしないため､口臭､歯肉炎がよくならず。
- 認知機能の低下により日によってこちらの指示が入っていかない。口を開けてください、入れ歯をしてください、うがいをしてください等の基本的な指示が理解できないときがある。指示が入らないまま口腔ケアを始めると恐怖感や不快感から口を閉じたり手を振り払ったりして抵抗するため、根気よく説明する必要あり。
- 認知機能の低下による易怒性がみられ、義歯を外すために口腔内に指を入れようとすると顔を真っ赤にして首を激しく振り抵抗して、指を噛もうとする行為が見られる。ご利用者と担当者層お方にけがをする可能性があり。

【要介護 4・5】

- うがいの時だけ興奮状態になり、実施困難となる。
- ご家族に対してですが、口腔ケアの必要物品を依頼するときに、具体的に必要なものをお伝えしないと準備していただけないことが多く、自宅での口腔ケアの認識の低さがうかがえる。
- 介護抵抗がありコミュニケーションが難しい。
- 気が短くイライラしていることが多いため、機能向上訓練を一緒にしてお伝えしても雑になっている。怒って中止することもある。
- 気分により拒否あり。
- 口を開ける閉じる程度の指示は入るが、嚥下体操などは混乱が生じてしまうため、どうしても歯科衛生士の口腔マッサージなどになってしまう。
- 口腔機能向上サービス内の反復唾液嚥下テスト、オーラルディアドコキネシスを行う時、意思疎通の困難さでできなく難しい。大声を上げたり手をあげたりすることがある。
- 口腔体操時たびたび指示が入らないことがあります。
- 口腔体操等で指示しても模倣が難しく実施できないことがある。
- 認知機能の低下により原始反射のうちの咬反射が出現しており、前歯部に歯ブラシや指を入れるとカチカチと噛む行為があり、舌口蓋側が磨きにくい。歯も揃っているので食渣は多量。うがいに対する理解もないため、口腔内に水をため込んだまま吐き出さずにいる（食事時の水分もため込んだまま飲み込まない)。

その他

【要支援１・2】

- ご家族との同居はなく、離れてお一人で暮らしている利用者さんに「歯科に行きたくてもどこを選べば良いかわからない。歯科がたくさんあり過ぎて受診に躊躇してしまう。」と言われて困った。受診を促すだけで、利用者さんの治療へのお手伝いには関われない。なんともやりきれない思いを感じた。
- むせが多くなってきていることは自覚されていて、むせ（誤嚥）に対応する訓練をお伝えしているが、機能回復にまでは至ってないので、トロミ剤も勧めているが拒否され続けている。
- 口腔ケア（清掃）の時間は（集団で行われる）飲み物でうがいをしてしまったり、しまい込み動作、途中でやめてしまう等あるので、その方一人に対して目が離せないことがある。清掃状態が悪い。入れ歯の手入れができていない場合でも、清掃指導の内容がご本人に伝わらない。独居の場合ご自宅でも口腔内の管理が難しい。

【要介護１・2】

- （独居の方）足腰は強く身体に問題がないためとても健康に見える。しかし、短期記憶が低下しており些細なことで立腹されたり、同じことを何度も言ったり、聞いてきたりすることが多い。独居でご家族が遠方に住んでいるため、すべて日常生活は自立して行っているが、服薬ができないことや食事がしっかりとれていないことがあったり、栄養の偏りが心配である。口腔の面では、天然歯がなく総義歯のため、清掃の必要性を感じておらず、口腔に対して拒否が強い。本人はしっかり磨いていると言うが汚れの付着が多く見られ、自宅での清掃状況も把握できず困っている。
- （娘さまと同居している）少し記憶障害が見られるが、日常生活に支障をきたしてはいない。唇に炎症が見られ歯科受診を促したが、予約方法がわからず娘さんにお願いしたが、夜間の勤務をされており忙しくなかなか頼めない。こちらから直接娘さんやケアマネジャーとの関係もあるため無理に連絡ができない。
- アセスメントしても質問の意味が理解できず、会話が成り立たない。集団で口腔体操していても､他利用者を眺めていたり､実施できないときがある。トイレの途中で立つことが多い。口腔ケアのために洗面所まで来ても､洗浄せずにうがいだけですませたり､口の中や義歯を他人に見られることを極端に嫌う言動がある。家族が用意した歯ブラシを自分のものと認識できない。
- アセスメントでは事実と異なることを言われる。口腔ケアでは歯磨き指導の指示が伝わらない。口腔体操が思うように行えない。特定の文字が読めない。
- ご自宅での口腔清掃について把握することが難しい。痛みの訴えをしない（痛みを感じない）ため、重症化しやすい。
- 右上～左上 PD 残存し 12 本あり。義歯を外さず磨こうとするため、毎回声かけ必要。歯頸部カリエス多い。集団での口腔体操時突然大声を出し怒りだしたリ、意図不明なことを言い出したり、周りの利用者さまたちを困惑させることがある。
- 家庭での義歯の清掃等ができていない。義歯も適合が悪くなっているため歯科受診を勧めているが進まない。介護支援専門員は「口腔機能が低下しているから、デイサービスでの訓練の回数を増やしてほしい」と要望があり、すでにサービスで 2 回追加し月に 4 回実施しているが、家庭では何も言われないので向上は難しい。
- 義歯の管理ができなくなり、紛失の心配もあり家族の管理もできず、装着しなくなった。一口量が理解できず、かき込んで食べられ、誤嚥のリスク。集団で嚥下体操を行ってもできない。
- 義歯を着けてくれない。
- 義歯を入れたがらなくなり、老老介護のため家族の対応も困難で、食事形態を義歯を入れなくても良い携帯にする必要があるが対応することができずにいる。同様に口腔ケアも自宅での対応が困難でいる。サービス（DS）利用時（週 1 回）はしっかり行えるが、自宅での対応が難しいケースがたくさんあります。
- 拒否が強く口腔スペースに連れて行くのに時間がかかる。自費の義歯を外す際、口を開けられず怒りだしてしまう。(自分ではぴったりのため外せないため）アセスメント評価時、指示が入らず正確性に欠ける。
- 指示がほとんど入らないため、アセスメントの聞き取りは困難。口腔ケアにおいてもなかなか口を開けてくれなかったり、急に怒りだしケアしている職員の手を払いのけたりする。カリエスがたくさんあり、残渣等もたまりやすいが治療できる状態ではない。
- 指示が入らない
- 歯科医院に受診したいが、車椅子で家族が仕事のため受診になかなか行けない。
- 歯肉に炎症や痛みがあったり、義歯の破折等があったときにできるだけ早く受診してほしいが、何度も状態を説明しても家族、本人に受診の必要性を分かってもらえなかった。
- 歯磨きが不十分な状態。義歯の仕上げ磨きを行わないとプラークが強く付着して除去するのが大変。家族の協力が難しい。表情が固くなり、口腔体操をまねして行うことが難しくなっている。
- 自宅での口腔体操の実施ができていない。早食いの習慣があり、指摘改善を促すも実施せずむせ込みが見られる。
- 自分の言いたいように言うので口腔体操は指示通りにできない。歯磨きに対する拒否が強いため、数回の声かけが必要。
- 集団でスポンジスワブを使用した粘膜ケアで力を入れすぎて出血してしまう。個別ケアをしているが、歯の動揺があり、歯が抜けてしまわないか怖さを感じる。
- 集団での口腔体操、自立での口腔清掃時に理解困難な場面が多い。ご自宅での口腔に関する自己管理に限界がある。例）日々の食事摂取状況、食後の口腔清掃、定期歯科検診。ご利用医者さまの経済的問題のため、現状況からの口腔機能向上は望めない。機能低下予防と維持のみの提供しかできず。
- 集中力はありこだわりが強く気に入ったこと（パズル、塗り絵等）をやり始めると終了するまでやり続けたい。訓練に誘導するタイミングを計らないと怒り出す。訓練は指示の通り行うことができる。義歯は常にプラークが付着しており、デイサービスでの清掃のみ。
- 食事時に上顎義歯のクラスプが破損しているため落ちてきており、また嚥下状態も良くないが本人からの訴えは見られない。
- 精神的に浮き沈みが強く、こちらの発言によっては不穏を招くことがある。臨機応変の対応の難しさがある。
- 昔話（戦時中のこと）や、以前かかった歯医者で治療した長話になり止まらず怒り出すなど。
- 説明しても理解力が乏しい。上手に伝えられない。
- 説明の理解に時間がかかる。
- 伝えたいことが伝わらない。伝えたいことがどこまで伝わっているか分からない。
- 独居であり､う蝕治療、義歯新製が望ましくとも、本人の体調や歯科医院に対する抵抗感から通院が継続できない。
- 認知症になられても歯ブラシを使うことやうがいは、お声がけをすることで思い出されることも多いが､全く忘れてしまわれた方は介助も拒否される場合があり､ケアが思うように行えない場合もある。アセスメントやモニタリングも理解できないため行えない場合もある。
- 普段使っている義歯の確認をするため装着してきていただくようお願いしてもいつも忘れてきてしまう。
- 本人、家族へ受診勧めるが、必要性を理解してもらえず、口腔状態の改善望めない（本人、家族ともに)。
- 本人にやる気はあるが、自己中心的、注意力散漫、話し好きで指示が入らない。トレーニング中、目に入ったことが気になりそれについて話出し､1 クール 10 回のトレーニングを中断されることが多く、ケアに時間がかかる。
- 本人にやる気はあるが指示が入らない（言葉の理解、動作の理解ができない）例えば①舌トレーニング「あっかんべーと舌を出すんだよ」→口真似をしてしまい舌を出す動作ができない。②頬トレーニング「あっぷっぷーと頬を膨らますんだよ」→口真似をして動作が伴わない。③注意力散漫でトレーニングやケアに時間がかかる。

【要介護 3】

- アセスメントの質問が理解できず、実施できない項目がある。開口困難で口唇に力が入り介助磨きができない。うがいが理解できない。
- アセスメント評価時質問への回答なし。そのため、自宅での口腔ケアや食事の様子がわからない。ご家族やケアマネジャーさまに連絡を取り、状況を確認しています。日によって開口が困難なことがある。
- パタラカ体操を行うことが難しく、口腔ケア等介助拒否がしばしばある。横について体操はできるだけ行うことができているが、ブラッシング等は本人の状態に左右されることが多い。
- ブラッシング指導時にブラッシング圧のコントロールやうがいを行うことができない。5-6 人で行う口腔体操では内容が理解できず、自分の思うとおり好きなように動かし、周囲の人と合わせられない。
- 義歯をよく外しポケットに入れることが多く、よく落とし割れている。
- 欠損や残根部が多いため､歯科受診が必要と思われるが、ご本人は特に必要性を感じておらず、通院は家族の負担も大きいと思われる。
- 口腔ケアサービス時、口腔内に水分（とろみ）が残っていることが多い（飲み込みにくくなっている)。日中より発語が少なくなっていて、発声練習、のみこみ、頬のふくらましが難しい。
- 口腔体操の拒否（顎周囲に触れると嫌がる)。指示が入らない（義歯を外してくれない、歯ブラシを入れることができない)。しかし声かけは毎回行い、習慣づけから機嫌の良いときはケアは可能であ

る。毎回のケアは重要である。

- 口腔内の清掃状態が悪く、自身での清掃も困難であるのに、支援に対する拒否が強く介入が度々困難なことがある。口腔体操などの集団でのサービスに参加されることがない。
- 指示が通じない。（他１件）
- 指示が入らない。義歯上顎のみの使用で飲み込まず口にため込み危険なため、ケアマネ、家族にも相談するが義歯作成の予定なし。声かけしなければ寝てしまうため、嚥下体操中も起きているのも難しい。
- 指導を行うも内容の理解は困難。介助し支援するが拒否も見られるため、十分な口腔ケアを行えない際もある。家族への協力を求めるが、家族介入も困難な状態。
- アセスメント時すべての項目において「出来ます」と答える。「家で磨いているのでデイサービスで磨かない」と拒否されることが多い。機嫌のよいときに義歯を見ると全く磨けておらず。集団での体操はできるが、個人での機能訓練は「大丈夫です」と拒否されることが多く、ご自身では口腔に問題がないという意識が強いこと。
- 耳が遠くて行っていることが伝わらない。筆談で行うようにする。
- 耳が聞こえにくく思い込みが強い性質があるので、説明を理解するのに時間を要する。お伝えした口腔体操を自分でアレンジして行ったりしている。
- 自宅でのケアについて情報収集、アセスメントする際にご本人より聴取できず分からない。集団での口腔プログラムについていけず、個別で時間を取ってケアしている。歯磨きのアドバイスをする際理解することが難しいため、ご家族へ連絡することを考えますが、ご家庭でのケアがご家族の負担になってしまわないか気がかりです。
- 自立での義歯着脱、口腔清掃ができないことがある。日によって違う。常に介助者の見守り誘導が必要で、介助磨きを行っている（通所時）。口腔機能向上の嚥下体操は集団では困難で、本人のそばで個別に伝える必要がある。有料老人アパート入居なので、日常の口腔衛生が不完全である。歯科を受診してもらうが、義歯調整がうまくいかないことが多くある。
- 集団で口腔体操していても指示が通らず実施できない。個別で指導しても帰宅願望があるときは急に立ち上がり、玄関を探そうと歩き出す。食事後歯磨きに誘うが、「しんどい」などと言い応じない。トイレに行った後そのまま洗面所に移動してもらえば、調子が良いときはできる。歯ブラシは歯を磨くものと認識できる。
- 重度難聴と認知機能低下により口頭での意思疎通が困難。集団での機能の際も模倣にて行えるものもあれば、困難なものもあり、指導は理解困難なため家族に協力を求めるも、妻と二人暮らしで高齢なため、デイサービス利用時だけでもと口腔ケアの徹底に心がけている。
- 上下無歯顎、義歯使用なし。食思かなり強く、入所前より米粒一口大摂取中。刻んだり加工すると立腹、断食するため、主治医の指示にて現在も同じ形態で摂取中。ほぼ 10 割摂れているが、丸呑み状態。本人、Fa、CM に現状説明適宜行うも現状維持希望。歯科介入拒否。81 歳、義歯使用経験なく義歯制作も本人の理解得るのは困難かとは思われるが、今後口腔機能低下に伴い、窒息・誤嚥のリスクが高くなっていくことと食形態変更など本人への説明に対し、根本的理解が得られないこと。
- 先行期障害がある場合の食支援。食前の口腔ケアおよび嗅覚を生かすための食支援。食具などの検討を行うが、なかなか難しいときがある。
- 認知症の方への集団での口腔体操には限界がある。（当デイサービスにおいては、ご利用者さま全員と同時に実施するしかできない現状）ご利用者さまの生活の中で口腔ケア（ここでは口腔清掃に特化する）が不可。ご家族さまの協力が得られない。複数の事業所をご利用の場合、他の事業所との連携が図れない。

【要介護 4・5】

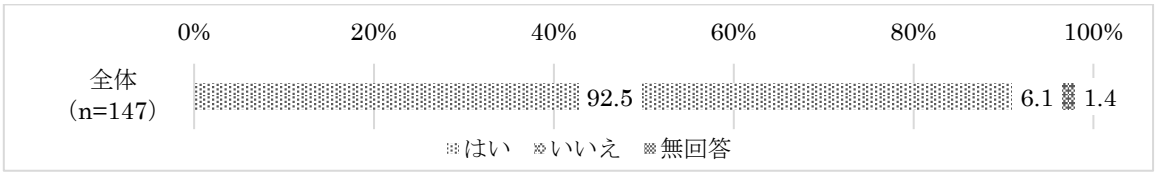
- ソフト食むせないが、SPO2 低下が見られ不顕性誤嚥の可能性があるが、Fa は食べられるから問題ないと常食を食べさせているとのことで、施設の対応として今後どのようにしていこうかと。
- 関わりの間ずっと唾を飛ばしてくる。
- 顔面および口腔内に過度の過敏あり。指示入りにくく開口保持困難にて口腔ケア支援、提供が不十分であること。口腔内崩壊状態、年齢も若いことより入所当時から歯科介入提案行うも、食事 10 割摂取できていること。口腔内過敏などにて Fa、CM から前向きな話聞かれない。口腔機能低下徐々に見られてきており、食形態なども含めこのまま維持していくことに対して不安であること。
- 急性期、回復期を経てご利用者さまの場合、長期スパンでのサービス提供が必要不可欠。しかし、デイサービスご利用の時点では維持期に入り、現状の機能維持のみを長期目標とされてしまう。在宅サービス提供者との密なる情報交換もない。（認知機能低下の場合、ご本人さまからの聞き取りは不可）多職種連携が有言実行されれば、一人のご利用者さまにもっと広い意味での介護サービスの提供ができるのではと日々感じる。
- 口腔ケア時の拒否、集団時の口腔体操で意思疎通ができず、周囲と同じ行動ができない。
- 口腔ケア用品（歯ブラシやスポンジ）を来所者に持参してほしいと連絡しても持ってこない。嚥下評価に基づき食事形態等の指導を実践するが、老老介護のためトロミ付きやソフト食の対応が自宅で実践できていない。
- 口腔機能向上サービスを拒否されることがある。その日やその時の気分で違う。暴言が出ることもある。アセスメントの指示が入らず、RSST やオーラルディアドコキネシスが測定することができない。
- 口腔内動揺歯が何本もあり、痛みもあったのか拒否がありアセスメント機能向上のサービスができず。（結局思うようにサービスができず、機能向上サービスを外してもらう。来所時にはアプローチをして、少しでも口腔清掃などできれば実施していました。
- 指示が入らずアセスメントがとれないときがあり困った。また、口腔機能向上サービス時に意思疎通が図れず口腔体操などできずに。
- 指示が入らず理解力が乏しいため拒否があり、つばを吐くこともある。
- 指示が入らない（全介助）。口を開けることができない。大きい声で話す。うがいができない。義歯を外す、入れることが大変。
- 指示が入らないため RSST やオーラルディアドコキネシス等の測定ができず、効果を提示しにくい。訓練の際も集中力がなく気が散る。他の人の動きを気にされる事がある。訓練に対する意欲がない。
- 質問が理解できない。RSST ができない。認知はあるが字は読めるので発生練習はできる。口腔ケア時時々拒否される。
- 唾はきや手が出るなどの他傷行為がある。たまに噛むような仕草が見られるため注意を払っている。定期受診が中断しており、口腔衛生が保たれなくなっている。
- 昼食は外部注文のお弁当のため、副食の形態に限りがある。咀嚼、嚥下機能の低下された利用者に対し、個々の摂食機能の問題に即した形状の提供が難しく、食前のカットや汁物へのトロミ剤対応などに加え、摂食促しの声かけや介助等自尊心への配慮も必要。
- 動作前の指示入りづらく、者に対する知識乏しい。注意散漫。入所前と比較し認知面での低下著しく、口腔ケアの習慣化をはかりづらい。口腔ケア動作、自身で行う機能あるが、上記状態のためほぼ介助を要しており、結果本人の能力機能を奪ってしまう形でのサービス提供(介入)状態となっている事。
- 認知が進行し、会話を促しても「はい、そうだね」と一言しか返答しなくなってしまった。発音練習もどのようにしたら良いのか苦悩。（歌、あいさつ、絵カードなどを使用し、声を出してもらうようにしました。）歯磨きも一人でできなくなり、付添い、ブラシを持たせて口まで運ぶと磨いてくれます。ご自宅ではできていないとのこと。お口をゆすぐときも、時々飲んでしまう状態。食事が取れにくくなっている。食事を取ってもらうためにはどうしたらよいのか・・・。
- 認知症により指示が入らない（言葉の理解、動作の理解ができない）。例えば①舌トレーニング「あっかんべーと舌を出すんだよ」→口真似をしてしまい舌を出す動作ができない。②頬トレーニング「あっぷっぷーと頬を膨らますんだよ」→口真似をして動作が伴わない。③薬の服用時間によっては感情のコントロールができなくなり、都度時間調整が必要となり、ケアに時間がかかる。
- 認知面の低下+身体機能全般の低下により、嚥下力が弱まり口腔体操やマッサージを提供しているがむせ込みが続いている。洗口への認識や能力の低下があり、口腔内の清潔保持が難しい。
- 発語がないためパタカラ等促しても言うことができない。歯ブラシも理解できず噛んでしまうため、しっかりブラッシングできない。
- 理解なく拒否。
- 理解力低下により自分で覚えて行うことは難しく、自宅での継続性は望めない。
- RSST しようと思ってもできない。個人での口腔機能サービスをしようと思っても持続力がないので、何回かに分けて行っている。集団での口腔機能サービスは、横に一人つきっきりでないと、できない。

(6)　利用者の口腔疾患に関する確認の有無

口腔関連サービスを提供している通所介護事業所（147 ヶ所）のうち、利用者の口腔疾患を「確認している（はい）」と回答した事業所は、全体の 92.5%であった。

また、回答者の職種別では歯科衛生士が 98.0%と最も多かった。

図表 9　利用者の口腔疾患の確認



図表 10　利用者の口腔疾患の確認＜回答者の職種別＞

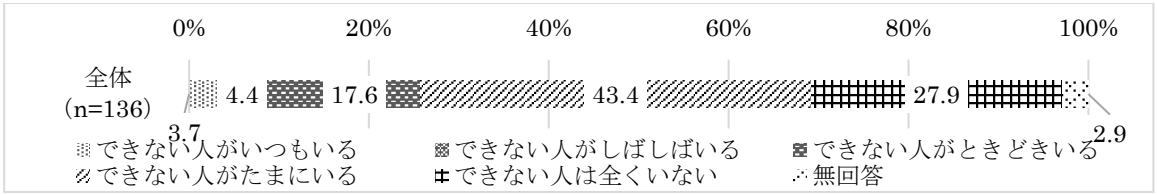
		はい	いいえ	無回答	合計
歯科衛生士	n	98	1	1	100
	%	98.0%	1.0%	1.0%	100.0%
看護職	n	9	3	0	12
	%	75.0%	25.0%	0.0%	100.0%
言語聴覚士	n	6	1	0	7
	%	85.7%	14.3%	0.0%	100.0%
その他	n	15	4	1	20
	%	75.0%	20.0%	5.0%	100.0%

(7)　認知症を理由に口腔疾患の確認ができない（または困難な）症例の頻度

利用者の口腔疾患の確認を実施していると回答した事業所（136 ヶ所）のうち、口腔疾患の確認を「できない人がたまにいる」と回答したのが最も多く 43.4%であった。

また、回答者の職種別では歯科衛生士および看護職において「できない人がたまにいる」、言語聴覚士では「できない人がときどきいる」と回答した者が最も多かった。

図表 11　利用者の口腔疾患の確認が困難な頻度



図表 12　利用者の口腔疾患の確認が困難な頻度＜回答者の職種別＞

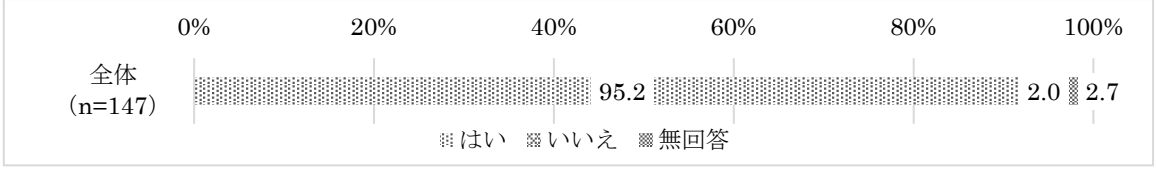
		いつも	しばしば	ときどき	たまに	全くない	無回答	合計
歯科衛生士	n	4	4	14	45	30	1	98
	%	4.1%	4.1%	14.3%	45.9%	30.6%	1.0%	100.0%
看護職	n	1	0	2	4	2	0	9
	%	11.1%	0.0%	22.2%	44.4%	22.2%	0.0%	100.0%
言語聴覚士	n	0	0	2	1	3	0	6
	%	0.0%	0.0%	33.3%	16.7%	50.0%	0.0%	100.0%
その他	n	0	2	5	6	2	0	15
	%	0.0%	13.3%	33.3%	40.0%	13.3%	0.0%	100.0%

(8)　利用者の口腔機能に関する確認の有無

回答があった通所介護事業所（147 ヶ所）のうち、利用者の口腔機能を「確認している（はい）」と回答した事業所は、全体の 95.2%であった。

また、回答者の職種別では歯科衛生士が 96.0%と最も多く、次いで看護職が 91.7%であった。

図表 13　利用者の口腔機能の確認



図表 14　利用者の口腔機能の確認＜回答者の職種別＞

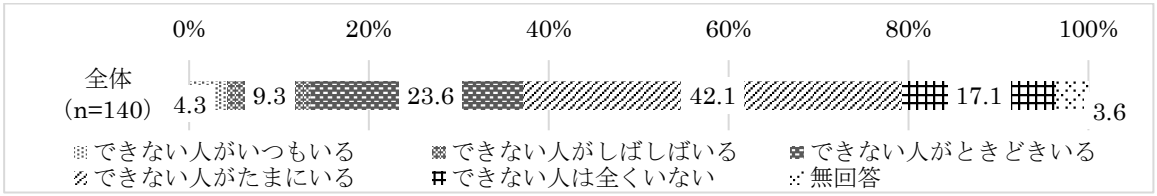
		はい	いいえ	無回答	合計
歯科衛生士	n	96	2	2	100
	%	96.0%	2.0%	2.0%	100.0%
看護職	n	11	1	0	12
	%	91.7%	8.3%	0.0%	100.0%
言語聴覚士	n	7	0	0	7
	%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
その他	n	18	0	2	20
	%	90.0%	0.0%	10.0%	100.0%

(9)　認知症を理由に口腔機能の確認ができない（または困難な）症例の頻度

利用者の口腔機能の確認を実施していると回答した事業所（140 ヶ所）のうち、口腔機能の確認を「できない人がたまにいる」という回答が最も多い 42.1%であった。

また、回答者の職種別では歯科衛生士および言語聴覚士で「できない人がたまにいる」、看護職では「できない人がときどきいる」と回答した者が最も多かった。

図表 15　利用者の口腔疾患の確認が困難な頻度



図表 16　利用者の口腔機能の確認が困難な頻度＜回答者の職種別＞

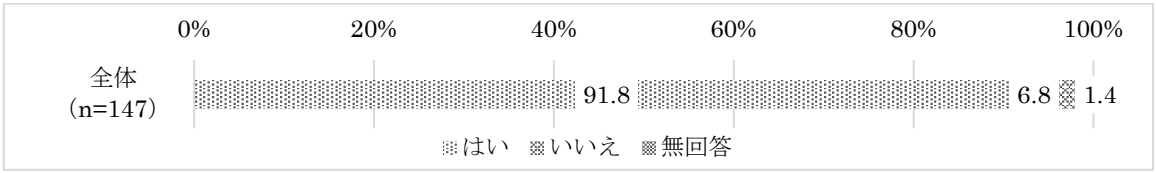
		いつも	しばしば	ときどき	たまに	全くない	無回答	合計
歯科衛生士	n	5	11	18	44	16	2	96
	%	5.2%	11.5%	18.8%	45.8%	16.7%	2.1%	100.0%
看護職	n	1	0	5	2	3	0	11
	%	9.1%	0.0%	45.5%	18.2%	27.3%	0.0%	100.0%
言語聴覚士	n	0	0	2	3	2	0	7
	%	0.0%	0.0%	28.6%	42.9%	28.6%	0.0%	100.0%
その他	n	0	2	5	9	2	0	18
	%	0.0%	11.1%	27.8%	50.0%	11.1%	0.0%	100.0%

(10)　担当している認知症の人の歯科治療に関する必要性の有無

回答があった通所介護事業所（147ヶ所）のうち、担当している認知症の人の歯科治療の必要性について、「必要がある（はい）」と91.8%が回答した。

また、回答者の職種別では歯科衛生士が96.0%と最も多く、次いで看護職が83.3%であった。

図表 17　歯科治療の必要性



図表 18　歯科治療の必要性＜回答者の職種別＞

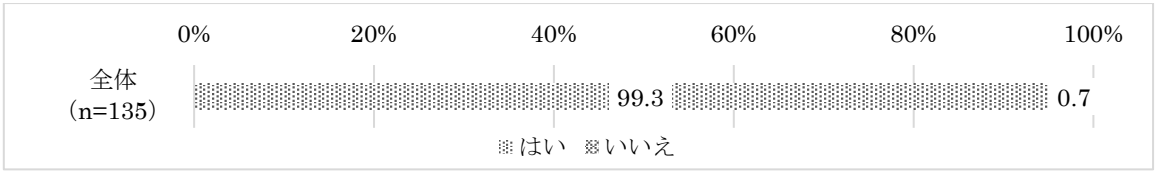
		はい	いいえ	無回答	合計
歯科衛生士	n	96	2	2	100
	%	96.0%	2.0%	2.0%	100.0%
看護職	n	10	2	0	12
	%	83.3%	16.7%	0.0%	100.0%
言語聴覚士	n	5	2	0	7
	%	71.4%	28.6%	0.0%	100.0%
その他	n	17	3	0	20
	%	85.0%	15.0%	0.0%	100.0%

(11)　歯科治療が必要であると判断した利用者への歯科受診勧奨の有無

担当している認知症の人の歯科治療における必要性があると回答した事業所（135 ヶ所）のうち、歯科受診を「勧めたことがある（はい）」のは全体の 99.3%であった。

また、回答者の職種別では歯科衛生士、看護職が最も多かった。

図表 19　歯科受診勧奨



図表 20　歯科受診勧奨＜回答者の職種別＞

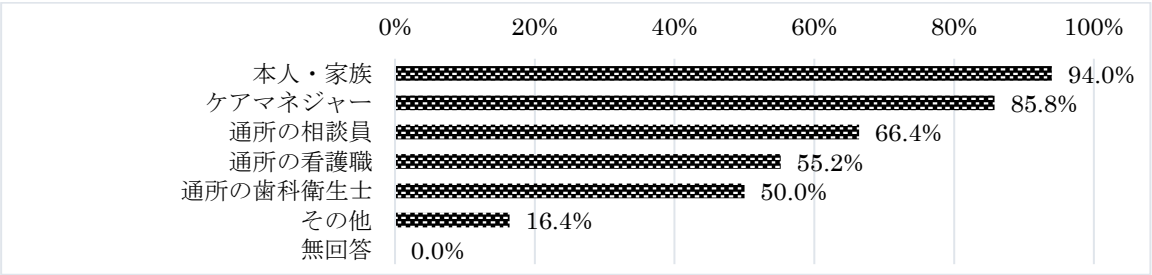
		はい	いいえ	合計
歯科衛生士	n	96	0	96
	%	100.0%	0.0%	100.0%
看護職	n	10	0	10
	%	100.0%	0.0%	100.0%
言語聴覚士	n	4	1	5
	%	80.0%	20.0%	100.0%
その他	n	17	0	17
	%	100.0%	0.0%	100.0%

(12)　歯科受診の必要性に関する情報共有の状況【複数回答】

歯科受診を勧めたことがある事業所（134 ヶ所）のうち、歯科受診の必要性に関して情報共有を行ったのは「本人・家族」94.0%が最も多く、次いで「ケアマネジャー」85.8%が多かった。

また、回答者の職種別では歯科衛生士および看護職で「本人・家族」、言語聴覚士では「ケアマネジャー」と回答した者が最も多かった。

図表 21　歯科受診の必要性に関する情報共有



図表 22　歯科受診の必要性に関する情報共有＜回答者の職種別＞

		本人・家族	ケアマネジャー	通所の相談員	通所の看護職	通所の歯科衛生士	その他	合計
歯科衛生士	n	92	83	69	54	51	19	96
	%	95.8%	86.5%	71.9%	56.3%	53.1%	19.8%	-
看護職	n	10	7	6	7	4	1	10
	%	100.0%	70.0%	60.0%	70.0%	40.0%	10.0%	-
言語聴覚士	n	3	4	3	3	1	0	4
	%	75.0%	100.0%	75.0%	75.0%	25.0%	0.0%	-
その他	n	15	15	7	5	5	1	17
	%	88.2%	88.2%	41.2%	29.4%	29.4%	5.9%	-

その他は、「介護職」が 9 事業所と最も多かった。回答は以下の通り。

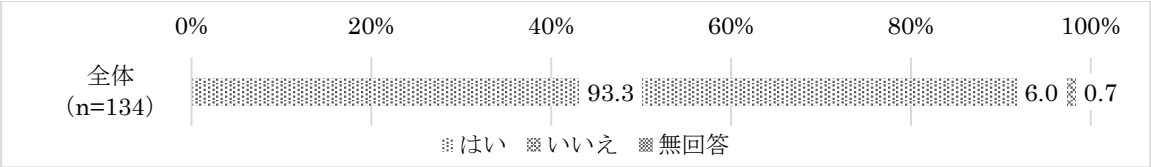
- 介護職（他 8 件）
- すべての職員（他 2 件）
- 栄養士
- 介護職員、リハビリ職員
- 介護職員、理学療法士
- 管理者、スタッフ
- 施設師長
- 事務所担当スタッフ
- 通所介護のリハビリ職
- 入所歯科衛生士
- 老健入所（看護師、介護士）

(13)　担当している認知症の人が実際に歯科受診を行った事例の有無

担当している認知症の人の歯科治療における必要性があり、歯科受診を勧めたことがあると回答した事業所（134 ヶ所）のうち、歯科受診に至った事例は全体の 93.3%であった。

また、回答者の職種別では言語聴覚士が最も多く、次いで歯科衛生士が多かった。

図表 23　実際に歯科受診に至った事例



図表 24　実際に歯科受診に至った事例＜回答者の職種別＞

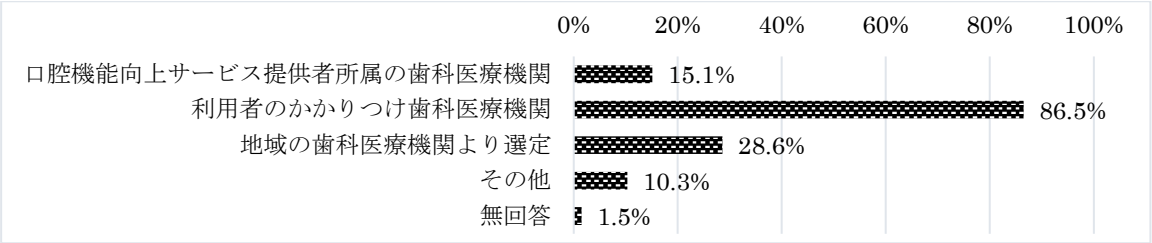
		はい	いいえ	無回答	合計
歯科衛生士	n	91	5	0	96
	%	94.8%	5.2%	0.0%	100.0%
看護職	n	9	1	0	10
	%	90.0%	10.0%	0.0%	100.0%
言語聴覚士	n	4	0	0	4
	%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
その他	n	15	1	1	17
	%	88.2%	5.9%	5.9%	100.0%

(14)　利用者が受診した歯科医療機関の種類【複数回答】

歯科治療における必要性があり、歯科受診までに至ったことがあると回答した事業所（126ヶ所）のうち、利用者が受診した歯科医療機関に関して、「利用者のかかりつけ歯科医療機関」86.5%が最も多く、次いで「地域の歯科医療機関より選定」28.6%が多かった。

また、回答者の職種別では全ての職種において「利用者のかかりつけ歯科医療機関」と回答した者が最も多かった。

図表 25　利用者が受診した歯科医療機関



図表 26　利用者が受診した歯科医療機関＜回答者の職種別＞

		口腔機能向上サービス提供者所属の歯科医療機関	利用者のかかりつけ歯科医療機関	地域の歯科医療機関より選定	その他	無回答	合計
歯科衛生士	n	11	82	19	20	0	91
	%	12.1%	90.1%	20.9%	22.0%	0.0%	-
看護職	n	0	6	3	1	1	9
	%	0.0%	66.6%	33.3%	11.1%	11.1%	-
言語聴覚士	n	0	4	1	1	0	4
	%	0.0%	100.0%	25.0%	25.0%	0.0%	-
その他	n	4	12	1	2	1	16
	%	25.0%	75.0%	6.3%	12.5%	6.3%	-

その他の回答は以下の通り。

- 施設の協力医（他1件）
- ショートステイを利用してもらい、施設での往診
- 口腔疾患のチェックをしてくれる歯科医師所属の歯科医療機関（当施設の協力医療機関）
- 行政の歯科衛生士に相談し訪問していただき歯科医院を紹介または訪問診療していただく。
- 在宅歯科医療連携室からの紹介
- 担当ケアマネに報告し、受診する歯科医療機関を選定してもらう
- 地域の歯科医院から口腔外科へ紹介状
- 地域歯科医療連携室に相談し紹介して頂いた
- 当施設に来院している訪問歯科医院
- 当施設の歯科衛生士
- 入所施設契約の往診歯科医
- 入所利用者は提携歯科医院の往診

（15）　歯科治療受診を勧めなかった理由

「ご本人・ご家族の協力が得られない」に関連した回答が 7 件と最も多かった。回答は以下の通り。

【ご本人・ご家族の協力が得られない】

- ご家族の協力が得られなかった場合は、通院や在宅往診ができないため進めない。（息子の引きこもりや妻の精神的疾患など）
- ご本人が治療の必要性を理解できない。易怒性、不穏が強く、通所の利用自体がままならない状態であり、治療にご本人の協力が得られないと判断したため。
- 家族が必要としない（関われない）。独居または老老介護。ケアマネジャーの認識不足。
- 家族の協力が得られず､歯科受診できないため。
- 家族構成等により付き添いが不可のため、家族に独自な考えがあり介入が難しいため。
- 上顎義歯が緩く、落ちてきてしまい食べにくい様子だが調子悪くないと言うため。大きな虫歯、強い歯の動揺が見られるが、本人痛みはなく問題なく食事ができていると言うため。
- 独居、生活保護、通院手段がなく本人があきらめている様子。義歯を作っても、合わない、邪魔を理由に使用しない。今更作り直しても使わないと言い張る方。

【通院可能な歯科医療機関が分からない】

- 一番の理由は、認知症の方が通院できそうな歯科医療機関に心当たりがないためです。また、認知症の方がお一人で通院することは難しいため、歯科医療機関兵クサイの送迎や付き添い等のご家族の負担を考えると、歯科治療受診を勧めることに慎重になってしまいます。

【治療は必要ないまたは困難と判断】

- 義歯を異物と思い吐き出す。いつの間にか捨ててしまう等。年齢や周囲の方の理解が得られない等。
- 高齢で（90 代）体力的に無理ではないかと思ったため。高齢で義歯がうまく使いこなせるかどうか分からなかったため。使いこなせないと判断したため。
- 高齢のため歯科診療が不可能なため。治療が必要ないと判断したため。
- 認知症の影響で義歯作成困難なため。

【その他】

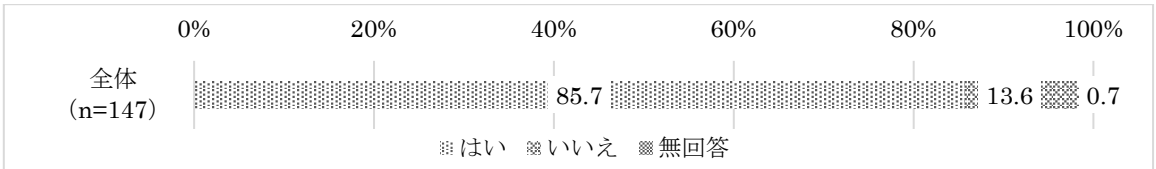
- 歯科治療受診勧奨は必ず行っている（ケアマネ、ご家族への情報提供は必須）。また、ご利用者のかかりつけ歯科医療機関への情報提供、連携も行っている（2-3 件）。
- 歯科受診を勧めても受診されない事例が多い。身体的に不都合があるためか、家族の都合がつかない等。長く受診されていなく、どこに行ったらいいか分からないなど。
- 認知症の人本人がご自身の義歯不適合に気づいておらず、通院の意思が得られなかったため。（義歯の紛失者等）新しいことを受け入れることが難しい様子がうかがえたため。ご自分の口腔状態をうまく表現できない様子がうかがえたため。（治療中の疼痛や違和感が伝えられない様子が推察されるため）
- 本人が独居で子が就労しており、頼むのを遠慮されている。本人や家族が口腔に関して関心が低く、受診に対しても消極的。本人のかかりつけ歯科の閉院（同じように自分のことを理解してくれそうな先生がいないと消極的）。本人が希望するような先生に心当たりがないため。

（16）　認知症の人の口腔に関する問題の有無

回答があった通所介護事業所（147 ヶ所）のうち、認知症の口腔に関して「問題がある（はい）」と回答したのは 85.7%であった。

また、回答者の職種別においては言語聴覚士が最も多く、次いで歯科衛生士であった。

図表 27　口腔に関する問題



図表 28　口腔に関する問題の有無＜回答者の職種別＞

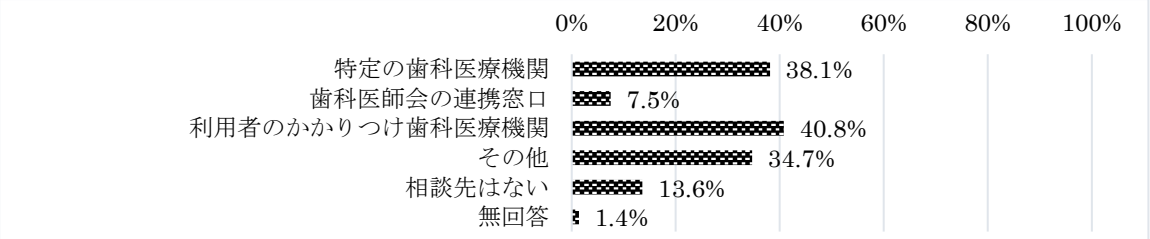
		はい	いいえ	無回答	合計
歯科衛生士	n	89	10	1	100
	%	89.0%	10.0%	1.0%	100.0%
看護職	n	9	3	0	12
	%	75.0%	25.0%	0.0%	100.0%
言語聴覚士	n	7	0	0	7
	%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
その他	n	14	6	0	20
	%	70.0%	30.0%	0.0%	100.0%

(17)　認知症の人の口腔に関しての相談先の種別【複数回答】

回答があった通所介護事業所（147ヶ所）のうち、認知症の人の口腔に関しての相談先について、「利用者のかかりつけ歯科医療機関」と回答したのが最も多く 40.8%であった。

また、回答者の職種別では、歯科衛生士、看護職および言語聴覚士において「利用者のかかりつけ歯科医療機関」、「その他」が多かった。

図表 29　口腔に関する相談先



図表 30　口腔に関する相談先＜回答者の職種別＞

		特定の歯科医療機関	歯科医師会の連携窓口	利用者のかかりつけ歯科医療機関	その他	相談先はない	無回答	合計
歯科衛生士	n	28	10	39	45	18	1	100
	%	28.0%	10.0%	39.0%	45.0%	18.0%	1.0%	-
看護職	n	2	0	6	6	1	1	12
	%	16.7%	0.0%	50.0%	50.0%	8.3%	8.3%	-
言語聴覚士	n	2	0	1	5	1	0	7
	%	28.6%	0.0%	14.3%	71.4%	14.3%	0.0%	-
その他	n	8	1	11	4	2	0	20
	%	40.0%	5.0%	55.0%	20.0%	10.0%	0.0%	-

その他は、「ケアマネジャー」の回答が含まれるものは 30 事業所と最も多かった。回答は以下の通り。

- ケアマネジャー（他 14 件）
- 家族・ケアマネジャー（他 7 件）
- ケアマネジャー・相談員・家族
- ケアマネジャー、ナース
- ケアマネジャーからご家族へ伝えてもらう。介護事務所からご家族へ伝えてもらう。
- ケアマネジャーを通して家族
- ご家族に報告し、ご家族から歯科医師に相談して頂く
- ご家族様
- ご利用者様の担当ケアマネ、かかりつけの歯科医
- デイサービスのスタッフ、ケアマネ
- 家族
- 家族、口腔指導を担当する歯科衛生士
- 介護支援専門員
- 関連書籍又インターネット
- 施設職員の歯科衛生士
- 相談をしたことがない
- 相談員、ケアマネジャー
- 相談員、担当 CM
- 当施設の看護職と相談する
- 当施設の相談員、御家族、協力歯科、言語聴覚士
- 同僚、会社内窓口
- CM に相談後、行政の歯科衛生士に連絡→連携歯科機関

(18)　認知症の人の口に関する困りごとに関して歯科医師や歯科衛生士に期待すること

「口腔ケアについて」「歯科受診に関するシステム」に関連した回答が 7 件と最も多かった。その他カテゴリー別に分類した回答は以下の通り。

【歯科治療内容等について】

- 難しいとは思いますが、義歯が合っていない場合が多く、かみ合わせや装着時にある程度食事が噛めて、痛みがなくなるようになれば幸いです。
- 認知があると義歯の取り外しが困難になりますので、取りはずしのできる義歯になりませんか。
- 認知症の人を対応できる方々が専門的にいると助かります。治療拒否される方を上手に誘導して、歯科治療が行えるからです。
- 認知症の方に限ったわけではないですが、病院に入院された際、口腔内の状況など把握していただき応急処置が必要な方はしていただけるとありがたいです。退院されると「受診する」ということがかなり困難になってしまいます。早い段階から「歯を磨いてもらう」や「口腔周囲筋のマッサージをしてもらう」「お口の中に歯ブラシや指が入る」ことに慣れてもらうことが大切に思えます。経験があれば抵抗も少なくなるのではと思われます。

【口腔ケアについて】

- 口腔ケアを行うことで口腔機能改善し、生活機能向上、生活意欲向上を促すことを期待しています。（管理者）
- 今後はインプラント埋入されている方の口腔ケアが多くなってくると思うので、インプラントケア方法をしっかり実践できるように学んでいくべき。
- 在宅の方の口腔状態は著しく不良な方が見える。なかなか家族は口腔ケアまでされていないのが現状である。家族は本人が認知症で、できないことに気づいていない場合が多い。口腔ケアや必要性の啓発。通院が困難な方が多く、すぐに訪問してくれる歯科医院の公表、提示。
- 認知症になると口腔内の管理ができにくくなります。口腔ケアを習慣化していることで､口腔ケアを継続して行うことができます。生涯を通じて口腔ケアの必要性を伝えていっていただければと思います。
- 認知症の人本人が口腔内清掃を自ら行えなくても、介護者がケアできるようにその人に会った方法を指導してほしい。そしてプロが手伝い清潔を保ってほしい。
- 毎日の口腔ケアや歯磨き習慣がなくなってしまい、口腔内の衛生状態が悪くなってくるが、家族の見守りや介助が必要となると負担が大きい。洗面台が少なく食後のうがい、歯磨きの人数が限られる。義歯の不具合や虫歯の治療に関して、状況が正確に伝わらないためか完治しないことがある。高齢になるほど歯科受診の機会が減り、専門的な口腔ケアを受ける機会ができると良いと思われる。
- 例えば訪問看護のように歯科衛生士が訪問して口腔ケアを行うための整備が必要と強く感じます。在宅でのケアがうまくできず、ニーズはとても多くあるのに（歯科衛生士も動ける方がたくさんいると思います）対応できないのが悔しいです。在宅でのケアを歯科衛生士ができる法整備を強く望みます。今のままでは在宅の対応が薄く悔しいです。

【必要な知識について】

- 施設等で働くときは、歯科衛生士もある程度介護の知識、技術が必要かとやってみて思いました。介護士さんにいろいろと頼るのは申し訳ない。（ケアのための移乗など、自分でできたら楽）
- 歯科医師は長年義歯なしで生活してきた人、認知症状にある人に、生活背景や能力を考慮してほしい。一律に義歯を作る、高額な補綴物を入れるみたいなことなどないように、認知力、年齢、生活スタイルに応じてほしい。
- お口の問題は人が生きていく上で回避できない問題です。介護保険制度の中で、口腔機能向上サービスと明記する現在、内科、外科等の主治医の先生方はもちろん歯科医師、DH は目先の治療にのみとらわれず、高齢者の身体全般に関心を持つべきです。運動、精神（閉じこもり）、栄養（食事＝口腔）の 3 つの介護保険サービスを理解してほしいと思います。運動器の向上には単なる機能訓練だけでは、その目的は達成不可です。特に認知症の方は、残存歯保有率低下も著しく、義歯未装着です。歯科界と医療介護の連携は構築されていません。義歯不適の原因が、認知症高齢者のフレイルにあることも承知のはずです。私たち歯科界の医療職は、CP の治療のみならず、高齢者のお口、身体を診る、その生活に関心を持つ、そうでなければ認知症の人は社会から置き去りにされてしまいます。現場の DH の率直な期待です。
- 現在のところ特にありませんが、利用者がさらに年齢を重ねていってもご自分の口で適正なる栄養摂取を保てるよう、そしていつまでも健康で在宅生活が維持できるようお口の健康、お口のリハビリがとても重要なことをもっと全面的に伝えていっていただきたいと思っています。とかく家族は悪くなったら歯医者に行けばなんとかなると考えがちですから。身体のリハビリと同様に口のリハビリもあることを伝えていただき、関心を得ていただけるよう期待しています。
- 認知症の方の生活状況、食形態、義歯等の管理状況などを把握し、適切な処置や指導を行うこと。認知症についての研修、勉強会等への参加。
- 事務所の口腔担当者が適切なケアができるように指導（研修）の機会があればいいと思う。認知症の方でだけではなく、歯科受診が困難なことが多い（交通手段がない、歯科が近くにない、相談できないなど)。そういう場合には、どのような手段で利用者さまの良い口腔管理を行っていけるかが問題点です。

【システム等について：歯科受診】

- なかなか歯科受診までつながっていかないのが現実です。通所介護事業所まで訪問という形で歯科医師が来ていただけるようになることが理想です。
- ご自分で歯科受診できず、ご家族も協力的でなければ歯科治療につながらない。今現在介護度 3 以上家族が同居していると、訪問治療できないという縛りがあるため、歯科受診できず急ぎ治療が必要な方が治療を受けられるシステムができてほしい。
- 認知症と限定された方に対し、市で訪問し家族が申請しなくても診てもらえるようなシステムがあると良いと思う。家族も日々の介護で歯科治療の大切さよりも毎日大変なため、よほど痛みがない限り受診しようとはしていないのが現実。義歯が入っていないまま食事をすることは決して身体には良くないのと、上下顎で噛みしめられないことで、歩行も不安定になる、飲み込みも難しくなっているので、頼まなくても治療までの流れができることを期待します。
- 継続して口腔の状態を経過観察し、必要時は治療をする担当医が存在してほしい。
- 歯科往診がスムーズにお願いできると良い。デイサービスでの往診ができると良い（介護保険と医療保険が重なっていて今は制限があるが、ご家族の理解がないと通院が難しいため)。
- 定期的に歯科医院に行かれる人の割合は少ないよう、痛くなったら行く人が多い傾向。通所サービス内容に口腔も含めてもらうようになれば、指示があれば介護現場の歯科衛生士は、もっと利用者にアプローチできるのではと感じる。
- 認知症患者さまは理解を得ることが難しいため、私たち職員が歯科との連携をより密にし、利用者さまの口腔トラブルの早期発見、早期治療につなげられたらいいなと思っております。

【システム等について：歯科治療】

- 口腔内環境を整えることが先ず大切と考えていますが、義歯作成や歯科の通院中に「適応ではない」との理由から半ば中途半端な状況で治療が終わることがあります。この「適応」の判断のところが、医院により異なる点が難しく感じます。
- 現在、新型コロナウイルスの影響もあり、当センターでは実際に歯ブラシを動かしてのブラッシング指導が実施できていません。ミラーを使っての口腔確認や口頭での汚れの指摘、磨き方の指導が理解できない認知症の方にはできるだけご家族やケアマネジャーとの連携を図り、かかりつけの歯科医院や訪問歯科での定期的なクリーニングや治療を受ける環境を作っていきたいと思っています。

【システム等について：情報共有】

- 定期的に訪問歯科や医師医療機関を利用し、診療内容との情報を共有できるシステムがあると良いです。
- 情報の共有を周知。
- 歯科受診、往診があっても治療計画書や注意事項が事務所まで届かないことが多く、ご本人やご家族への説明ができないことがある。（例えば虫歯はあるが全身状態を鑑み、治療はせず義歯を作る等）

【その他】

- 現在歯科衛生士が関わりを密にしており、入所受診等あれば情報提供しています。それにより、認知面での情報等先に伝えることによりスムーズな受診につながっています。
- 口腔ケアの受け入れ悪く、口内環境が良くない方への専門的ケア、在宅の方への自宅でのケアアドバイスや啓発活動、独居で認知症の方への積極的な介入。※同施設で入所を担当している歯科衛生士です。デイでの介入は今のところケアマネジャーからの依頼があるときのみで加算の介入は現在

ありません。デイの方の課題はとても多いと感じておりますが、業務内容としてデイでの介入がなく、今後の私の課題、施設として考えていければと思っています。

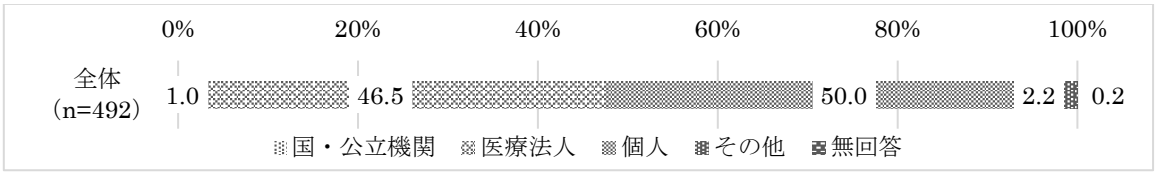
- 口腔加算を算定するにあたり、歯科衛生士が人員配置されているため特に問題なし。
- 認知症本人に対してのアプローチも必要だが、その周りの家族や介護職への口腔衛生の必要性やケア方法を伝えていってほしい。自宅→通所デイケア→自宅で継続したケアが統一できる体制ができるといいと思う。
- 認知度の高い方々の歯科治療が困難な方が数人おられます。家族の方、ケアマネにその旨お伝えしていますが、実際に治療されるのは難しいです。
- 訪問歯科での勤務経験がありますので、口腔で困ることはありません。
- 本施設では毎日の口腔ケアは必須と認識し、歯科衛生士を中心にケアスタッフとともに昼食後の口腔ケアを必ず行っている。特に認知症の方や要観察の方は、歯科衛生士が専門的に担当している。認知症に限らず歯科受診は勧奨しているが、ご家族の理解が得られないケースがも多い（事例 2 と 3 のケースは特に多い）。ご家族にとって認知症の方を歯科受診させることはとても困難。通所事業所での訪問歯科診療ができるようになると、介護の負担、高齢者の歯科医療の充実つながると思われるので是非ご検討いただきたい（理美容と同じになってほしい）。また、通所介護事業所、入所施設を含めて歯科衛生士の役割は大きく、介護保険の加算新設、点数アップもお願いしたい。歯科衛生士の雇用につながっていくと考える。

3. 郵送調査：居宅療養管理指導等に係る歯科専門職

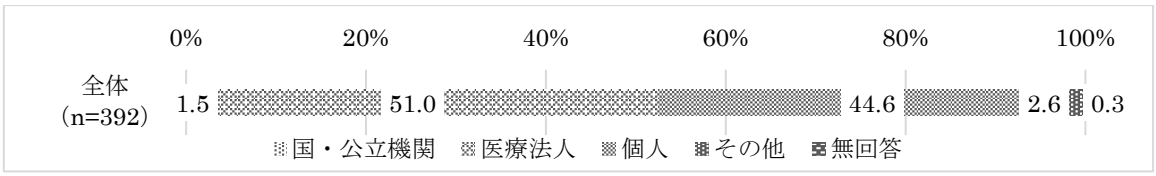
(1)　開設主体

回答があった歯科医療機関のうち、開設主体として最も多かったのは、歯科医師用は「個人」50.0%、歯科衛生士用は「医療法人」51.0%であった。

図表 1　開設主体＜歯科医師用＞



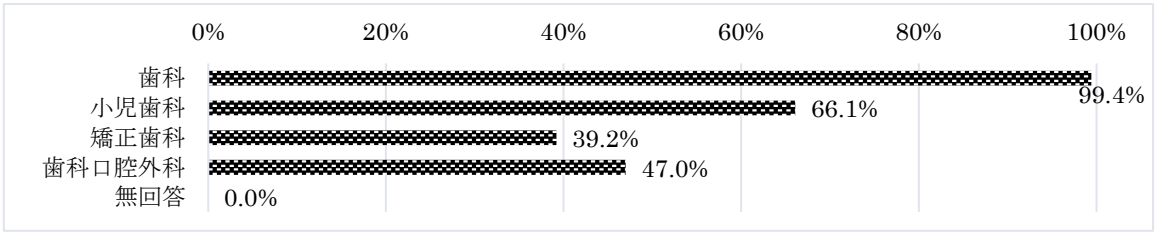
図表 2　開設主体＜歯科衛生士用＞



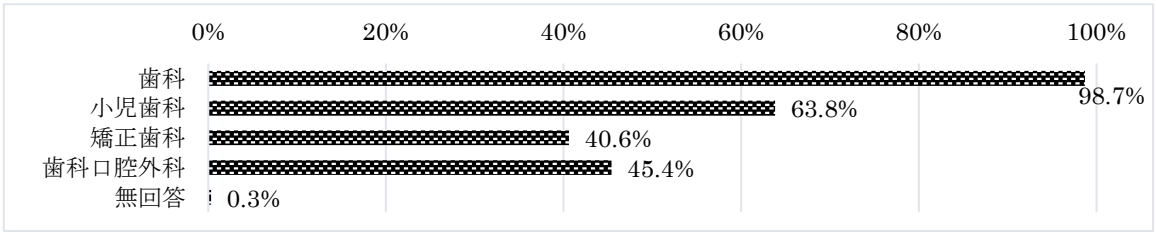
(2)　歯科部門の標榜診療科【複数回答】

歯科部門の標榜診療科として最も多かったのは、いずれも「歯科」（歯科医師用 99.4%、歯科衛生士用 98.7%）であった。

図表 3　標榜診療科＜歯科医師用（n=492）＞



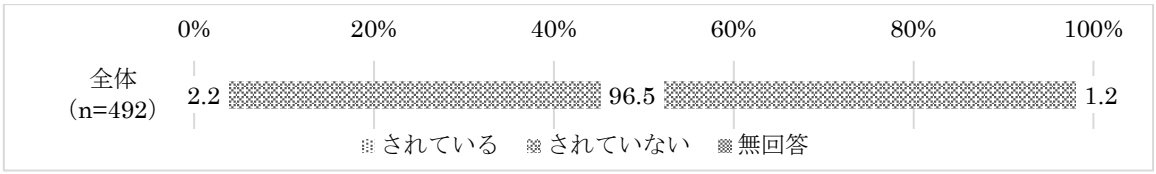
図表 4　標榜診療科＜歯科衛生士用（n=392）＞



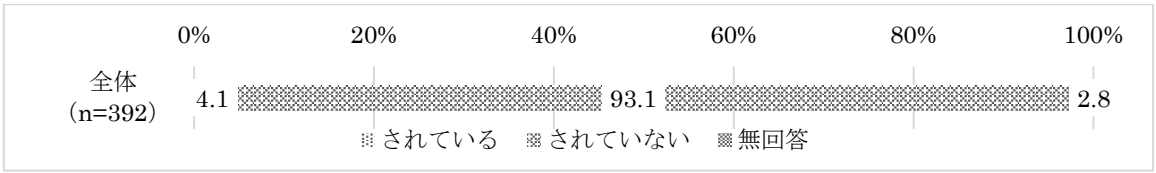
(3)　医科医療機関の併設

回答があった歯科医療機関のうち、医科の医療機関が併設されている機関は、歯科医師用で 2.2%、歯科衛生士用で 4.1%であった。

図表 5　医科医療機関の併設＜歯科医師用＞



図表 6　医科医療機関の併設＜歯科衛生士用＞



(4)　勤務する職種およびその職員数

勤務する職種およびその職員数は、以下の通りであった。

図表 7　職員数＜歯科医師用＞

	常勤（人）	非常勤（人）
	平均±SD	平均±SD
歯科医師	2.2±2.6	3.1±4.2
歯科衛生士	3.8±4.2	3.0±2.7
看護師	0.1±0.3	0.1±0.9
歯科技工士	0.7±1.3	0.1±0.4

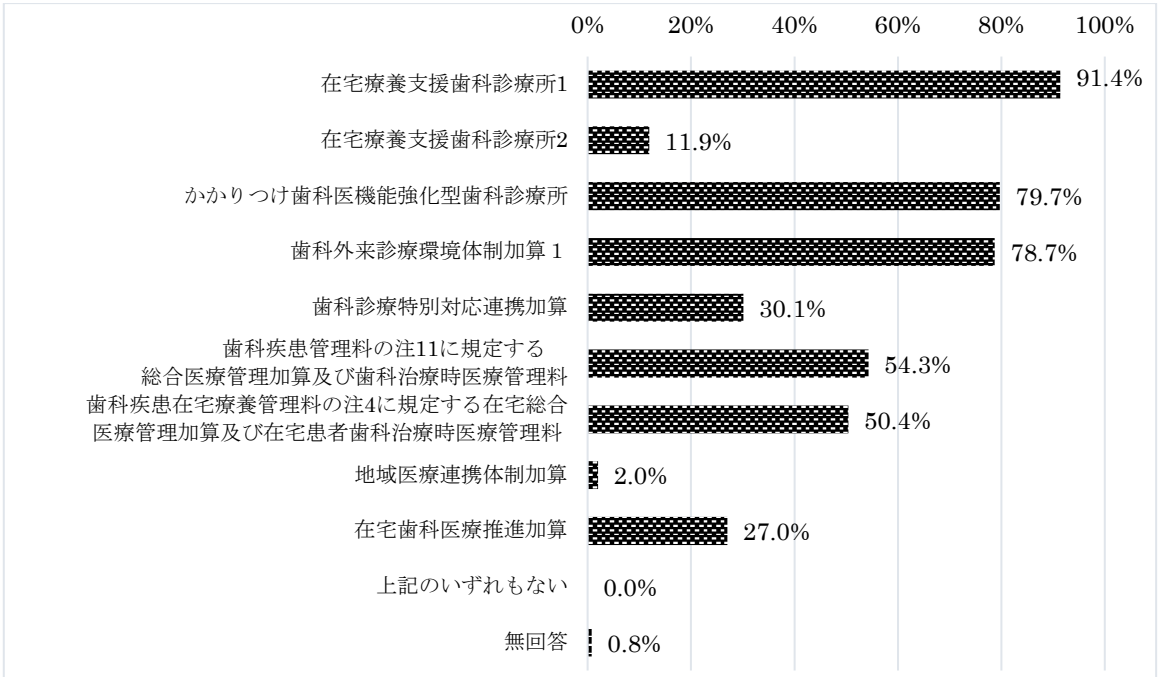
図表 8　職員数＜歯科衛生士用＞

	常勤（人）	非常勤（人）
	平均±SD	平均±SD
歯科医師	2.3±2.9	3.4±4.5
歯科衛生士	4.1±4.5	3.2±3.0
看護師	0.1±0.3	0.2±1.0
歯科技工士	0.7±1.4	0.1±0.3

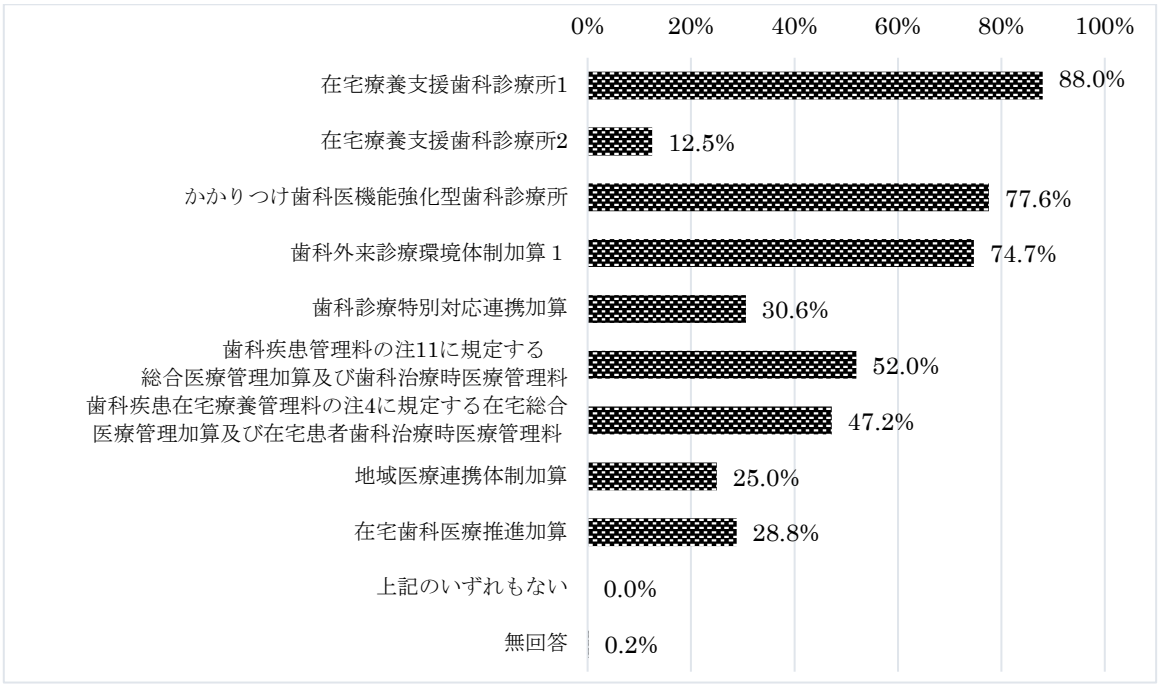
(5)　届出のある施設基準【複数回答】

施設基準においては、歯科医師用では「在宅療養支援歯科診療所 1」が 91.4%と最も多く、次いで「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」が 79.7%と多かった。歯科衛生士用では、「在宅療養支援歯科診療所 1」が 88.0%と最も多く、次いで「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」が 77.6%と多かった。

図表 9　施設基準＜歯科医師用（n=488）＞



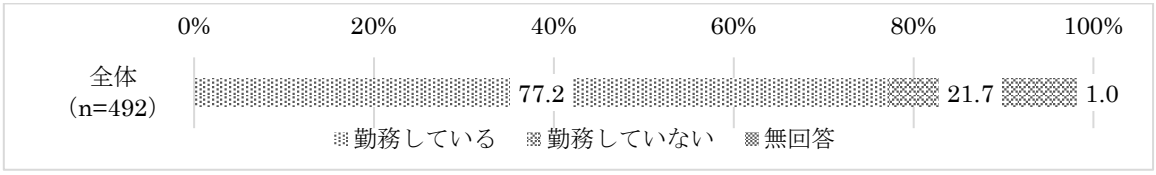
図表 10　施設基準＜歯科衛生士用（n=392）＞



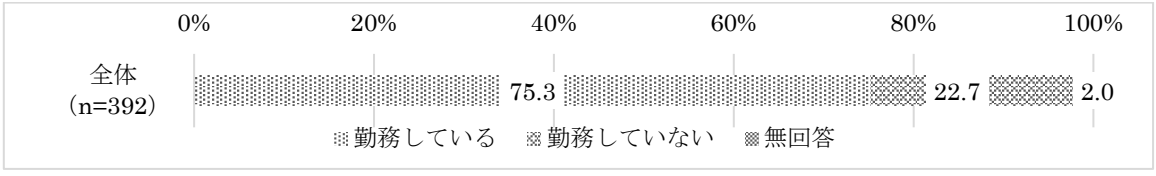
(6)　　認知症対応力向上研修を修了（受講）者の勤務状況

回答があった歯科医療機関のうち、認知症対応力向上研修を修了（受講含む）者が勤務している機関は、歯科医師用は 77.2%、歯科衛生士用は 75.3%であった。

図表 11　認知症対応力向上研修終了者の勤務状況＜歯科医師用＞



図表 12　認知症対応力向上研修終了者の勤務状況＜歯科衛生士用＞



(7)　　認知症対応力向上研修を修了（受講）者の勤務者数

認知症対応力向上研修を修了（受講含む）者が勤務している歯科医療機関（歯科医師用 380 ヶ所、歯科衛生士用 295 ヶ所）において、歯科医師・歯科衛生士の勤務者数は以下の通りであった。

図表 13　認知症対応力向上研修終了者の勤務者数＜歯科医師用＞

	平均±SD（人）
歯科医師	1.4±1.1
歯科衛生士	0.8±2.2

図表 14　認知症対応力向上研修終了者の勤務者数＜歯科衛生士用＞

	平均±SD（人）
歯科医師	1.5±1.2
歯科衛生士	0.9±2.4

(8)　　外来診療患者数（直近１か月のおおよその実績）

外来診療患者数（実人数、延べ人数）は、以下の通りであった。

図表 15　外来診療患者者数＜歯科医師用＞

	平均±SD（人）
実人数	498.2±518.3
延べ人数	882.3±1082.3

図表 16　外来診療患者者数＜歯科衛生士用＞

	平均±SD（人）
実人数	545.1±564.9
延べ人数	972.8±1190.0

(9)　在宅（または施設）への訪問歯科診療の実施状況

回答があった歯科医療機関のうち、在宅（または施設）への訪問歯科診療を行っていると回答した機関は、歯科医師用で 99.6%、歯科衛生士用で 99.5%であった。

図表 17　訪問歯科診療の実施状況＜歯科医師用＞

図表 18　訪問歯科診療の実施状況＜歯科衛生士用＞

(10)　訪問歯科診療患者数（直近 1 か月のおおよその実績）

在宅（または施設）への訪問歯科診療を実施している歯科医療機関（歯科医師用 490 ヶ所、歯科衛生士用 388 ヶ所）のうち、訪問歯科診療患者数（実人数、延べ人数）は、以下の通りであった。

図表 19　訪問歯科診療患者者数＜歯科医師用＞

	平均±SD（人）
実人数	118.1±203.3
延べ人数	261.4±472.2

図表 20　訪問歯科診療患者者数＜歯科衛生士用＞

	平均±SD（人）
実人数	131.2±213.3
延べ人数	290.0±489.9

(11)　在宅への訪問歯科診療に関わる職種および職員数

在宅への訪問歯科診療に関わる職種および職員数は、以下の通りであった。

図表 21　職種および職員数＜歯科医師用＞

	平均±SD（人）
歯科医師	2.5±2.6
歯科衛生士	3.7±3.5
看護師	0.1±0.5
歯科技工士	0.2±0.5

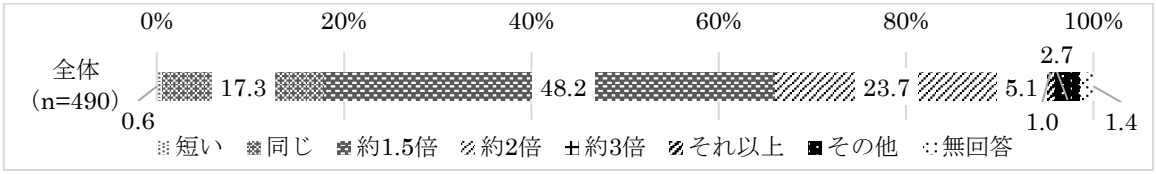
図表 22　職種および職員数＜歯科衛生士用＞

	平均±SD（人）
歯科医師	2.8±3.0
歯科衛生士	4.1±3.9
看護師	0.1±0.5
歯科技工士	0.2±0.5

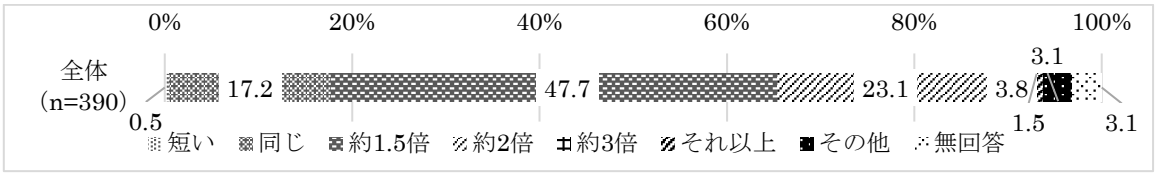
（12）　認知症の人の訪問歯科診療における認知症ではない人と比較した診療にかかる時間

在宅（または施設）への訪問歯科診療を実施している歯科医療機関（歯科医師用 490 ヶ所、歯科衛生士用 388 ヶ所）のうち、診療にかかる時間で最も多かったのは、歯科医師用は「約 1.5 倍」48.2%、歯科衛生士用は「約 1.5 倍」47.7%であった。

図表 23　認知症の人の歯科治療にかかる時間（診療）＜歯科医師用＞



図表 24　認知症の人の歯科治療にかかる時間（診療）＜歯科衛生士用＞



その他では、「認知症の重症度等に起因するため一様ではない」という内容が多かった。回答は以下の通り。

＜歯科医師用＞

- かなり個人差があり、診療時間にもバラつきがある為、平均時間は出せない
- その日の状態や、内容、同席する人によりさまざま
- 患者により変動する
- 患者次第
- 簡単な処置で済ませることも、処置に著しく時間がかかることもある。
- 経験なし
- 個人差が大きい。徘徊のある方は短くせざるを得ないが、動作理解が出来ない方は長くなる。
- 治療内容による
- 状況によって短くなったり長くかかったり（不穏や体調により）だと思うので一概には言いがたい。調子がよければ同程度であると思います。
- 認知レベル、介護者の協力体制により様々であるが会話する必要がありやや長めとなる。
- 認知症の人への在宅はない
- 認知症の程度による。またその環境によっても大きく異なる。
- 認知症の有無よりも各個人によって個人差が大きく一様には言えない

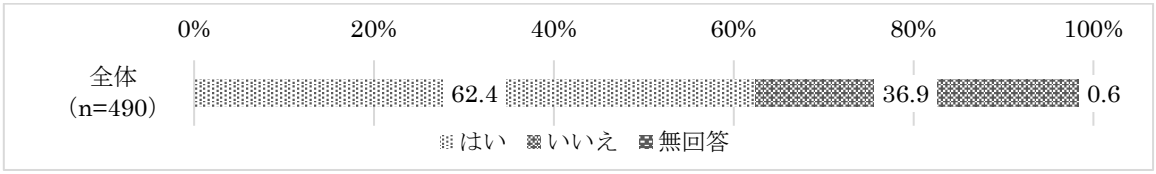
＜歯科衛生士用＞

- 1 人 1 人の状態が異なるので 1.2.3.4.5.6 とすべてにあてはまります。
- キーパーソンに手伝って頂く。
- ケースにもよります。
- その時の症状によって違うため、短かったり、時間がかかったりで、すべてには当てはまらない。
- その日の気分によって、かかる時間は変動します。
- 該当者なし
- 患者により変わる。
- 患者次第
- 患者様、その時の状態、状況によりことなる。いちがいには難しい。短い場合、ながい場合、それ以上かかる場合。
- 個人によって差が大きくありますので…、はじめに時間がかかっても短くなったりします。
- 口の中の状態により大きくことなる。
- 処置内容により千差万別だと思います。話すスピードも様々。
- 人や状態によって違う。座っていられない人などは短く、動作理解に時間がかかる方や寝たきりの方は準備に時間がかかったりすることが多いです。
- 認知の重度により、家族の要望や患者の耐えうる時間によって変わります。
- 認知症の程度、当日の体調にもよるので、ばらばらです。

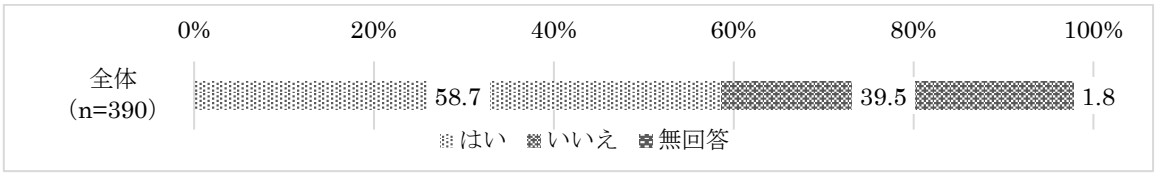
(13)　担当する認知症の人の訪問歯科診療での認知症が原因の困りごとの有無

在宅（または施設）への訪問歯科診療を実施している歯科医療機関（歯科医師用 490 ヶ所、歯科衛生士用 388 ヶ所）のうち、「困っていることがある（はい）」と回答した者は、歯科医師用で 62.4%、歯科衛生士用で 58.7%であった。

図表 25　認知症の人の訪問歯科診療での困りごと＜歯科医師用＞



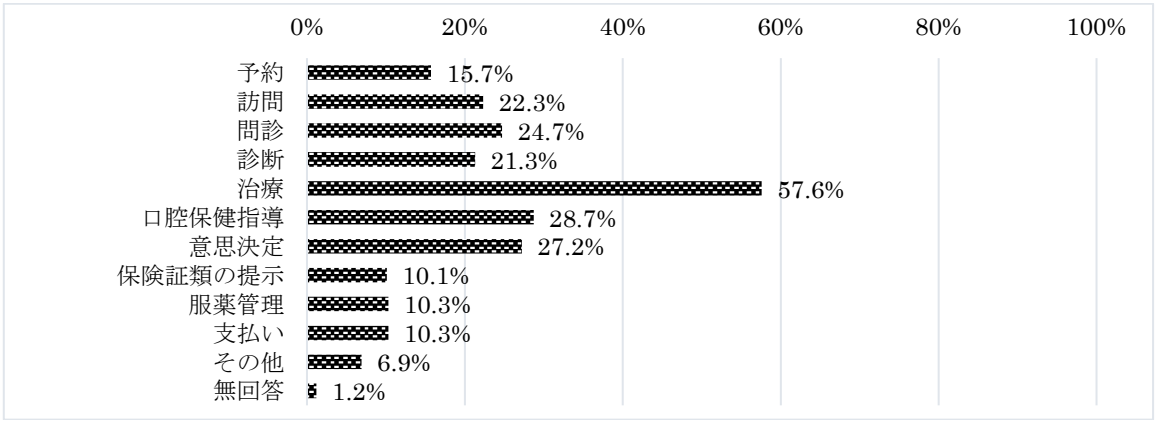
図表 26　認知症の人の訪問歯科診療での困りごと＜歯科衛生士用＞



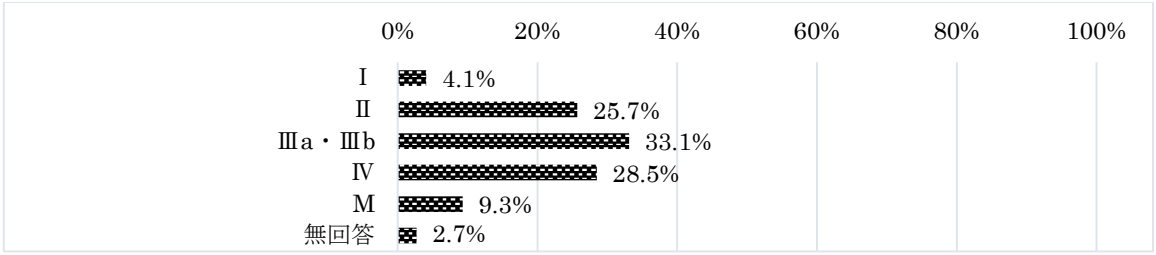
(14)　訪問歯科診療における認知症が原因の困りごと

訪問歯科診療時に認知症が原因の困りごとが「ある」と回答した歯科医療機関（歯科医師用 306 ヶ所、歯科衛生士用 229 ヶ所）に具体的な事例（1 歯科医療機関あたり最大 3 件を記入）を質問し、事例を収集した（歯科医師用 592 件、歯科衛生士用 442 件）。事例の内容については、歯科医師用では、場面は「治療」（57.6%）、対象者の認知症高齢者の日常生活自立度は「Ⅲa・Ⅲb」（33.1%）、要介護度は「要介護 4・5」（40.2%）が最も多かった。歯科衛生士用では、場面は「歯科保健指導」（46.8%）、対象者の認知症高齢者の日常生活自立度は「Ⅲa・Ⅲb」（29.9%）、要介護度は「要介護 4・5」（42.1%）が最も多かった。

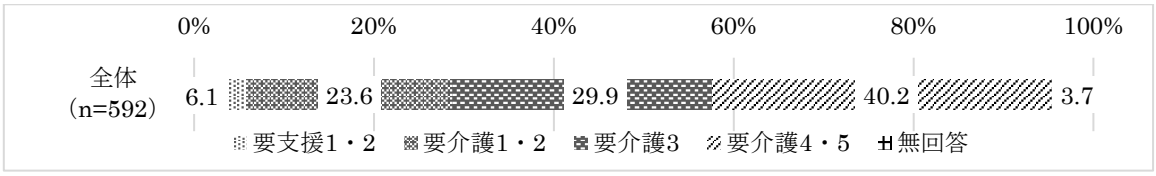
図表 27　認知症が原因の困りごと：場面【複数回答】＜歯科医師用＞



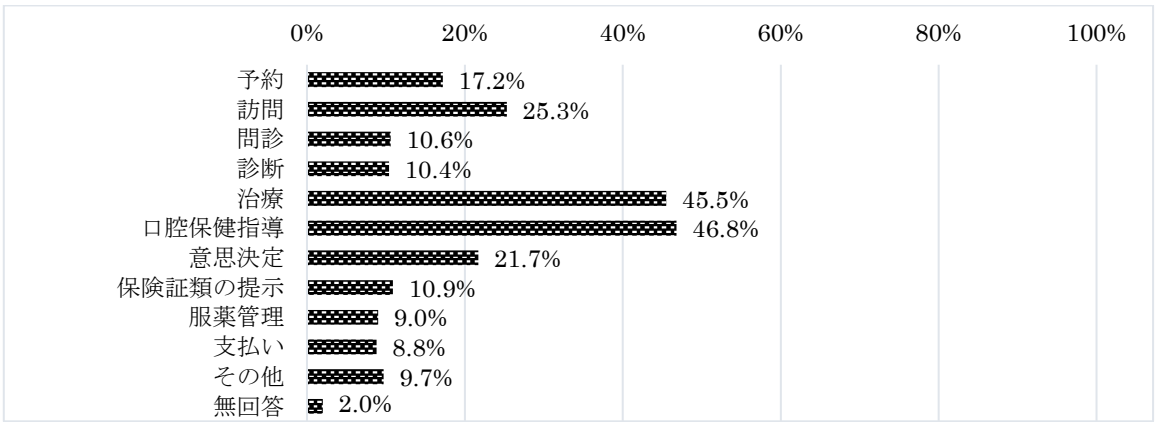
図表 28　認知症が原因の困りごと：認知症高齢者の日常生活自立度【複数回答】＜歯科医師用＞



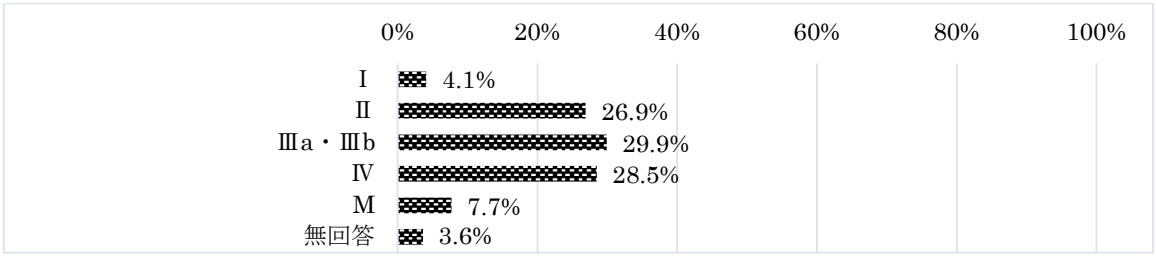
図表 29　認知症が原因の困りごと：要介護度



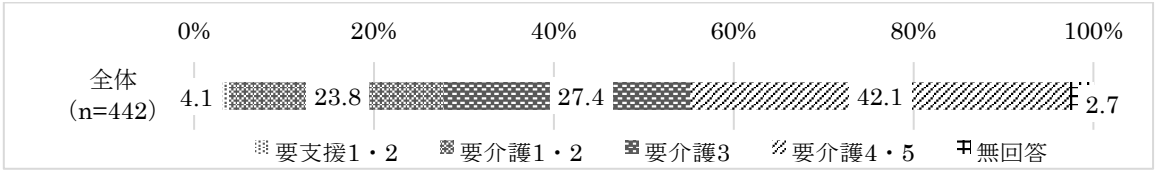
図表 30　認知症が原因の困りごと：場面【複数回答】＜歯科衛生士用＞



図表 31　認知症が原因の困りごと：認知症高齢者の日常生活自立度【複数回答】＜歯科衛生士用＞



図表 32　認知症が原因の困りごと：要介護度＜歯科衛生士用＞

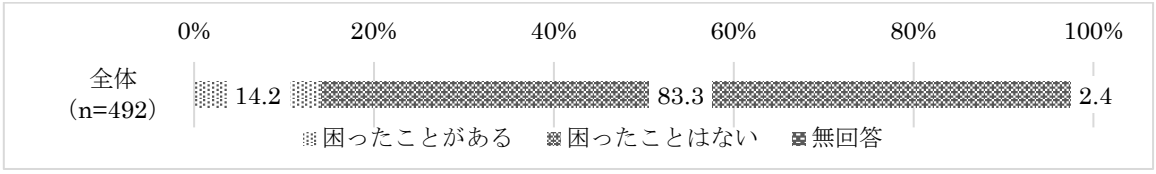


具体的な事例内容は、場面および要介護度別にまとめた（P.45 参照）。

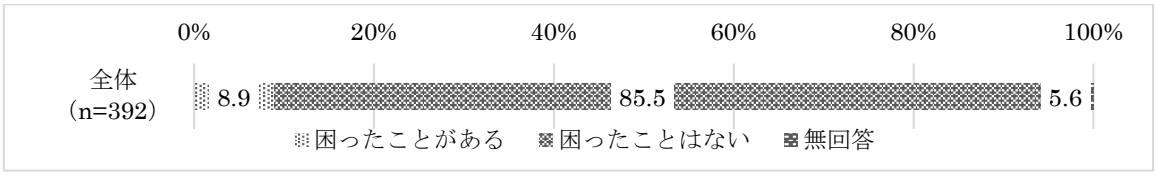
(15)　認知症の人の歯科治療困難事例における他歯科医療機関への紹介先選定の困難の有無

回答があった歯科医療機関のうち、認知症の人の歯科治療困難事例における他歯科医療機関への紹介先選定の際に「困ったことがある」と回答した者は、歯科医師用で 14.2%、歯科衛生士用で 8.9%であった。

図表 33　紹介先選定の困難の有無＜歯科医師用＞



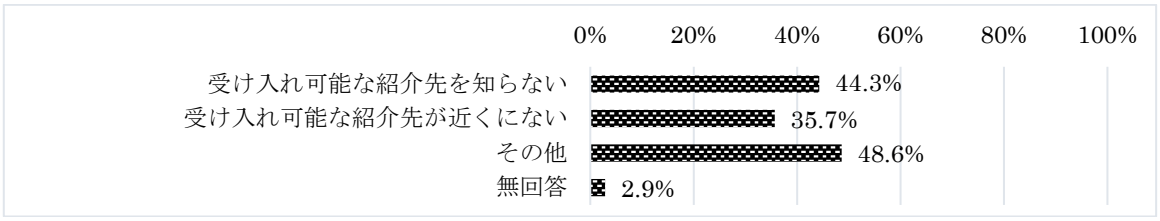
図表 34　紹介先選定の困難の有無＜歯科衛生士用＞



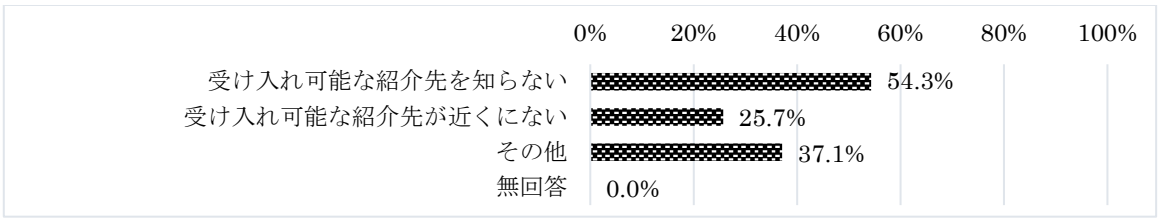
（16）　他歯科医療機関への紹介先選定の困難な理由【複数回答】

認知症の人の歯科治療困難事例における他歯科医療機関への紹介先選定の際に「困ったことがある」と回答した歯科医療機関（歯科医師用 70 ヶ所、歯科衛生士用 35 ヶ所）のうち、歯科医師用では「その他」48.6%、歯科衛生士用では「受け入れ可能な紹介先を知らない」54.3%が最も多かった。

図表 35　紹介先選定の困難な理由＜歯科医師用（n=70）＞



図表 36　紹介先選定の困難な理由＜歯科衛生士用（n=35）＞

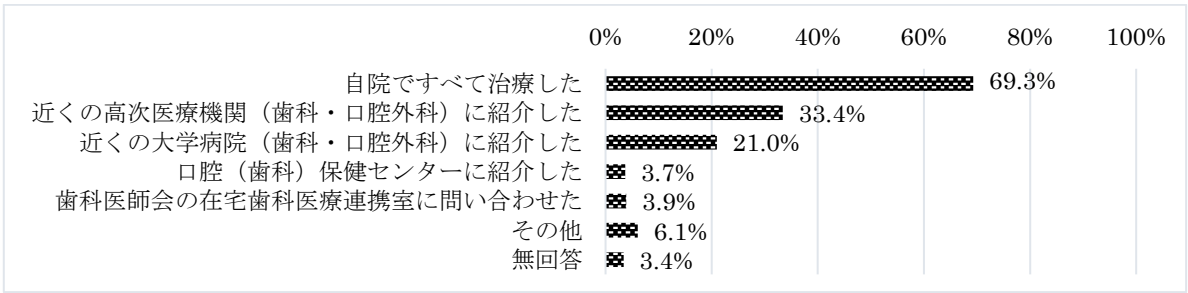


その他の回答は、歯科医師用、歯科衛生士用、それぞれカテゴリごとにまとめた（P.65参照）。

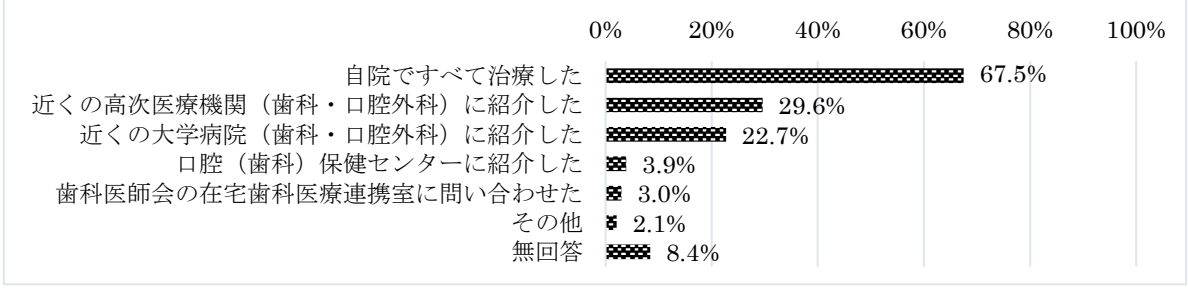
（17）　他歯科医療機関への紹介先選定の困難でなかった理由（複数回答）

認知症の人の歯科治療困難事例における他歯科医療機関への紹介先選定の際に「困ったことはない」と回答した者（歯科医師用 410 ヶ所、歯科衛生士用 335 ヶ所）のうち、歯科医師用では、「自院ですべて治療した」69.3%で最も多く、歯科衛生士用でも、「自院ですべて治療した」67.5%が最も多かった。

図表 37　紹介先選定の困難でなかった理由＜歯科医師用（n=410）＞



図表 38　紹介先選定の困難でなかった理由＜歯科衛生士用（n=335）＞



その他の回答は以下の通り。
＜歯科医師用＞

【その他の紹介先】
- 地域医療機能推進機構の病院へ紹介した。
- 知人の信頼できる歯科医院と連携した
- 認知症レベルの高い人で介護抵抗の強い人は暴力等の危険リスクが高い場合は、精神科への紹介、精神治療薬の対応で行っています。
- 連携先への紹介
- 嚥下の評価の際は VF をするので近くの連携病棟のある病院や ST と連携しています。

【地域との連携】
- 地区歯科医師会が運営する口腔ケアセンターで、チームでアプローチした。施設の担当者や家族（キーパーソン）によく説明し、現在の状況や歯科治療の適応できる範囲についてお互いに情報を共有するようにしている。
- 訪看、ケアマネとの連携。ユマニチュード
- 地域包括センターや、行政とケアマネが連携を取り、認知症対応の初期チーム介入を医師会の先生にお願いして、何とか自院と多職種連携で、在宅にいられる間は地域サービスだけで見守れるようにしています。ガン骨転移があった時のみ、BP 製剤と痛骨処理の相談のため紹介しました。地区歯科医師会の在宅窓口担当をしています。

【可能な範囲内で対応】
- ケアマネ、介護者と協力して
- できる範囲内でしています。
- ユマニチュードを利用した。
- 可及的、応急的な治療にとどめた
- 家族に協力してもらい自院で行う。
- 治療は行わず、できそうなケア方法を指示
- 自院で経過観察していくこと
- 御家族の方と相談しながらおとし所を決めた。
- 難しい治療は、医院に介助付きで通院してもらいました。

【その他】
- 高次歯科治療の希望がない
- そのような症例はない。
- 近隣の口腔外科に抜歯依頼したが、対応した先生が重度の認知症で口を開けるのも大変とのことで、更に高次医療の○○大学病院に再紹介の抜歯依頼をした。
- 退院して次に入る施設へ、訪問歯科治療に来るその担当者へ、診療情報提供書を書いて渡した。
- 本人が病識を理解していないときには困ることがあります。
- Fa(Key Person)と話し中止する。

＜歯科衛生士用＞

【その他の紹介先】
- 連携先へ紹介
- 地域医療機能推進機構の病院へ紹介した。

【可能な範囲内で対応】
- 家族に協力してもらい自院で行う
- 応急処置
- ユマニチュードを利用した。

【その他】
- 該当者なし
- 場合によっては他医院への紹介もあり

（18）　歯科訪問診療における認知症が原因の困りごとへ対応しやすくなる仕組み（自由記載）
回答は、歯科医師用、歯科衛生士用、それぞれカテゴリごとにまとめた（P.67 参照）。

(14)　訪問歯科診療における認知症が原因の困りごと

場面①予約

【要支援 1・2】

＜歯科医師用＞

- 何度も医院に電話で不定しゅう訴を訴え診察を要求する。訪問しても自分は何も言ってないと言うため、施設スタッフにも負担がかかっている。
- 診療予約日をすぐに忘れてしまい、一時間おきに電話をかけてくる。毎日毎時間。ケアマネ、ヘルパーに相談した。診療で認知症予備軍という人はいる。
- 独居のため診療の日を電話で決める場合、日にちや曜日の把握が難しくなってしまったことがある。カレンダーを見ても理解が十分でないこともあり、さらに電話でのやりとりの途中でいらだって決められないケースもあった。
- 予約の日時に来れなくなり、自分の方がドタキャンした認識もない。

＜歯科衛生士用＞

- よくあることですが、予約日・時間でないときに「今日診てほしい」と来院される患者さんがいます。何度説明しても改善されず、、。家族が予約の管理をしているわけではなく、日常生活もほぼ問題なさそうに見えます。認知症なのか、性格なのか、、。
- 口腔ケアを予防介護で行きたいが、ケアマネさんが理解不足で、居宅栄養管理を算定できないときがあった。
- 予約の時間前でも不安になることがあり、早く診てほしいとたびたび電話あり。なかなか電話が切れなく話が終わらない。

【要介護 1・2】

＜歯科医師用＞

- 事前連絡もしたが、予約を忘れ訪問時に家にいなかった。
- 耳が遠いうえ、電話までたどり着くのが困難なこと。コミュニケーションが難しい。
- 予約の確認の電話がたびたびかかってくる。
- 予約を何度も間違える電話がかかってくる。口腔内は不潔。治療に時間かかる。
- 予約を忘れる。歯ブラシをすることも忘れる。
- 予約忘れる。

＜歯科衛生士用＞

- 覚えていない、時間がかかる。
- 事前予約していて、前日予約確認の電話をしていても当日忘れていて入室できなかった。
- 自宅の電話は出られないため、毎回カレンダーに次回の予定を書いて帰ります。訪問すると予定だったことを忘れておられ、カレンダーを見て思い出されます。
- 伝えていた時間を勘違いして、聞いていないと怒られたこと。
- 予約の管理が難しい。訪問診療で訪ねても、別日だと思っていたなど。
- 予約日を覚えていなくて外出している。口腔ケアの介入が日によって違う。

【要介護 3】

＜歯科医師用＞

- ご本人と予約が取れず、ケアマネジャーとも連絡が取りにくい。
- 何回も同じことを聞くこと。
- 高齢の夫婦二人暮らし。奥様認知症、夫重度難聴 Fa や CM を通じて訪問の予約を行うも頻回に不在。
- 認知症の患者さんは各診察日時により訴える場所が違ったりすることが多いので、機嫌を取りながらの治療であったり、ケアになるので治療できないときもある。
- 訪問日の間違い。
- 予約を忘れて外出。状態に波があり計画が立てにくい。
- 予約時を忘れてしまい、訪問時に少し拒否が出てしまい、説得してなんとか治療できた。
- 予約日に来院されず、関係ない日に来るも、来院日の思いが本人の思い通りでないと不安になる

＜歯科衛生士用＞

- ご本人と予約が取れず、ケアマネジャーとも連絡が取りにくい。
- 時間、日時を忘れてしまうことがあり、訪問しても留守だったりということがたまにある。
- 電話がつながらず、アポ確定や変更が非常に難しい。
- 予約日を忘れてしまい、別の予約を入れていたらしく、訪問したときは誰もいない時があった。

【要介護 4・5】

＜歯科医師用＞

- 家族と患者との連携がうまくいっていないときに、両方から確認を取らなくてはならなくて、いつ気分により約束がなくなるかドキドキする。実際になくなると支払いも拒否されること。
- 訪問診療の日時を相談して、決定し、カレンダーなどに書き込んでいても忘れてしまっていることが多々あります。その場合訪問しても予定の治療などが行えず、訪問回数が増える、滞在時間を増やさざるを得ないということが多々あります。
- 予約を変更していただく電話をした際にすごく怒っていた。（暴言を吐かれた）
- 予約変更時に気分の変調で変更ができない。

＜歯科衛生士用＞

- 気になるところがあると一日に何回も電話をかけてくる。
- 独居で予約のめどが立たない。口腔ケアがご本人のみで十分に行えない。
- 予約日をお伝えしても、忘れられたりすることがあった。ご本人は今日が何月何日何曜日かも理解できないことがある。毎週のように口腔ケアを行っても、覚えてもらえるまでかなり時間がかかる。
- 予約日をカレンダー等に記載しておいても、一日に何度も確認の電話がかかってくる。義歯の清掃、夜間外し忘れが多く、張り紙でも効果がなかった。

【要介護度　無回答】

＜歯科医師用＞

- 老々介護のご家族が、予約日を忘れ何度も電話にて問い合わせがあった。

場面②訪問

【要支援 1・2】

＜歯科医師用＞

- コミュニケーション取るのが難しい。
- 家族から連絡あり、訪問したが当日その家族は不在。本人や他の家族はいたが、主訴が分からず明らかな原因歯などもなく、どうしたらいいかその後の対応。
- 患者の家に予約時間に行ったが、本人は留守。留守が 2−3 週間続いたが、家族から連絡があり歯科治療断念。
- 玄関で訪問時待っていただいたが、なかなか歯科の訪問ということが理解できず入室を拒否された後、治療の開始に。
- 診療予定日を数日前に確認するため、患者さんのお宅に電話をかけてそのときは了解を得ているのだが、予定日の当日には自宅に不在の時が何度もある。事前の電話があったことも忘れてしまう。そのため、当日の出発前にも再び 2 回目の電話をかけることが必要になってしまった。
- 訪問器具を持って坂道を上がるのが大変なこと。治療中拒否があり、治療が中断することがたびたびある。
- 訪問時家にいない、留守。気分にムラがある。

・　約束の時間にいない。

＜歯科衛生士用＞

・　外出していて留守だった。
・　当日、口腔ケアを行う予定だったが、「聞いていない、やりたくない」と怒りだし、診療を行うことができなかった。

【要介護１・2】

＜歯科医師用＞

・　アポイントのすっぽかし。
・　ご夫婦で住んでいらっしゃる家に訪問する際、旦那様の体調不良（発熱）が判明。お二人とも同程度の認知症でいつから熱発していたか、ほかに症状がないかなど詳しいことが全く分からなかった。新型コロナウイルス感染症の可能性の有無もわからず、対応が難しかった。
・　一人暮らし、家にいないときあり。歯磨き・義歯清掃しない、できない。
・　急に動く、口を閉じる。
・　歯科受診自体を頼んでいないと言われ、診察に入れないことが多い。拒否が強く施術できない。
・　自宅の鍵が開けられず入室できなかった。
・　室内からオートロックが開けられず、事業所に鍵を開けてもらう。
・　独居で鍵を開けて（ご家族からあらかじめ確認）訪問するも、寝ていて治療を開始するまでの準備に時間を要した。
・　訪問しても家にいない。予約を忘れる。
・　訪問することを覚えておらず、入室させてもらえず。
・　訪問日が記憶できないため、毎回訪問前に在宅しているか確認する必要がある。
・　予約して帰るが、次回訪問日に鍵が開いていなくてケアマネジャーに連絡して鍵を開けてもらった。本人はインターホンの聞こえない自室でやすんでいた。
・　予約を忘れている。保険証の保管場所を忘れているため確認できない。
・　予約時間を忘れて外出して留守だった。

＜歯科衛生士用＞

・　その日より、口腔ケアを拒否される場合がある。
・　以前通院していた歯科の印象が強く、介入させてもらえないときがある。
・　意思疎通が図れない。
・　義歯を隠してしまう。
・　玄関先で別の用事があるとドタキャンするの。
・　口腔ケアの予約時間に訪問したが、出かけていて留守だったことがありました。
・　口腔ケア終了後にも話が長く、滞在時間がかなり長くなる。話し相手を必要としている場合、素っ気ない態度もなかなか取れないときがある。
・　治療・口腔ケアを拒否する。→診察してくれないとクレーム。→往診に行く。→また拒否する。
・　自宅の鍵が開けられないので入室できなかった。
・　週に一度の訪問をいつも忘れられ、訪問時にはいつも自己紹介と口腔ケアの説明を行い、口腔ケアを行わせてもらってました。訪問時に不在の時もありました。
・　新義歯作製希望で訪問したら、作りたくないと拒否。
・　洗面所の誘導時別室にこもり出てこない、あるいは出てこられるまでに時間のかかることがある。
・　痛みがあるときは何度も電話が入るが、痛みが治まると歯科訪問を依頼していることを忘れ外出して不在。
・　認知症が進行し、訪問日時を書いて渡していてもいつの訪問なのか分からず、何回も電話をしてこられる方や、訪問日を忘れて外出されていて、訪問がキャンセルになり困ることがあった。
・　訪問することを覚えておらず、入室させてもらえず。
・　訪問する前に電話連絡を入れるが、実際に到着したときに出かけてしまっていることがある。インターホンを鳴らしても出てこないときがある。保険証が分からず、提示ができないことがある。
・　訪問時に次回の予約を伝え、カレンダーに丸を付けても忘れてしまい、電話がかかってくることがたまにある。
・　訪問診療当日、医院出発前に確認のためお電話したところ、予約を確認にしておいたにもかかわらず、ご本人不在でキャンセルと出発前に言われたこと。
・　訪問日を忘れられ診療できない。事前に連絡していても、鍵がかかり入室できない、電話も取られない。
・　本人に理解できるよう説明してあげても、被害妄想で自分は狙われている等のことを訴える。
・　毎週同じ曜日の同じくらいの時間帯に治療しているのに忘れてしまっている。嫌がらずに治療してくれますが、一から説明して治療する。
・　予約の日を覚えることができず、訪問時に「急に来られても困る」などの受け入れ拒否がある。
・　予約時間に行ってもそこからトイレに行かれたり、開始までに時間がかかる。ブラシング指導し上手にそのときはできるが、次行ったときは忘れておられ磨けてない。

【要介護 3】

＜歯科医師用＞

・　指導しても理解しているのか不明。家族の協力が得られない。
・　治療の内容が分からない場合。
・　診療予約時間に寝ている。むせがある。
・　怒りっぽくなり、意思の疎通困難。
・　訪問する直前に電話を入れていますが、覚えていられず飲酒してしまう。
・　毎回同じ内容の質問があり、同じようにゆっくりとお答えして時間を十分に取る必要がある。また、娘さんに時々訪問前後で機嫌が悪いときがあって心配との報告があった。
・　予約日時を忘れる。治療費の説明等に理解が得られず、治療に入るのに時間がかかる。

＜歯科衛生士用＞

・　その日その日で本人の状態が変わり、認知症症状が強く出ているときはいすに座るまでも時間がかかり、うがい等もその行為が分からず困ることも多い。何をするにも、時にはいつもの倍くらい時間がかかることがある。
・　家族（息子さま）立ち会いでの治療は拒否することなくスムーズにできるが、施設スタッフの立ち会いでは抵抗され治療できない。
・　口を開けてくれないときがある。
・　口腔ケアの拒否。口を開けていただけない。
・　口腔ケア後うがいの指示が通らず、うがいの水を飲み込んでしまった。
・　口腔ケア時に手を触るなどセクハラ行為があった。
・　歯科往診の予定を覚えておられず「いきなり来られても困る」「来るなんて聞いてない」と拒否が強い方もいらっしゃるので、その度に説得したり、なだめたり、帰院したりすることがあります。ご家族様が協力して下さることもありますが、本人様の意志が強いと難しいです。カレンダーに記入するなどしていますが、他にも良い方法はないかなと思います。
・　耳も遠く、筆談でも意思疎通が難しく時間がかかる。
・　診療の途中でトイレに行ったら、治療中であることを忘れて別の部屋でテレビを見始めた。
・　体調、気分にムラがあるので、ケアに入るまでに時間がかかる。本人さまがケアを行えないので、家族への説明が必要。家族への指導を行うのに時間がかかる。
・　訪問する直前に電話したのに留守だった。短期記憶喪失に。
・　訪問時居宅で独居の方のとき、鍵がかかっているため入室できない。③の項目のほとんどが認

知の方の場合はチェックが入る。
・　予約を忘れてしまい、すでにお酒を飲まれていたこと。
・　予約時を忘れてしまい、訪問時に少し拒否が出てしまい、説得した。

【要介護 4・5】

＜歯科医師用＞

・　なかなか理想的な治療ができない。
・　意思疎通ができない。うがいできない。口腔内の不潔を改善できなかった。
・　意思疎通が全くできない。閉反射、脱感作などで対応。
・　加療の必要性を理解が得られにくい。
・　開口保持を要する。
・　義歯印象採得に注意を払う。
・　体動し、協力が得られない。
・　独居のため、マンションのオートロックを開けてもらうのだが、オートロック解除がわからなくなり、入室まで複数回呼び鈴と問答をくり返す（毎回）。
・　訪問時ご家族付き添いがなければできないことがある。
・　訪問予約時はどうもないのに、いった時に入院しましたと言われる。

＜歯科衛生士用＞

・　「依頼したことはない」と介入させてもらえない。（治療が継続中においても）
・　キーパーソンである妻が認知症状がひどくなり、訪問すると鍵がかかっていて家の中には入れなかったり、訪問日時の予約を忘れていたり、老々介護宅への訪問は難しいと感じた。
・　グループホームへの口腔ケアでの訪問時、認知症の進行で不穏の時期の患者さんが大声を出したり、殴る仕草をすることなどがありました。私の後に対応するスタッフさんの負担にならないよう、不穏時はできる範囲での口腔ケアを行い、何もできないこともありました。月 2 回の訪問でしたので、その間の口腔管理、不穏時の対応。
・　意思疎通が困難で口を開けることすらままならない。名前に反応し返事するだけで治療が進まない。半分寝ている状態で、あらゆることができない。
・　異常行動がある。
・　患者さま宅に訪問しても、何度も回数を重ねないと患者さんに受け入れてもらえない。口腔清掃をしたくても、そこまでできるようになるまでに時間が必要となること。
・　気分にムラがあり、いやなときには開口せず、両手を挙げて拒否も見られること。
・　居宅でお伺いしたとき暴言を吐かれたり、口腔ケアをするときには強く抵抗されて、手を上げられることもある。
・　拒否が強く口を開けてくれない。時に暴力あり。
・　口腔ケアの拒否。口を開けない、手で払いのける、「帰れ」「何で来た」と言う。力ずくでケアの手を押さえて拒否してこようとする。
・　施設などで利用者さまがいすに座ったときの体勢が悪いため、口腔ケアをする側としても高さ、角度で困難なときがある。
・　治療内容を説明し、理解をされた上で進めようとしたところ、「なんで？」と理解されていないことが分かり、治療の妨げのなっている方が居る。
・　質問などをしたときに、理解されないときに。
・　診療時に機嫌が悪いと「あんた水かけるよ」と言ってうがいの水をかけようとする（本当にかけられたこともあり）。
・　怒りっぽく、気に入らないとグーパンチが出る。
・　訪問したが本人拒否が強く、実施できない時がある。
・　訪問時ご家族が同席してなければケアを含めできない。
・　訪問予定で行ったタイミングで、入院などを知ることになる。
・　予約を忘れていたようで、外出していた。
・　要介護 5 の本人と知的障害者の 40 代の息子の二人暮らし。部屋も治療できる環境ではなく（汚物で汚れているなど）、玄関先でポータルユニットを使い義歯の調整をしたなど。

【要介護度　無回答】

＜歯科医師用＞

・　居宅訪問の場合、独居の方の鍵の有無等入室できない。現在訪問する患者の方が認知症の方が多いので、③の項目にはほとんどチェックが入ります。
・　歯科衛生士であることが分からない。→ケアを行おうとしても歯磨き（口を開ける）ことが分からない。→理解してくださってもすぐに忘れて、また分からなくなる。
・　入院中の患者。担当医及び看護師からの依頼で口腔内治療の目的で訪問。本人は「俺は知らない呼んでない」とのことでキャンセルになった。
・　入室時、誰だか分からず怒る。→会話をするもなかなかケアまで進まない。→首を振る、手が出るなど難しい。

場面③問診・医療面接

【要支援 1・2】

＜歯科医師用＞

・　初診時に問診が正確にとれない（現病歴、服薬情報など）

＜歯科衛生士用＞

・　何度も同じことを話す。

【要介護 1・2】

＜歯科医師用＞

・　問診しようとしても自分の部屋でないことに戸惑うのか、ステッキや体を支える棒で殴りかかってくる。
・　問診に対する要領が得られず、正確な診断に支障を来す。
・　嚥下、スクリーニングテストの際指示が通らない。

＜歯科衛生士用＞

・　痛みや気になることをご本人が言わないこと。

【要介護 3】

＜歯科医師用＞

・　義歯を装着しているが、ご自身で取り外しができるのか？それを清掃されているのか聞き取りができない。家族の方や施設の方が入所者様の口腔内に興味がない。
・　口腔内の状態がご自身で説明できない。あきらかに虫歯だったり、歯肉が腫れているが、痛みがあるのかないのか確認できない。
・　指示が入らない。治療の目的を理解できない。
・　施設のため医療記録を頼りに、介護士の指摘を元に問い合せ、処置。本人の認知不可のため、家族の理解待ちとなり中止もある。
・　他人には非常に丁寧で妻には高圧的な性格のため、本人の訴えと妻の訴えが、情報を両方別々に聴取して事実を把握するのに時間がかかる。また、指導内容を遂行していないことを指摘すると妻にあたりが行くので、歯科衛生士の衛生指導を増やしたり、ヘルパーに協力もらい行おうとしても負担金が上がるから困ると言われる。妻は精神的に不調なことが増えてくる。それ以外の家族は音信不通。年金だけでお金が払えないと言われると何もできなくなってしまい。
・　痛いところがいつも異なる。
・　動作が緩慢で指示が通りにくく、状況の確認や治療までの準備に数倍の労力を要する。
・　本人に対して説明しても理解できないので、家族に対して同じ内容を説明するため時間がかかる。

・　話がかみ合わない。

＜歯科衛生士用＞

・　家族との折り合いが悪く、治療の継続ができなかった。
・　治療方針が伝わらない。
・　問診時ご家族側の主訴とご本人の主訴が違っていること。

【要介護 4・5】

＜歯科医師用＞

・　意思疎通困難なため、治療をどこまで行うか。また、抜歯など耐えられるのかの判断が難しい。
・　患者の訴えを聞き取りしている際、同居の夫から「妻はぼけていておかしいことを言うから関わらないでくれ」と激怒され介入できず。
・　視診・触診に異常がない主訴へのアプローチ。
・　治療の希望の有無の決定に悩む。
・　治療の説明を理解できず、浸潤麻酔にて刺針後に拒否状態になり、続行できず。
・　自分の症状を説明できない。聞いても要領を得ないことが多い。特にブラッシングはほぼ不可能で、義歯の着脱も困難で装着したままのことが多い。意思決定は家族がいれば聞けるが、そうでないと困難である。保険証も古いものが多く、新しくどこに来たのかがわからないことが多い。
・　主訴を確認する際に、痛みのある部位についてはっきりと確認できない。また、義歯調整が必要となり、口腔内を診たり、義歯を着脱する際に、拒否が強く手が出てきたため。
・　十分な症状の把握をするのが難しい。
・　特別養護老人ホームに入居中の患者様。動揺歯抜歯と新義歯作製が必要であったが、ご本人の希望がはっきりせず、ご家族に連絡するもコロナ渦で状態を確認することができず、介入までに時間がかかってしまった。
・　本人はもちろん家族も困っている内容がよく分からない。
・　問いかけの理解ができているのか判別がつかない。症状等の表現ができない。そのため問診できない。介助者への聞き取り、現在の症状から類推せざるを得ない。処置を行うに当たって、姿勢保持、開口等の協力は得られない。日常の口腔ケアが困難なため、介助者のケア後であってもすぐには処置を開始できる状態ではなく、処置開始までに準備時間が必要。安全に処置を行うために介助者の協力は不可欠。
・　話がなかなか通じない。理解してもらえない。

＜歯科衛生士用＞

・　重度の認知症のお母様を介護されている娘さんから、入れ歯が合わないので食べてくれない、との依頼がありました。義歯使用能力があるかも含め、義歯作成できるかどうかを Dr と DH がともに関わりスタートをし、義歯さえ作れば食べられると思われていた娘さんにも、口腔機能や認知症のことなど説明し、義歯の役割を理解してもらえるように努めました。
・　暴言、拒否がある。開口維持困難。

場面④診断・アセスメント

【要支援 1・2】

＜歯科医師用＞

・　ぱっと見は問題ないが、言うことが毎回違うので対応に苦慮した。
・　認知症の上難聴も併発しているとコミュニケーションが全くとれず、治療の説明や方針を決める際に非常に困るし、時間がかかる。

【要介護 1・2】

＜歯科医師用＞

・　時々口の中を痛がるそぶりがあるが、本人の訴えなし。原因部位の特定が難しい。考えられる部位のすべてを治療した。
・　短期記憶もあいまいで、痛いところを診療時にしっかり話せず、診断に苦慮した。

＜歯科衛生士用＞

・　入れ歯による傷はないが、歯科医師への依存が強く、必ず診てほしいとの訴えが強かった。痛みの部位もコロコロ変わっていた。
・　嚥下、スクリーニングテストの際指示が通らない。

【要介護 3】

＜歯科医師用＞

・　ご家族は治療を希望しているが、本人は拒否ありのため、治療方針が難しい。

＜歯科衛生士用＞

・　認知症独居の場合、治療計画を立てるのが困難。薬情報など医療連携をとりながら進めたい。内科、ケアマネなどと一緒に取り組みたい。
・　暴言や被害妄想があり、泥棒と思われて対応に困った。

【要介護 4・5】

＜歯科医師用＞

・　左上 2 根尖部腫脹。デンタル撮影をしたかったが開口させることができず、レントゲン検査ができなくて。
・　歯が痛い入れ歯が痛い等訴えるが、その詳細が判断しにくい。こちらからの話、説明等を正確に聞けたり、受け入れたりしてもらえないことなど。
・　傷などがあっても何が原因なのか聞き取ることができない。本人も気づいていないため指導が困難である。
・　症状の自覚がはっきりしておらずに診断。
・　前歯部、前装冠脱離していたが、元々歯ぎしり噛み込みが強く、再セットは誤嚥リスクもあり迷うところに、家族の意志が強く診断や治療方針に影響を与えてくること。
・　認知症の重度化により症状を正確に訴えられないため、重症化しているケースが多い。
・　付添いの家族がいる場合とそうでない場合で、事務レベルでの違いが激しい。

＜歯科衛生士用＞

・　拒否が強く、口を開けていただけないこともある。
・　治療計画を立て家族の許可を取った後、実際治療を行いますが、治療の際施設の方の立ち会いがないと、患者さんが痛い、痛くないすら聞き取れないときがあります。
・　症状の自覚がはっきりしておらずに診断。
・　痛み等はっきりしない。食事状況の把握ができない。

場面⑤治療・歯科予防処置

【要支援 1・2】

＜歯科医師用＞

・　会話にならない。義歯作成の印象時、舌を上に上げるように指示すると前に出てしまう。（ほとんどの高齢者が同様）これをやられると維持力不良の FD となってしまう。
・　義歯の洗浄、歯磨き等実施しないケースが多い。治療方針の説明の理解ができないため、治療開始まで時間がかかる等。
・　義歯調整の時に状態確認が難しい。
・　治療の状況を説明しても十分に理解できない。
・　疾患歯の部位が変わる。
・　新義歯と旧義歯を間違える。

＜歯科衛生士用＞

・　日常生活には問題ないのですが、独居のため在宅を希望され、外来のようにはなかなか進まな

いことに対する時間と治療にイライラしてしまうところです。

- 夫婦の関係性にもよるが、療養者がご主人の場合奥様にケアされることに抵抗を持たれる方も多い。なので、義歯を装着したまま、また外したら外しっぱなしというケースも多い。もともとの性格もあるが、認知症進行により怒りっぽくなられた場合、痛みがあっても我慢され、褥瘡ができていても怒って触らせてくれない。

【要介護１・2】

＜歯科医師用＞

- 60 代女性で若年性アルツハイマーの方。介護のご主人がいつも連れて定期的に PMCT で来院されている。以前症状の初期の頃にご主人の PMCT 中に待合室で待っていたが、突然外に出てしまい、待っていた患者が知らせてくれて追いかけて連れ戻したことがあった。現在も通院しているが、治療中に突然立ち上がり待合室に行こうとすることが時々ある。
- いくら説明しても口を開けてくれない。顔をそむける。
- キーパーソンは入れ歯を作ってほしい。とにかく入れ歯を作るにもドクターの言う指示に対し、患者は口の開閉も十分にできない中で治療を進めざるを得ず、入れ歯を作っても入れない。どこが痛いか、不満なのかも不明。支払いも渋られた。
- ご本人は義歯が使用できなくなってきているが、家族は是非とも使用させたがっており、義歯を新製すれば食事も何でも食べることができると考えている。家族に説明を繰り返しても、現実を直視できない。
- 意思疎通困難なため、開口協力その他様々な従命が不可。処置は限られたことしかできない。なんとか補綴して咬合回復しても、義歯外してしまう、紛失してしまうなど、、、結局義歯ははめられず、形あるものは食べられない。ペースト・刻み食は栄養低いので、全身状態悪くなり入院となっていくので。
- 何度も入れ歯を紛失され、そのたびに作ってほしいと言われる。独居で家族のサポート乏しく、管理が必要なことを何度か説明しても、家族は返答あいまい。本人はほしいというので。
- 家族も一応自立しているので口腔内をチェックすることはないが、自ら歯磨きをすることはできず虫歯だらけという人が多数いる。認知でぎりぎり自立で自分のことをする人に多い。全部治療が終了する頃に最初に治療したところがまた虫歯になり、ついには家族があきらめてしまうことが多い。
- 開口。
- 患家の希望により上下部義歯を作成したが、当初から義歯装着の受容が見られず、数回にわたり調整等を試みたが、結局義歯は使用せず現在に至っている。認知症の方でなかなか義歯の受容が困難な方がいることは、患家の方も理解してほしい。
- 患者さまの意志が弱く、入れ歯の着脱をしてくれない。介助者（妻）も非協力的で、いつも義歯が汚れており、誤嚥性肺炎を繰り返している。
- 義歯の管理ができず紛失する。
- 義歯の作成を行っていた際、完成時に依頼したことを忘れ未装置と治療費の未収入と治療費の返還となりレセプトの取り下げに至った。
- 義歯を製作したらとても喜ばれ、その後破損？紛失？のため再製作となって是非にと呼ばれて製作し、試着しようとした段階で（まだ入れてもおらず）「こんなひどい入れ歯を入れられて、口の中がめちゃくちゃになった」と大声で騒ぎ出した。同席したヘルパーさんは、「言いがかりだ、ひどい」と言ってくれて、奥様（同席してない）にも話してくれたが、結局散々罵倒されただけで、支払いもされなかった。社会的地位が極めて高い一家。他に、やはり社会的地位が高く認知機能が低下した方（配偶者も）では、ご主人の権力が強く、奥様に影響もあり奥様も対応できず。結局、労力のみで治療もうまくいかず、支払いも全くなく終わったケースもあり困った。
- 義歯作成や調整した物をご自身で削る等してしまい、治療が進まない。診療内容を受け入れていただけない。
- 義歯作製を行うかの決定と製作後の管理。
- 義歯修理、口腔ケア指導等。
- 義歯新製のときに前回までしたことを覚えていなくて、毎回説明するところから始まるので時間がかかる。
- 義歯制作依頼の新患さんを訪問したところ、義歯はないと言っていたが、実際は 3 個出てきた。本人に問うともう使っていないし合わないと言う。いつ制作したのかも分からないけど、治療進行に問題あり。
- 義歯性潰瘍に対する治療。一定期間義歯を外すように伝えても、指示通り外さずなかなか症状の改善につながらない。
- 欠損数は多いが義歯は使用できない。（上下の根面板 1～2 歯のみでバイトする）老々介護で、大臼歯部はブラッシングできない。
- 現在使用している義歯が古くなり、人口歯の咬耗著しく、咬合低位、適合不良等の問題が生じているため、新しく総義歯を作製した。新しい義歯は、問題部分を補正しているため窩咬合は従来より少し高くなり、床の面積は広くなり、厚みも増すことになる。残念なことにこれらの補正は、装着感が変わることの違和感を強く訴え、受け入れてくれずに新しい義歯は使ってもらえなかった。調整しますよと話しても受け入れてくれない。このような方は数人います。なかには、新義歯と旧義歯とほぼ同じ形態、咬合にすると使ってくれた方が 1 名いますが、本来これでは新義歯作製の意味はないと考えます。
- 口をなかなか開けてくれない。口腔ケア用のスポンジブラシを食べ物と思い噛んで食べようとするなど。
- 残根が多数あることが理解できないため、口腔ケアより治療が進まない。
- 残存歯左上 3 番 4 番、左下 3 番、右下 3 番しか残っておらず、義歯作製しか往診では作製困難と説明するも、ブリッジ作製を希望される。説明を地域包括スタッフに同席してもらい一緒に説明するも、納得するのに 1 ヶ月かかった。また、居室がエアコンがなく、治療時の 7 月 8 月には室温が 40 度近くあるにもかかわらず、アルコール中毒のためか本人はシャツとパンツだけで横になっているが、ほとんど汗をかかずに平気な顔をしている。朝一番（9 時頃）に訪問するも、印象・咬合採得など身勝手に動くためにやり直しとなり、完成して使えるようになったのは、9 月中旬頃までかかってしまった。
- 指示がなかなか理解できない。上下の残存歯の関係で就寝時も義歯を装着してもらいたいがなかなか伝わらない。その他、すべてにおいて同様な状態で家族にお願いしています。
- 指示が入らず身体的な暴力を振るわれること。
- 歯科治療への理解を得られないことが多く、実際の処置で多くの訪問を繰り返す必要がある。
- 歯科治療上不可能な要求。
- 歯科治療等の取りかかりは良いのですが、治療途中で「もういい」とおっしゃり治療を中断する。話しかけて治療が再開できても治療終了まで治療は受けず「もういい」と言って中断する。この繰り返しが行われ治療終了まで時間がかかる。
- 歯茎部で歯冠が破損した場合、再びポストを立てて冠を入れるべきか、残根上義歯にするべきか意志決定できず。
- 次回の治療について説明し、別日に再度伺うと理解していただけておらず、治療に入るまでに時間がかかったり、拒否されることがある。
- 治療が必要ではあるが、痛がり怖がりで治療に理解協力が得られない。
- 治療に伺うとしてほしくないと拒否あり。その後、頼んだのに治療してくれないとお話があり、伺うも拒否。施設の方と情報共有を行いながら、往診に伺い説得の元治療を進める。
- 治療の進行に家族の許可が必要、手間がかかりやすい。
- 治療の必要性を理解してもらえないこと。（ご家族と施設側は治療を希望するが、ご本人は治

療の必要がないと拒否。応急的な治療は半ば強引に可能であるが、根本的治療は期間・回数がかかるため治療が進まない。）
- 治療内容が理解できない。
- 上下総義歯の患者さまですが、本人の訴えがほとんどないので義歯調整に時間がかかる。
- 上下総義歯の咬合採得。
- 上下部分義歯を新調しましたが、下顎前歯への歯周病が進行して、抜歯して義歯追補して、動揺の大きい歯を抜歯して義歯を修理して使用しています。食事形態も普通食で対応できています。比較的理解も得て今後、処置を継続していきます。
- 上顎が FD で下顎は前歯部のみの状態で、下顎 PD を製作するも、入れる物を忘れるばかりではなく作ったことも忘れてしまう。
- 新しく作った義歯を何度もなくしてしまい再治療に。
- 新義歯の装着の仕方。
- 前回までの治療を覚えていない。当日の予定も覚えていない。
- 多少痛みを伴う処置の際、BPSD の出現でパニックが生じ、治療にならない時がある。
- 唾液の流出が多いこと。主訴がはっきりしない、変わる。治療の説明をしても理解が困難なため、承諾を取ることが難しい。
- 痛みを伴う治療や長時間の開口は途中で治療を拒否して、口を開けなかったり暴れたり（たたく、つねる）する。
- 独居ではないが、ほぼ自己管理となっている。しかし、自身でも服薬管理ができないため（服用してもらえない、当日の分のみ記憶している）、投薬できにくい。
- 突然怒りだしてしまった（理不尽な理由）。
- 入れ歯のかみ合わせを調べるとき、「噛んでください」と指示してもなかなか噛んでもらえない。
- 認知症のためにじっとしておくのが難しく、治療台に座ったり立ったりを繰り返し、継続して口腔ケアや治療ができず。
- 縫合した糸を自分の指で取ってしまう。
- 問診にあまり問題はないものの予約した治療が常態によっては拒否されることが有り、出来ない時、軽く出来るだけ口に触れないようにする時も有る。感情の変化が大きく出る人（暴言）も有るので。
- 咬合採得や治療時に指示が通らず大変である。

＜歯科衛生士用＞
- いつも通り声をかけて治療しようとした際に、頑なに「しない」と拒否されて対応。
- ケアマネさん、デイケアの施設の方が毎日来られているので、連絡を取り合って訪問している。初めての義歯作製だったので、全ての工程に時間がかかりました。慣れることも時間がかかり、管理も難しいので、家の中に置いておくと捨てたり、なくす恐れがあるので、施設の方が預かってもらうようにしています。説明してもすぐに忘れてしまうので、困ってしまうことがあります。
- 印象採得時等に指示が入らず大変である。
- 義歯の管理ができないため、歯肉状態が良くならない。家族も非協力的。お会計の際いつも財布捜しから始まる。
- 義歯を外すときや口腔清掃するときに痛みに対して敏感になっている。義歯を食後洗うように指導していて、本人も洗っているとおっしゃっていますが洗っていないことがある。ブラッシングもしていない状態。
- 義歯を装着していて残存歯のみで噛んでしまう。そのため義歯が壊れてしまう。残存歯もボロボロになってしまう。どこで噛んで良いのか分からないようだ。
- 歯石を除去した後日、他の歯が欠けたことに対し、歯科医が触ったのが原因だと怒られたこと。
- 自力で診療所への通院患者さんで、意思疎通は可能だが尿・便・体臭の不潔臭がひどい患者さんが時々いらっしゃいます。待合室ににおいが充満すると、他の患者さんも理解してくれながらも不快だろうなと思うことがあります。家族が指摘してもどうしようもなかったり、一人暮らしや高齢者同士の暮らしだと、そのようになりがちなのでしょうか。見て見ぬふりしてしまうところですが、これが改善されたらもっとコミュニケーションとりやすいなと
- 診療中に「痛い」と声を荒げられ、その後の対応。
- 認知症により、毎度同じ衛生士が対応しているにもかかわらず、記憶がないため信頼関係が築けず、深い処置、対応ができない。
- 本人の意思があるため口腔ケアを拒否する。自分でできていると思っている。
- 理解力が得られないため、同時間内に同等の治療を行うことは困難。口腔衛生管理から始まり、常に同じことができるとは限らない。口腔衛生指導時、スケーリングや P 基処などの加算がないが、実際行わざるを得ないことも多い。

【要介護 3】

＜歯科医師用＞
- いつまでたってもベッドから起きてくれない。調子が悪いと暴力を振るわれる。
- いつものように歯周治療と口腔ケア指導を行っていたが、「今日の歯医者（治療と口腔ケアなどのこと）はまだなのか」と治療等がやったばかりなのに、やっていないという利用者さんの認識ゆえ。
- かかりつけ医に通院ができない状態になり、歯の痛みの訴えがあったとのことで CM から依頼があった。訪問したが、歯科医が来るということが受け入れられず、また、かかりつけ医でないということも納得いかず、結果として口を開けてくださらず治療まで行うことができず。
- がん終末期にて口腔管理を家族より依頼あり。部分床義歯の鉤歯の脱落や歯牙破損あり、増歯など治療時に嫌がったり疼痛を訴えたりすることが多く（疼痛は歯牙でなく腰や他の部位）、なかなか対応に苦労することが多い。
- こちらの言うことを理解できない。
- コミュニケーションが困難なため、義歯作成時の BT が困難。家族にもよるが、患者への支出の減少。
- ご家族の希望により治療しようとするが、手で遮られたり声を出されたりすること。
- その都度治療時の声かけを行うが、日により不穏となり、治療を寸断せざるを得ないこと。
- 意思が通らない。
- 印象や咬合印象を採得する際、指示が伝えられずやり直すことが多い。特にバイトの方が難しく「口を開けて」はできても「噛んで」は理解してもらえず、義歯の修理や義歯の新製の時に苦労する。
- 印象材やリベース材を飲み込む心配あり。特別の配慮や使用する材料を考える必要がある。
- 殴られた。私自身のジルコニア破損し再製作した。うがいの時顔面に吐かれた。噛まれて蜂窩織炎になった。女医なので汚い言葉で罵倒された。義歯等を投げつけられ破損された。
- 何度説明しても理解してもらえず。
- 家族は義歯製作を希望し過大な期待を持つが、本人は協力できず、理解ない。
- 家族様の希望により、上下顎義歯を製作されるが義歯製作過程で本人との意思疎通が取れず、無理をして作成するときがある。訪問歯科医としては本人に合った噛めるような義歯を作成してあげたい。
- 介入の意図を理解できず、診療に強い抵抗がある。
- 会話が進まない、処置中手が出てくる等。
- 開口。
- 開口への指示が通らず治療が難しく、口腔ケアを行うにもかなりの時間を要すること。
- 開口や開口指示が通じないときがあったり、精神的に不穏な時があったり、治療ができない日

がある。
・ 開口や舌運動の指示が入らず､治療が進まないこと。
・ 開口拒否や治療拒否が強く、口腔管理が困難であること。（口腔内はほぼ残根状態）
・ 気分にむらがあり、協力的なときとそうでないときの差が激しい。
・ 義歯新製、着脱指導、義歯管理指導、口腔ケア等。
・ 義歯製作の過程で咬合採得があります｡患者さんに口を開けてもらい軟化したろう堤を噛んでもらうのですが、その指示が理解してもらえず採得に大変苦労しました。
・ 義歯調整の際、粘膜調整材を使用するとき、タイミングが合わず硬化してしまい、再度やり直すことになった。通常同様の処置ができる場合が多いのですが、急にできないケースがあります。
・ 義歯不適合にて治療を行っていたが、好みの Dr がいるようで、それ以外の治療は受け入れられず。同一 Dr のみでの治療でしか受診できなかった。
・ 義歯咬合採取時こちらの指示に正しく従えず、採得が非常に困難かつ不正確になる。
・ 恐怖心が強いのか、小さな子供のように泣き出し治療が進まない。どうすればよいか試行錯誤しています。
・ 型を取るときに静かにしていられない。
・ 口の開け閉めや咬合採取等ができない。
・ 口を開けてくれないときがある。
・ 口腔ジスキネジア、無意識のクレンチングのため歯牙が破折していく。咬合の再現化難しい。口腔内損傷予防。AH,FAST4
・ 口腔内に器具、歯ブラシ等を入れるのに指示がなかなか通らない。うがいができない。
・ 口腔内の痛み、カリエス、義歯疼痛および口腔ケアについても治療、処置、継続することの難しさ。（カリエス処置、義歯製作、歯肉炎症時の治療）
・ 座位保持が困難、立ち上がり室内を歩き回る。開口保持が困難、治療に協力的ではない。
・ 指示が通らないこと。介護スタッフの指を噛むこと。治療にならないこと。
・ 指示が入らず治療時に開口してくれず動くので危険であること。
・ 指示が入らない。
・ 指示が入らないため、治療・ケアが円滑に進められない。
・ 指示に従ってくれない､こちらの指示を理解できないので治療でやるべきことを普通にできない。開口、閉口してくれない。手でこちらの手を遮る､暴れる､たたいてくる。
・ 歯は残っているが、部分床義歯を入れるべきか、残存歯に清掃が行き届かずやがてぐらぐらしてしまうため、今のうちに総義歯にすべきか、お金の面も併せて決断できず困った。
・ 歯科治療内容について説明するが、次回来院時治療内容が分からず再度説明するも､前回は同意を得たが同じ治療内容なのに同意を得られなかったこと｡説明の際は家族の中から一人キーマンを選び、説明することが重要と考える。
・ 治療ができにくく、時間・期間ともにかかる。
・ 治療が終わってから唾を吐かれたりすること。
・ 治療に入る前の段階に時間がかかる。居宅でまず座位をとってもらうまでに 20 分かかり、治療に関しても 20 分-60 分かかる。治療途中「感情失禁」などで中断→再開→中断→治療の繰り返しの時があり、心労ともに疲弊しました。
・ 治療の説明等理解していただけるように説明しても、何度も同じことを聞かれ続けること。
・ 治療の説明内容を自分の良いように捉えられ､その後の治療時に再度説明するなど時間がかかる。
・ 治療の必要性が理解できず暴れる。具体的には首を振る、麻痺のないほうの手で抵抗する、数人がかりで何とか治療。
・ 治療時に口を開けてくれない。拒否が強い。
・ 治療時に痛みがあると暴れる。
・ 治療時の拒否が強く、また術者の身体に必要以上に触ってくることがあり難渋した。
・ 車イスからユニットへの移乗を家族に手伝ってもらい処置を行うが、時折怒ったり、拒否する行動を見せる場面もあるが、しばらくすると普通に術者に従う場面もある。
・ 処置中に両腕を爪を立ててつかまれて、傷を負って一時中断しないといけなくなった。感情のコントロールができないときがあり、急に攻撃的になることがあります。
・ 床義歯再製が必要だが、資金のキーパーソン（家族）が他のキーパーソン（生活面等）と意見不一致のため、治療するにも治療できないことがあった。
・ 上下総義歯で長年入れ歯を入れたことがなく、骨隆起も上下ともあり困難を極めました。上顎口蓋隆起のところを削合して下顎も舌側の隆起をさけて新調しました。咬合関係も調整の結果、かなり改善されてきた。食事を摂取するまでには至らず、原因は味覚がなくなるということで、間食事に装着して食べてもらっています。
・ 上下 FD なのですが（年齢 88 歳女性）最近認知が進んできて、今までになかったことですが（家族の話）、下 FD を投げて割ったとの依頼があって往診しました。よく調べると FD による傷が少しあったので、入れると痛かったので怒って投げたと思われます。診察にて FD フチを消毒したところ口の中に入れてくれ笑ってくれました。
・ 新型義歯完成直後の紛失。新型義歯への拒否（慣れへの意識が持てない）
・ 新製義歯を失う。
・ 診療すべき歯（虫歯、根治）があるが、診療拒否が強く指とか噛まれる。
・ 診療拒否。
・ 診療時に抵抗があり、治療困難。
・ 精神病と認知症あり。暴言暴力あり、頭を左右に振るので歯石除去も何度も中断しながら実施している。スケーラーで口腔内を傷つけてしまうリスクを抱えながらでとても治療が困難である。
・ 疎通困難で本人要望が確認できない。治療姿勢の協力が取れない。
・ 痛みのある場所の訴えが定まらないため、治療が行えない。
・ 転倒の既往のある車いす自操の患者。目を離したすきに立ち上がって自室に帰ろうとしていた。後にも先にも歯科治療中に全力疾走したのはこれが初めて。これはほんの一例です。その他暴力、暴言など日常茶飯事です。
・ 入れ歯の着脱、うがいの支持ができるときとできないときがある。
・ 認知が進み、独居で生活。口腔内はカリエス、歯周病が重度。しかし治療拒否。
・ 認知が進んでいるが、独居で生活。口腔内はカリエス、歯周病が重度。しかし治療拒否。
・ 認知機能が低下している状態で、義歯を治せば食事ができるとのことだが（患者の家族）、義歯での対応ではなく、食形態の対応の時期に来ているときなかなか理解を得られない。
・ 認知度の進行が強く義歯を着脱した際、盗まれたと思い込み治療が困難になってしまうこと。
・ 抜歯時に麻酔をするときに暴れて大変だった。
・ 部分床義歯がうまく使えず残存歯に負担がかかり、歯周病が進行してしまう。何度部分床義歯の着脱を指導してもうまくいかない。
・ 暴れるために十分に治療、口腔ケア、体操ができない。男性で力があるためスタッフが噛まれたり、けがをすることがある。
・ 本人と意思疎通がうまく取れないため、本人ご家族の希望される治療ができないこと。（カリエス処置、口腔ケアも完全にできないときがある）
・ 理解されてるか不安。毎回違うことを言われる。
・ 話がかみ合わない。

＜歯科衛生士用＞

・ うがいがだんだんとできなくなってきている。歯磨きを嫌がるようになり、声が出て拒否する

ようになった。
- うがいができない。うがいの水をかけられる。
- おロを開けてくれない。頼んだことも忘れてる。
- その時の機嫌によって、なかなか開口しない場合がある。
- ブラッシング指導に分かったと答えるが、同じ質問の繰り返しであった。
- 意思の疎通が図れない場面で、予防への説明がうまくできない。現状維持も困難。
- 意思疎通の困難。予防処置の拒否。
- 介護施設から抜歯依頼にて往診。診療直前に本人が抜歯拒否、義歯の調整にとどまった。
- 開口、義歯の着脱、咬合等の指示が分からない。うがいを飲んでしまう。様々なコミュニケーションができるときとできないときがある（ほとんどできないこともある)。
- 感情の起伏が大きく、気に入らないことがあれば暴れる。
- 拒否が強く暴力にあってしまった。
- 口を開けてくれない。前回来たことを忘れている。治療は必要ないという。
- 指示が入らず、治療が困難であった。口を開かない。
- 指示が入らない。
- 処置内容の理解ができない。
- 説明したこと覚えていなくて、何回も説明が必要。
- 体調や感情に波があり、コンスタントにケアすることができない。
- 大きな声で暴言を吐き怒鳴る。拒否も強く、数分で口を開けてくれなくなる。義歯の装着も拒否される。
- 同じ体位での同じ処置。認知レベルにあった手間に対応する加算がないため、ボランティア的処置になる。
- 日常会話などもできているが、急に一方的に怒りだしやってないことを言い出したりして、何でもない歯を削ったから食事が食べにくくなっている、などと言ったりする。
- 認知度の進行が強く義歯を外すとき、盗まれるなどの被害妄想があり、大きな声を上げるなど治療が困難。
- 訪問時間と患者さんの生活リズムのタイミングが合わず、声かけや説明、スキンシップを試みても拒否が強く診療できなかった。
- 有料老人ホーム（認知症初期からケアをしている)。座っていることが困難（日や時間帯により多少変化あり)、最近は車椅子でのケアになり動き出すことはないが、うがい動作でだけでなく、口を開けての指示も入らなくなっている。機能訓練も動作理解が徐々にできなくなり、口腔周囲筋のマッサージなども嫌がる状態。口腔内清掃のみも困難になってきている（セルフケアもしていない)。

【要介護 4・5】

＜歯科医師用＞

- クラスⅡ以上になるとほぼ指示が入らない方が多いのが最大の難点です。「口を開けてください」「(何回か）噛んでください」「噛んだままでいてください」など治療上の指示が入らなければ治療は絶望的です。そして指示が入らない故、補綴治療が不可能であることを訪問施設の職員（介護者）やご家族に理解していただくのも困難で「なぜ治せないのか？」と問われることが多くなってしまうことが大変です。
- ご家族の希望で義歯作製依頼があったが、指示が入らず BT がとれない。
- ご本人の状況により、暴れてしまう、噛みつく、殴る、等あるときは、治療に時間と回数を要します。ある程度の体位保持等必要な場合もあるので、その際は、施設のスタッフにも協力いただいております。
- サ高入居者。訪問すると「いつもありがとう」と笑顔だが、口腔ケアを開始して 5〜6 分すると、「もういい」と言いながら顔を左右に振り拒否する。介入機会を増やして対応してきたが、できることは限定的だった。施設には口腔ケアは期待できず、訪問看護、ヘルパーも同様だった。
- ミラーを噛んでミラーにひびが入った。
- レビー小体型の認知症の患者さんで、偏食もあり手づかみで食事を摂取して、歯磨きは自己で行うも十分でないため、う蝕や歯周炎が進行しており、早期の口腔ケア介入が必要。しかし、口腔ケアの必要性は理解できずに、暴言や暴力行為も見られるため、ご家族と抑制をしてできる限りの口腔ケアを行っているが、十分なケアや治療ができていない。
- 意思の疎通ができない。口を開けるのを嫌がる。暴れる。
- 意思の疎通がとれない場合、義歯製作の BT の採得に時間がかかる。
- 意思の疎通が困難なため、開口してくれない。話かけること続けているうちに、治療拒否され、何も治療できず帰宅した。
- 意思疎通ができず、口を開けたり閉じてもらうことが時々できずに困った。
- 意思疎通が図れない。指示が入らない。
- 意思疎通が難しく、痛みのある部分を特定しづらい。治療時の開口拒否。
- 意思疎通困難による開口維持や指示に従えないこと。
- 意思疎通不可。治療拒否、暴言、噛みつき等あり。家族は治療を希望している。
- 何もせず口腔内を診ただけにもかかわらず「何かおかしい」と言い、突然怒り始めた。
- 家族から治療や口腔ケアの希望を伝えられても、本人が理解できず非協力的な行動をとられてしまう。義歯を洗わせてくれない、口を開かない、暴れる等。
- 家族との治療方針などに対するコミュニケーションがとりにくい。
- 家族の要望と本人の希望が合致しない。何度も治療の説明が本人に必要となる。
- 家族より現在非経口だが、口腔摂取させたいということで診査・診断の上お楽しみ程度のゼリー可となったが、認知症の妻が固形物を食べさせ窒息させていた。妻と娘の関係性も良くない。このケースも自立行動の取れる認知症の自覚がない人の対応。
- 介護者がどうしても患者サイドにあり、治療への拒否が入る。
- 開口。
- 開口が困難で場合によっては噛まれたり暴力を受ける場合。
- 開口していただけないこと。
- 開口しない。拒否が強く手が出る。
- 開口維持ができない。
- 開口指示が通らないので、バイトブロック等の抑制するための人数が必要であること。
- 開口保持できず。
- 噛みしめたまま口を開けてもらえない日があった。意思疎通困難なため、痛いのか痛くないのか不明で、処置を開始する順番を決定するのが難しかった。
- 患者が暴力的になってしまい、なかなか口腔ケアすらできない場合。
- 患者本人は義歯の制作使用を希望していないが、家族が制作を希望している。患者へ指示は通らない。義歯を使用できる状態ではない。
- 簡単な治療、口腔ケアであっても拒絶が強く、開口そのものをしてくれないことが多い方です。現実にはあきらめるか強制的手法となります。常に必要とは考えませんが、安定剤等の使用も取り入れたくなることがあります。
- 義歯にこだわりが見られ、口腔ケアでさえ、暴言を聞きながら拒否されながらの治療だった。初めての認知症で、勉強していくことで心理的に楽になってきた。
- 義歯の印象採得の際、指示が通らず印象材を飲み込みそうになり、即座に印象材（トレー）を外し、口腔内を直視確認し、残りの印象材を手指で除去した。
- 義歯の挿入が困難、また、挿入できても咬合しないため調整が困難。
- 義歯の咬合採得の際、指示が通らず適正な採得ができなかった。

- 義歯の咬合採得時に開口の指示が入らずクラスプが折れた。
- 義歯の咬合採得時に指示が通らず、こちらの手による誘導にも抵抗する。
- 義歯の BT とか取りにくい。きちんと治療できない。義歯を入れても噛まない、誤嚥があるので食事形態をゼリー状にされてしまう。
- 義歯を新しく作ったが、本人が紛失。6 か月は義歯新製不可。家族もお金がかかるため義歯新製希望せず。食事形態が落ちたまま。
- 義歯作成時に咬合が取れない。「噛んでください」の伝達が伝わらないので、いろいろとほかの方法を考え実践している。
- 義歯作製について、判断が毎回異なり決定できない。
- 義歯新製のため印象採得を行おうとしたら、アルジネートを食いちぎられた。
- 義歯製作に関して、意思疎通が困難で印象、咬合採得などに時間がかかる。
- 義歯調整、不適合なところ、あたっているところを探そうと口腔内に入れようとしても、痛いことが我慢できず怒りだし、強く拒否する。
- 拒否が強く、診断・治療が難しい。
- 拒否が強く、診療（視診）も困難。
- 誤嚥は肺炎予防中心。う歯に対する治療は、サホライトが中心で充填など切削器具使用は無理。
- 口を開いてくれない。意思疎通不可。
- 口を開いてくれない。手が出るなど治療が円滑に進まない。
- 口を開けていただくまでに時間がかかる。治療に時間がかかる。
- 口を開けていられない。
- 口を開けてくれない、動いて危ない、口を開けてもすぐ閉めてしまう、噛みつこうとする。
- 口を開けてくれない。
- 口を開けようとしない。噛みつき。指示を理解できない。
- 口を開けられない。歯をきれいにするということが伝わらないので、強く口を閉じてしまう。
- 口を開けることが困難であり、治療や口腔ケアに時間がかかる。
- 口腔カンジダ症のため、義歯の不具合。
- 口腔ケアを行うだけでも爪を立てられたり、ひっかかれる、唾をかけられたりと対応に。
- 口腔ケア時における拒否、暴言等。
- 口腔内はう蝕多数だが、常にかみしめ、歯ぎしりしており治療困難。
- 口腔内状況 5-6 年前までは 28 歯健全だったとのことで、最近（個々2-3 年）口腔清掃しないし、介助も完全拒否のため口腔崩壊し、訳 14 本にカリエス所見、治療するも治療拒否、口腔清掃拒否。感情の波があり良いときに清掃、治療実施しているが、完治までには時間を要する。
- 在宅患者。2 回に 1 回くらいは、歯科医師・歯科衛生士の顔（姿）を見るだけで興奮し、治療には入れないことがあった。訪問看護の後（疲れている？）に伺ったときにその傾向が強いように思われ、訪問看護のない日に訪問診療を行うようにした。家族の希望は補綴を含む治療だったが、口腔ケア（清掃）と薬物塗布（サホライド、フッ素）、大きなう窩のセメントによる埋め立てが精一杯だった。
- 作ったばかりの義歯の紛失。
- 指示が通らないこと。開口維持ができないこと。治療できず口腔ケア程度のことが限界になっていること。
- 指示が伝わるまでに時間がかかる。開口状態を維持できないことが多い。
- 指示が入らず、治療に介入しようとすると逆に口を強く閉ざして、非常に困難をきたした。
- 指示による開口ができない。
- 指示通りに口を開けてくれない。口の開閉に不随意運動が見られ、診療に支障をきたす。
- 施設で予約はコントロールしているが、施設職員には痛みを訴えるが実際傷がなく義歯調整できない。
- 歯科介入の拒否や口を開けてくれない、XP 検査の困難、印象採得不十分、治療（義歯作製）していく希望があるか、そもそも必要があるのかないのかの診断や本人意思確認不能なこと。
- 歯科治療を認識できていない。頼んだ覚えはないとのことで、近づこうとしても手や足が出る。口腔内に手を入れようとすると噛みつこうとする。
- 治療スペース、治療体勢の維持の困難、患者の拒否。
- 治療について理解ができず、開口が困難であったり、拒否反応が強く手が出たりすることもある。
- 治療に対して理解が得られないため、手が出るなどの拒否反応がある。
- 治療に対する拒否。開口してくれない。
- 治療に対する理解が得られず、咬まれる、手が出てくる、等ある
- 治療の内容を理解できない。本人の意思がわからず家族判断で治療を進めなければならない。こちらの言葉、声掛けに反応なし。指示通らず、開口保持困難。
- 治療をしたいが口を開けてじっとできない。そのため、今後の入れ歯の新製不可。
- 治療拒否、噛みつく、手を上げる、暴言。
- 治療拒否にて暴力を受けたりするが、家族は見ないふりをされる。治療中に暴れても倫理的に抑制は行えず、家族の協力を得られないなど。
- 治療拒否による開口困難で、義歯新製ができない。
- 治療時に暴力的になり口を開けない。
- 治療時拒否が強く、口腔内に水をためることができず治療しにくい。
- 治療途中に不穏になり、安全な処置が難しくなってしまう。
- 自身での口腔清掃は不可能。プラーク食渣の除去は月 4 回の居宅療養管理指導では難しい。特殊歯科診療所へ紹介し、沈静化、全麻下での治療も行ったが、その後もカリエス再発している。
- 自発開口が得にくく、出血部位の特定に難渋した。顔面のマッサージから始め、口腔内に手や器具を入れられたが、興奮してしまうと、興奮が興奮を呼び、術者は腕を強くつかまれ、傷ができてしまった。
- 手指、頭部の抑制を行って抜歯をした際に膝蹴りされた。抑制の人手不足。
- 処置に対する抵抗。体動が激しすぎる場合、明らかに抜歯が必要、抜歯後の縫合に危険を感じるが、縫合できないと出血リスク（内服薬あり）があるため、処置を躊躇することがある。
- 上顎前歯の多発カリエスによる歯牙の崩壊、下顎は特に問題ないが患者の咬合が強く、口腔内での開口維持が難しく、虫歯の治療ができず、応急処置のみで治療しました。口腔ケアによって口腔清拭するも咬合関係が崩壊すると虫歯の進行も進む。現在では経過を観察しています。
- 寝たきり、独居で対応が困難。
- 寝たきりで意思疎通困難な患者で抜歯の依頼。医師にハルシオンを処方してもらい、睡眠状態にて抜歯を行った。
- 寝たきりや開口保持困難の方の治療に時間がかかる。
- 寝たきり状態で意思の疎通困難。暴れるために介護職員に両手を握ってもらい（押さえつけではない）少しずつ治療を行った。
- 新しい入れ歯を受け入れられるかどうか作ってみないと分からない。そのときは大丈夫でも、しばらくすると使えなくなることもある。
- 親族立ち会いの下入れ歯の取り扱いを説明したが、口腔内に入れるときの方向性の認識が難しく。何度も伝えるのに。
- 性の抑制が解除された男性に胸をもまれた。
- 先口、歯磨きの指示および治療の説明、同意などが得られない。
- 総義歯、症状について聞くことが難しい。口腔内の状況を診て、使用状況、疼痛症状、咬合など推測せざるを得ないため、治療が非常に困難になること。また、開口、閉口等の指示が伝わらない、また義歯の管理も困難である。

・　体動、開口拒否のため十分な処置ができない。(印象採得)
・　大声で怒鳴り、近づくと唾を吐きかけられるので、治療の協力が得られず。
・　単独での治療は困難。治療の中断が多い。
・　昼夜逆転等による覚醒不良で治療が困難。
・　動いてしまう。診療の内容の理解不可。
・　動揺歯が多くて触らせてもらえない。治療方針が決められない。本人の拒否。
・　特別養護老人ホームに入所中の患者様。セメント充填必要であったが、治療の協力が得られず、開口保持が困難であった。
・　特別養護老人ホームに入所中の患者様。下顎義歯の疼痛を訴えるが、義歯を装着するたびに疼痛部位が変化する。義歯チェック材でも異常はなかったため無調整にて経過を見ると 30 分後には改善していた。
・　特養入所患者。職員による口腔ケアを完全に拒否する、口臭がひどいのでなんとかしてほしいとの依頼。手、肩、背中に触れているうちはにこやかだが、口唇付近に触れた途端に豹変、激しく興奮する。歯科衛生士に手を抑えてもらい、口腔ケア、薬物塗布（サホライド、フッ素）を行っている。本人の意志に反して行うのは、後ろめたくもあるが、特養との関係もあり継続中。
・　内容を把握できない。
・　入れ歯の取り扱いについて悪習癖をくり返し、紛失する。入れ歯の取り違いや上下の装着を間違える。診察中トイレに立ち、下着も付けず出歩く。治療中、飲食しだす。
・　認知症が重度の人は義歯装着が困難で、むしろ補綴物（-）で食事形態で対応すべき症例が多い。
・　認知症患者、口を開けてくれない、噛みつかれる。
・　脳血管疾患による食いしばりによる開口困難。
・　脳血管障害患者、こわばりで口唇が堅くミラーが入りにくい。
・　抜歯の時に手が出る。そのため、スタッフ 2-3 人が同行せざるを得ない時がある。
・　抜歯時のこと、右下 8 破折し D 根 P3、M 根は C4 残根にて埋入状態にて局麻下に D 根は EXT 完了。M 根 C4 は残根にて難抜歯となるため、あきらめざるを得ず残根は残した。
・　表情が攻撃的で暴言を吐く、唾を吐く、噛みつくなど治療が困難。ただ治療を重ねていくと徐々に会話ができ量になってきた。今後スムーズに治療ができるようになればと。
・　夫婦ともに認知症で老々介護。治療の説明するがどこまで理解できているのか不明。口腔ケアの必要性についても説明するが、ほとんどできていない。週 1 回の訪問では全く改善するレベルにはなく、食物残渣で口腔内は汚れでいっぱい。
・　訪問で口腔ケア管理している方で治療が必要になり治療。受診したのは良いのだが、全く口を開けてくれず、治療できず口腔ケアだけで終わった。家族の要望もあり、特に治療することもなく様子見としている。
・　暴言や手が出るために口腔ケアを行えないことがあった。
・　暴言をはかれる。唾を吐きかけられる。蹴られる。
・　某病院（回復期・維持期）入院中の患者さんで、病院から依頼がありました。急性期病院 から転院されたばかりのようでした。「上顎に義歯があるが、ずっと入れっ放しになっているようで、 はずれなくて困っている。」との依頼でした。上顎は部分床義歯で、本人は義歯装着の自覚はありませんでした。はずす必要があることを説明のうえ、クラスプ周囲の歯石を除去したりして、少し痛がるので、慎重に何とかはずすことができました。看護師に事前説明をして相談しながら実施しました。しかし、長期間装着しつばなしだったため、歯肉の炎症が強く、再度装着しようとすると 痛みを訴えて、入れられませんでした。そのために、歯肉の炎症が軽快するまで、数日義歯の装着を見合わせることしました。その時、本人はどうしてこんなことになったのかと怒り出しました。数日後に訪問した時は、義歯装着時の疼痛はほとんどなくなりました。そこで、義歯着脱の練習をしていただきましたが、文句ばかり言ってなかなかできませんでした。どうにか声掛けでできるようになりました。次の訪問時、看護師によれば、ふだん着脱の練習をやってくれなくて、困っているとのことでした。その後、結局、義歯着脱はすべて介助することになりました。なお、看護師の話によれば、日によって波はあるが、時々易怒性があって、看護・介護が大変なことがあるとのことでした。
・　本人とご家族の意向が異なる場合がある。
・　本人に疾識があり話もできるが、短時間で忘れてしまい診療がしばしば中断する。
・　本人の義歯の認識がなくなってきていて、装着使用が難しくなってきた。食形態（刻み→ペーストなど）の変更などの配慮。
・　理解できず暴れる、噛まれる。
・　P4 の抜歯、静かにしてくれないので医師、看護師等の対面で一部腕等を出さないように抑制して EXT した。義歯の増歯やリライン時、黙ってしばらく噛んでいることが困難であった。

＜歯科衛生士用＞

・　「痛い痛い！やめて！」と叫び寝室のベッドへ逃避しようとされる。うがいの水を飲んでしまう。
・　アルツハイマー型認知症であり、重度のオーラルジスキネイドアの利用者さん（92 歳女性）。いつもお口をもぐもぐさせ、舌を自分の手のひらで引っ張り出したり、引っ込めたりを繰り返しておられる。口腔内の検査をしようにも、もぐもぐや舌いじりを止められるのを嫌がり、暴力を振るわれることも。
・　うがいも上手にできるときとできないときがある。開口できない。落ち着きがないときもある。日によって状態が変わる。
・　お口を開けてもらったり、閉じでもらったり意思疎通が通らないときが時々みられて困ったときがあった。
・　すべて拒否。暴れる。義歯も入れなくなってきた。認知高度に進行。
・　意思疎通が難しく、日によって態度が違うことも多い。また、苦痛を感じると口を開けてくれないなど処置に困った。
・　意思疎通が薄い方ほど、術者が手を噛まれたりする。
・　意思疎通歯できるが、治療が始まるとしばらく不随意運動が出てしまい、開口保持が困難になったり、ミリ単位の切削処置ができなくなったりして、治療を進めにくい。
・　何をされているのか理解できず、乱暴な行動や言動をされること。理解までは行かなくても、気持ちを落ち着かせてからの診療に時間を要すこと。
・　何度も同じことを繰り返してしまう。
・　家族が望む治療と実際に行える治療の差があり、押さえて行わなければならないことに戸惑いを感じて。
・　開口指示が入らず、施術中もしゃべり続けるため、器具の使用が非常に危険。
・　開口保持困難。
・　義歯の着脱時に突然噛みしめだしたことにより、義歯が破折しそうで大変焦った。
・　義歯を外して清掃していたところ、義歯を盗まれたと不安になられた。
・　義歯を作成したが、義歯の前後の向きが分からず、ご自身で着脱が難しい。ご家族から本人に着脱してほしいとの要望があり、クラスプを少しゆるめにし、着脱しやすくしたが、本人からは「ゆるい」と言われ、板挟み状態となった。
・　義歯作成のための印象採得時に開口指示が入らず指を噛まれた。
・　口腔ケア・治療の際抵抗されますので、難しい時があります。舌だし、吸啜、くいしばりによって開口がしづらいです。
・　口腔清掃。義歯着脱。
・　口輪筋の力が強すぎて、開口器などの道具を使っているがすぐにずれたり取れたりする。ブラ

シや歯ブラシなど入れるのも困難。なかなか口腔内をきれいにしているのかどうか、手探りな面もあり、これできれいになったのかと思ってしまう面もある。
・　残存歯が少なく多数の欠損歯があるが、本人が義歯を入れることができず、食形態を低下するしかなく、栄養状態が低下して困った。
・　思い込みが強くあったりすると、こちらの意見を受け入れてくれない。
・　指示が入らない。暴力的になっていく（行動、言動）。心を閉ざしてしまう、コミュニケーションが取りづらい。
・　歯科に依存度が高く、自立したブラッシングを指導するが磨いていない。訪問を待ってくれている（訪問以外磨いている様子がない）。かなり口腔内不潔である。
・　治療や口腔ケアを本人が強く拒否する。本人の拒否が強く、義歯の管理（取り外しや洗浄）も家族ができない。口腔内に傷があっても、症状がないという。
・　治療より口腔ケアを重視しているが、口腔内の細部（奥）まで診ることが大変だ。寝たきりで意思疎通の悪い患者さん（病院）は、よく歯の動揺が出てきて誤飲が心配で、抜歯を病院の先生からよく言われる。
・　治療中手が出たり、拒否される。義歯の清掃管理が難しい。
・　自身において口腔内の衛生管理ができないが、介護者での管理も厳しい。
・　手で術者をたたく、大声で暴言を言うこと。
・　手を乱暴に動かしてしまう患者さんの場合、どのくらいの強さで押さえつけても良いのか判断が難しい。
・　処置中の体勢維持が難しいです
・　寝たきり状態で意思の疎通困難。暴れるために介護職員に両手を握ってもらい（押さえつけではない）少しずつ治療を行った。
・　診療に対する協力が得られない。強い拒否がある。（手を出したり、爪でかいたり、暴れたり）
・　診療体勢に無理がある（寝たきりの患者さん）。前屈みでの診療でぎっくり腰を起こしてしまい、立ち上がれなくなった。
・　先生の治療時の補助を行う時に、口を開けてくれないときがあり、補助に苦労した。意思疎通がしにくいときがあり、ケア後のうがいがされずに、促すのに労力がいった。
・　動いてしまう。内容の理解不可。
・　暴れる、手が出る、拒否、機嫌悪い。
・　話の理解度が低い。

【要介護度　無回答】

＜歯科医師用＞

・　義歯新製において意思疎通ができず、治療が非常に困難で時間もかかる。特に口を開けたり閉じたり、また、カチカチとタッピングやしばらく噛んだ状態を維持してもらうという動作を行ってもらえない。
・　口を開けてくれない。もういいと言う。（治療の途中）大きく動いて危ない。
・　治療、口腔保健指導において患者に対して指示が入らず、困難になる場合が多々あります。口を開けてくれない。開口保持不可。うがいの指示入らず、拒否が強く抵抗する。時には暴力などなど。
・　治療中に寝てしまい、治療継続が困難になった。
・　治療内容への理解不足と拒否が強い。訪問日によって違うこと。
・　大声を出し拒否をする。手が出たり顔をそむけたり（施設の方）。

＜歯科衛生士用＞

・　お口を開けてもらえない。拒否がある。

場面⑥口腔保健指導・歯科保健指導

【要支援１・2】

＜歯科医師用＞

・　自分が歯を磨いたかどうかわからない。ブラッシング時間も 10 秒程度で終了。指導するが改善しない。重度歯周病になり抜歯。
・　抜歯の取り扱いにおいて、日常的ケアが独居にて困難であり、指導のとおり行えない。

＜歯科衛生士用＞

・　ケアに対する拒否が強い人（歯ブラシを噛んだり手や足も出るなど）。残存歯は多いが、そのほとんどが残根状態でバイトブロックが使えないケース。
・　清掃指導が理解できない。
・　毎回保健指導をしなくてはいけない。
・　明らかな認知症とはいえないが、指導内容を忘れてしまう。意味を理解しているようで、本当にそうなのか疑問の時がある。

【要介護１・2】

＜歯科医師用＞

・　お口の状況を説明しても、分かったような返事をされるが、分からないのか忘れるのか、それを施設の人に言われると当院の不信感につながる。
・　口腔内に多数のう蝕歯があり、治療困難なため口腔ケアで悪化を防ぎたいところだが、その必要性が理解できず抵抗がある。
・　残歯が多い方で拒否が強い方は、口腔清掃がスムーズにできず時間がかかります。（ご家族も、施設スタッフもケア困難）
・　指導したことを翌週聞いても全く覚えていない。（いつも初めて伺ったことになっている）清掃ができていない。
・　歯磨きの仕方を教えてもやってくれるかどうかが難しい。見てくれる人がそばにいればいいのだが。

＜歯科衛生士用＞

・　ご本人もご家族も認知症（軽度）なので、一見しっかりしていそうな対応をされますが、理解できないことが多いので心配です。
・　意思疎通が難しい
・　一人暮らし、継続して歯磨きしてくれない。（忘れる）ヘルパーに頼んでもあまり変化なし。ケアマネに連絡してもあまり積極的に対応してくれない。
・　何度も同じことを繰り返し言う。保湿剤の使用方法を言っても伝わりにくい。→使わなくなり口腔内乾燥し、義歯あたりできやすくなる。
・　患者さまのお宅に伺った際、いつもあるところに歯ブラシがなく、30 分ほど探したが見つからなかったこと。
・　義歯にポリグリップを大量に着けてしまう。
・　義歯や口腔内の歯磨き指導をしたいが、うまく伝わらない（耳も遠い）ので、清掃状態を保てない。
・　口腔ケアの時にそれまで大人しくできていても、突然大きな声を出して立ち上がることがあるため、最近は短時間でしかできない。間接訓練もはじめは上手にできるが、長く続けると混乱するのか少し怒りっぽくなる。
・　口腔ケア指導。
・　口腔ケア時義歯洗浄を行う際、義歯を外すことを理解できず受け入れない、または受け入れまでに時間を要すことがあり。
・　口腔機能検査で低下症で舌圧が弱かったため、ペコぱんだの使用にて訓練を試みたが、数日でペコぱんだを紛失してしまい、訓練不可になった。ちなみに支払いはできないので成年後見人

が介入しています。
・　口腔腔内清掃が困難で、必要性をお話しするも忘れてしまう。家族の協力もあまり得られない。
・　口腔清掃を行う時、拒否や意思疎通ができなく手が出てくる。うがいをしてもらうのに飲み込む、口から出さない等。
・　口腔内のおそうじを終わり歯間に挟まっていた食渣、プラーク（大量のため）を除去したことにより、口腔内に汚れが残っているため、最後にぶくぶくうがいをしてもらえるとすべて外に出すことができるのだが、それができないのでふきあげたり、歯ブラシでかきだしたり、とても時間がかかることに。
・　指導内容を全く覚えてもらえない。
・　施設では付き添いの方がいなくて、ご本人に保健指導しても理解できないこと。
・　歯ブラシを使用した後によく洗えておらず、磨き粉が多量に付着したままになって、そこがとても不潔になっている。
・　歯磨き指導について。ご本人よりもご家族の協力が必要となるので、ご家族の協力が積極的でない場合、なかなか難しいです。
・　治療の時になかなか協力を得られない時があった。説明し落ち着いて治療できるまで時間がかかってしまった。また、施設に入居していても自分で管理している場合、安全に服薬できるよう工夫するのが少し大変だった。
・　自身での口腔ケアに対する理解不足。一度説明したことを次には忘れている。
・　自身で歯磨きをされるが、思い立ったときしか行わないので、ご家族に協力してもらいたいが、本人が嫌がるのか介助磨きに期待できないこと。
・　自身の口腔内への関心が薄くなり、口腔内の状態が悪化していく。磨いても短時間のブラッシングで終わってしまっていたり、しなかったりしている。
・　痛みの訴えがあり投薬してもらうことを伝えても、何度も清掃中に痛み止めがほしいと言われ中断して大変でした。
・　途中までスムーズに行えていても、急に人が変わったように拒否が出る。手を上げたり、唾を吐かれたこともある。
・　動いてしまい口腔ケアできない。
・　認知症のため記憶力低下が激しく、指導内容が伝わらない。口腔状態が改善されない。
・　暴言・暴力、突然態度が全く変わる等、気持ち、様子、態度が変化するスイッチがあると思われるが、判明せず対応が難しいこと。
・　暴力、暴言のために口腔ケアがスムーズにできない。

【要介護 3】

＜歯科医師用＞

・　なかなか口を開いてくれないので、時間をかけながら、ときに開口器を用いて口腔ケアをするときがある。
・　一定時間座っていることが困難で、処置中立ち上がろうとしたりする。行動を制すると落ち着きがなくなり不穏となる。このため、日常的な口腔ケアが不十分となり、処置も一回の時間を短くして回数を分けて行わざるを得ない。
・　家族が口腔清掃してくれない。
・　関節リウマチにて身体の動きが悪いが、自分自身の固定観念が強く、口腔ケア等の指導時にこちらの説明を否定する。
・　気分にムラがあり、口腔ケアに介入しようとしても拒否が強いことがままあり、また人によって介入を許したり、拒絶したりすることあり。
・　義歯を入れたがらない。（総義歯）
・　義歯清掃をやってくれる方もいない。本人に言っても返事するのができないので、いつも義歯がドロドロ。
・　訓練の意味が理解できない。
・　口腔ケアの際に暴れたり、唾を吐いたり、噛みつこうとしてくる。
・　口腔ケア介入時、洗口や開口ができず、口腔衛生管理ができない。処置等も進められない。
・　口腔ケア時に抵抗が強いときがある。
・　口腔衛生指導を行っても、すぐ忘れ、指示が受け入れてもらえないことなど。
・　口腔保健指導が全くできない。訴えの合理性がない。
・　指示内容の理解不能。拒否・抵抗。
・　歯磨きできない。老老介護で介助もできない。
・　抜糸に対する恐怖をいつまでも覚えており、その後の治療をしたくても歯科自体を嫌がり、治療に対する拒否がずっとあり。
・　本人は清掃できず、介護者に頼む。介護者だけでは限界があるので、歯科衛生士のケアを入れたかったが、金銭面で入れなかった。
・　理解を得られず暴れることがある。

＜歯科衛生士用＞

・　以前は口腔ケアを嫌がられることは少なかったが、傾眠傾向も増え情緒も不安定な日が多くなり、時々大きな声も出され拒否される。入れ歯を外す際、噛もうとする。
・　何度訪問して保健指導を行っても忘れてしまうので、最初からやり直しの繰り返し。
・　家族に指導するも、継続して歯磨きしてくれない。
・　開口への指示が通らず治療が難しく、口腔ケアを行うにもかなりの時間を要する。
・　患者の支出の減少による口腔ケア用品の不足。
・　看護師に入れ歯の着脱を指導中であったが、周囲で話していることにいらつき、話を制止しようとした。
・　義歯の作成をして装着、調整ヲ繰り返し訪問し、口腔ケアが必要なので訪問していたが、本人は義歯が入ったのでもう訪問してもらわなくてもいいや罵声を浴びせたりして、認知症ですが意思疎通ができて、中途半端な面が出てきて、こちらはケアしたいが DH の心が折れそうな罵声があり、どうしようか迷うこともある。
・　義歯の保管方法等外して洗うことができない。外したとき冷蔵庫にしまってしまう等。
・　急に怒ったり手が出る場合があるので、お話をしたり気持ちを落ち着かせてからケアに入ります。
・　拒否が強く、意思疎通が困難で口腔ケアがなかなか進められない。
・　強い拒否の日がある。
・　口を開けてくれない（気分がのってないと）。
・　口を開けてくれなくなり、指を噛まれるので。
・　口腔ケアの途中で大声を出したりする。気分の浮き沈みがある。
・　口腔ケアや治療を行う際、拒否が強く（首を左右に振る、自分の手で払いのけようとする）抑制が必要であった。
・　口腔ケアをするときに唾液が多い患者さまにはサクションが必要。うがい（ぶくぶく）がなかなかできない方も多い。
・　口腔ケアを行う際に口が開かない。開かないために舌側の処置が行えない。うがいができないことが多いため、清拭のみになると口の中のプラークを除去しづらい。
・　口腔ケアを行っていたのですが、日によって拒否されることがあり、口を開けてくれなかったり手が出て暴力的になった。認知が進むにつれてひどくなった気がする。
・　口腔ケア介入時洗口や開口ができず、口腔衛生管理ができない。処置等も進められない。
・　口腔ケア指導。
・　口腔ケア時に「口唇の力を抜く」、「ゆっくりうがいする」、「舌を出す」等の指示が理解できないので、十分なケアが難しく時間がかかる。

・　口腔ケア時には口を開けさせますが、一苦労する。短時間の間にできるだけ口腔清掃をしたいのですが、なかなか難しいです。
・　口腔ケア時暴れて、噛みついてきたり、唾を吐きかけてくる。手も出てくるので押さえると爪をギュウーと立てる。
・　口腔に触れることが強い拒否があり、一人での対応が難しく時間がかかる。
・　口腔内の状態を説明しても理解できず、必要な治療を受け入れられない。口腔ケアの習慣化を指導しても、理解や実行が難しい。
・　口腔内を診るだけだが泣き出してしまう。硬直しケアも難し状況。
・　残存歯がかなり減っていて、口腔ケア（清掃等）をしていると手が出てきてひっかいたりの介護抵抗があるので、かなり注意しなければならない。
・　指示内容の理解不能、拒否・抵抗。
・　支援者の負担。
・　歯科保健指導の理解度が低い。
・　自分の名前が認識できない。本名と違う名前で自己認識していることがあり、声かけしたときに認識している名前と違うと、開口拒否があったりする。
・　女性の患者さんで、男性医師は好きだが、女性スタッフは拒否、体を触る。
・　声かけ、脱感作後口腔ケアを行おうとすると、手を捕まれたり、たたかれたり、唾を吐かれたりする。
・　前回話したことを忘れてしまう。義歯を洗ってくださいねと伝えると、洗っていないが洗っていると言う。
・　日によってムラがあるが、口腔ケアを行おうとすると毛布で顔を隠される。声かけをしても意思の疎通が難しいため、理解してもらえない。
・　認知機能が低下されている方で独居の方への保険証類が必要な際に（家族様も把握されていない場合）どこにあるのか分からず探すのに困ったり、保健指導する際、家族様が協力的であれば毎日お声かけして下さるので助かりますが非協力的やその場だけの返事の際何度も行ってよいのか。
・　本人が気を許したスタッフの方が居ないと、なかなかいすに座ってくれず、予定している時間からなかなか始められない。いすに座ったとしてもブラシなど口に入れさせないこともある。その日の気分によって、どのくらい口腔ケアできるか分からない。予約していても何もできないときもある。
・　本人が歯磨きをしいているが、できていると家族が思い、家族の口腔ケア介入が不十分になることがある。
・　本人は清掃できず、介護者に頼む。介護者だけでは限界があるので、歯科衛生士のケアを入れたかったが、金銭面で入れなかった。
・　老人ホームに入居されているが、歯磨きはしてもらえない。何年も訪問しているが、誰か分からず、開口も難しくなっている。
・　嚥下訓練を行いたいが、受動的な訓練しか行えない。

【要介護 4・5】

＜歯科医師用＞

・　「あっち行け」「殺しに来たのか」等の暴言は聞き流せば良いが、口腔ケアをするにおよび、手は出る、噛みつく等の行動におよぶことがある。2 週間の訪問による口腔ケアを行っているが、目的を達することがなかなかできない。
・　意思疎通できず正確な診断ができない。施設職員の指示も聞けないので、口腔衛生管理が困難。残存歯すべてカリエスになっている。
・　何回指導しても歯ブラシ、義歯清掃を忘れる。家族の協力が得られない。
・　介助者による口腔ケアが不十分」。
・　義歯の管理においてあちこち置くので紛失を繰り返し、そのたびにみんなで探し回っている。
・　義歯調整の依頼だったが、喘鳴音がひどく口腔ケアの必要性、嚥下体操等家族に話したが、費用の関係で治療のみを希望され、誤嚥性肺炎にならないか心配で、施設の支援者には説明したが対応難しく。
・　拒否が強く、口腔ケアの際ケア用具を噛んで離さなかったり、指を噛まれそうになったりする。開口保持用の器を用いて家族の方に押さえていただき、歯科衛生士と歯科医師の二人がかりで口腔ケアを実施している。
・　口腔ケアに対して拒否が強く満足にできない点。
・　口腔ケアの際、ほぼかみしめていたり、うつむいており施術困難。
・　口腔ケアを行う際に、口を開けてくれない。手を出していやがるため複数人での対応が必要なこと。
・　口腔ケア中にじっとすることができず、暴れたり頭をはたかれたりするので、ケアが非常に困難である。
・　口腔衛生状態が極めて悪いので、何とか口腔ケアをしようと試みるため、何とか気分を乗せて診療しようと時間や手間をかけても、数 10 分試して結果何もできない日もある。しかし、これを繰り返すことで何回かに 1 回は磨かせてくれたり、器具を入れさせてくれるので毎回チャレンジするしかない。また、噛んでしまうので揃える機材（ステンレスミラー、バイトブロックなど）が多くなる。（個別に滅菌するため）介助者に口腔保健指導するが、人によって温度差が大きい。
・　口腔内を触られることへの拒否、抵抗など。開講時間の維持。
・　歯ブラシを口腔内に入れると噛んでくるので施術が困難。うがいをしてもらうときに、口の中に水をため込んだまま吐き出そうとしないので時間がとてもかかる。
・　笑顔の多い患者さん。歯ブラシをしても良いかと尋ねると、機嫌良く「いいよ」と返事をしてくれるが、歯ブラシが口元に来ると腕をつかみ「何すんだよ」と怒る。しばらくすると機嫌が良くなる。
・　日によって状態が違う。
・　認知症が進行した患者ではオーラルディスキネジアが多く認められ、ケア自体が困難を極めます。
・　非協力にて開口もしない。
・　暴れてしまう、口を開けてくれない。義歯入れてくれない。歯磨きできない。すべて拒否する。

＜歯科衛生士用＞

・　アセスメントを行おうとしても口を開けてくれない。指示が入らない。保健指導中に拒否されてしまう。
・　うがいできない。
・　お口にため込んでしまいなかなか飲み込まない。理解が得られにくく、拒否が強く口腔ケアが困難。
・　お口を開いてもらえず。
・　かなりの拒否が見られ開口困難。（口腔内は動揺歯が多く、剥離上皮膜が付着している状態）
・　くいしばりが強く、脱感作を行っても開口が難しく、全顎口腔ケアができにくい。
・　ケアマネさんの依頼で介入したが、とにかくやる気が全く見られず困っている。
・　ケアをすることに非協力的であった。
・　こちらの指示がなかなか伝わらない。まず、お口を開けてくれない。
・　ご家族や立ち会いの方に聞き取りをしても、分からないことがある。口腔ケアの補助をお願い（ご自身では難しいため）することがあるが、歯科関係者以外にはケアを拒否してしまうことがある。
・　ご本人さま、ご家族さまによる口腔ケア（歯磨き）を何度お願いしてもできない。

・　すべてのことについて指示が入っていかない（入りにくい）。暴言を吐く、唾を吐く、噛みつくなど。数人で手などを押さえていないとケアできない。
・　意思の疎通が困難で、口腔ケアを嫌がり暴れて手が出てきたり、噛まれそうになることがあります。指示が入らず、口腔ケアできないことがあり困ります。
・　意思疎通が困難だったり、日によって拒否が強かったりして、思うようにケアが進められず。
・　意思疎通が取れないため、口腔ケアの際に口を開けてくれなかったり、暴言や手が出たりするので口腔ケアができない。
・　意思疎通が図れず、指示も入らない。
・　意思疎通が全くできず、時々拒否があったり、開口困難だったりするため。
・　何をされるかの恐怖感もあり、こちらの手をつかんだり多少暴力的になること。
・　家族からの依頼があっても、ご本人に強い拒否のある場合がある。開口保持に人手がいる。
・　家族やケアスタッフに口腔ケアの指導を行っても、なかなか実践されない。
・　開口、開口保持ができないため、単独での口腔ケアは不可能。施設スタッフに手伝ってもらったが人手不足。
・　開口しないこと。
・　開口拒否あり。声かけによって急に怒り出す。うがいはそのまま飲み込んでしまう。
・　噛みつかれて爪が黒くなってしまった。指や歯ブラシを噛みちぎりにくること。
・　義歯の不具合や不快な点を表現できないので、治療が難しく、ケアや口腔マッサージの途中で勝手に行動してしまう。
・　拒否。調子の良いときは良いが、機嫌が悪いときは拒否される。開口してくれない。
・　拒否が強いため、口腔ケアが困難な場合があり、こちらが満足できる口腔ケアができないこと。
・　拒否が強く、歯ブラシなどを噛んでしまう。歯ぎしりで歯科ハゼ多発。
・　拒否が強く、歯科衛生士単独での口腔ケアに、通常よりもかなり時間がかかった。
・　拒否が激しため、ケアを行う際暴力・暴言を受ける。
・　強い拒絶や口腔ケアの拒否など。
・　興奮状態にあるときはケア実施まで行けず、清拭のみで終了しています。手が出るときもあるので時間を要しています。噛まれることもあるので、器具使用など工夫をしています。
・　具体的な説明、指導時に抵抗があった。
・　口の中に物が入ると、口唇や頬粘膜に力を入れてしまうので、口腔ケアが思うようにできない。
・　口を開けづらくブラッシングできない部位がある。保持することが難しい。
・　口を開けていただけない。強い拒否。暴れる。
・　口を開けてくれない、動いて危ない、口を開けてもすぐ閉めてしまう、噛みつこうとする。
・　口を開けてくれない。声がけに反応がない。
・　口を開けないので、口腔清掃できない。気を抜くと噛まれそうになる。
・　口を開けられない。歯をきれいにするということが伝わらないので、強く口を閉じてしまう。
・　口腔ケア・治療の際抵抗されますので、難しい時があります。舌だし、吸啜が常にあります。
・　口腔ケアが必要な状態でありご家族様も希望されているが本人に拒否がある症例。口腔ケアの必要性や口腔ケア自体に理解が困難で協力が得られない時に意思決定が難しい。
・　口腔ケアそのものが理解できない。ケア中唾を吐きかける。暴力をふるってくる。（服を引っ張り、爪を立ててくる。暴言あり）
・　口腔ケアの際お口を開いてくれず、暴言を吐いたり、手が出てしまうため、手を抑えてもらいながら処置を行った。口腔内に入れたスポンジブラシや歯ブラシを噛んでしまうため、ケアに時間がかかってしまう。
・　口腔ケアの際こちらからの声かけに反応してもらえず、おロを開けてもらえない。口腔内にため込みがあると依頼時に言われたが、会話のやりとりができないため、体操などで口腔内の機能の維持向上に務めることができない。
・　口腔ケアの必要性が理解できない。
・　口腔ケアをしようとしたら、口の中にカーネーションの造花があった。
・　口腔ケアをするための指示が入らない。口が開かない。いやなことなのか手が出ることがある。
・　口腔ケアを行う際に意思疎通が取れないことで、口を開けてもらえなかったり、拒否が強くたたかれたりしたため。また意思疎通がとれないため、治療へ介入することが困難。
・　口腔ケア指導。
・　口腔衛生管理状態が悪いので、週１度のペースで訪問に行き口腔ケアをしようとしますが、大体機嫌が悪く本人は早く終わらせろと意思表示しますが、痛くないように口腔ケアをしていても大げさに痛いと言ったり、口を開けようとしないので、予定している時間よりも長く時間をかけて多く汚れがついているところをきれいにするので、思うように器材を入れられなく、時間もかかり口腔ケアするのに困った。
・　口腔衛生管理中に手が出たり、足が出たり、大声出して暴れる、家族の同意をいただき、施設職員と一緒に身体抑制を行い介入しているが･･･その他に対応できる方法はあるのかといつも考えています。
・　口腔機能低下症につき、家族や施設からの希望で訪問し、おロの体操などしていますが、本人は毎回「こんなこといやって何になるんだ」など、訓練がうまくできて「上手です」なんてこちらが言うと、馬鹿にされているみたいでいやだ・・など。いろいろ難しいです。
・　口腔清掃する際、意思疎通ができずロを開けてくれないので始められない。口を開けてくれたとしても指や清掃器具を噛むので不用意に入れないように気をつけている。うがいができないのでロ腔内を清拭する必要があるが、噛まれないように注意が必要。
・　攻撃的な人の場合、拒否やかみつき等介入が難しい時があります。指示が入らない場合は特に注意しないと事故につながるので、危険です。歯ブラシですら危ないときもあります。
・　残存歯が多くなると、指導時の開口量が不十分の場合はきちんと汚染除去ができず、歯周病・カリエスの進行を止めることができない。
・　残存歯が多く歯石がつきやすいので、きれいにするのに時間がかかってしまう。施設の職員さんにブラッシングをお願いしているが、拒否もあり難しく、なかなか終了できない。
・　施設での訴えとこちらに対する要望が違う。
・　歯を磨く行為をすでに認識できず、口腔内に入ってきた物は歯ブラシでも人の指でも噛み、清掃させない等の拒否が強いこと。義歯着脱の拒否。
・　歯磨き等への拒否。痛みに対して怒りで抵抗される。
・　治療の説明、同意の確認が取れない。開口保持や先口などの指示が通らないなど。
・　治療や口腔ケア実施時の開口拒否。
・　自身で歯磨きできない患者に対し、介護職員にブラッシング指導を行うが、意識が低い方がいると一向に改善されない。
・　処置の際、奇声を上げて暴れるため、口腔ケアだけでも最低二名で抑制しないとできない。
・　寝たきりでベッド上で暴れる。手・足・顔を動かし、口腔ケア困難で抑えながらの指導となり。
・　唾液が常に流れ出る状態なので、ケア時に吸水するのが大変だった。右腕をよく動かし身体に触ろうとされるので、阻止するためにずっと手を握っているが、強い握力が残っており痛かったし、自由になるのが右手のみなので、アシスタントやケアがやりづらく困った。
・　長時間口腔内を開けることが難しく、素早く清掃を行うことが大変でした。診療台と違って奥歯が見えにくく、細かい作業が難しい。
・　日によって気分にムラがあり声を上げたり拒否を示し、ケアを行うことが困難。
・　入れ歯の管理、清掃を介護者にお願いしても老々介護のため難しい。
・　認知症により会話が難しく、指示も通らず、開口維持の難しい患者さんの口腔ケアを行う際に、ご家族から動きを抑制するような器具は使用せずにケアをしてもらいたいと依頼があったこと。

・　暴れる、手が出る、噛みつきもある。
・　本人、介護者だけでは口腔管理が難しく、他のサービスにお願いしたいが、単位・時間がいっぱいで、口腔ケアを入れ込む隙間がなく、連携していても難しい。
・　本人が洗面所に置いていたケアグッズ等の紛失および廃棄されたこと。
・　本人さまが口腔ケアを理解できない、また、麻痺等の理由で歯磨き動作が円滑にできない。介助者も十分にケアできず（拒否等があったり、マンパワー不足）、訪問するも改善傾向が見られないケースが多い。
・　予防処置前にトイレに行きたがり、その際の介助を手伝ってと言われる。
・　理解ができないのか、低下により動作困難なのか判別が難しい。
・　理解できない。

【要介護度　無回答】

＜歯科医師用＞

・　他院にてインプラントが埋入されていて、当院のインプラント機材と異なり対応が困難。

＜歯科衛生士用＞

・　口腔ケア時とかに口を開けてもらっていて、指や歯ブラシ、ミラー等入れていると突然、指をねらって力強く咬んでくる。痛いといっても口を開けてくれない。
・　口腔内の確認や、ケア時、拳で殴ってくる。手で排除してもねらって顔を殴られる。
・　指を噛まれそうになる（口の中を見ようとするときやブラッシングするとき）。

場面⑦意思決定

【要支援１・2】

＜歯科医師用＞

・　歯科医師の指示に従うことはできるが、現在行われている処置について理解できていない場合や行った処置について忘れることがある。

【要介護１・2】

＜歯科医師用＞

・　こちらの説明が理解できない。
・　意思疎通で患者個人では難しい。
・　一人暮らし。義歯の作り直しに理解してもらえない。
・　患者はもちろん家族も決められない（処置内容について）。
・　治療方法が本人が希望している治療方法と家族が希望している治療方法が違う。（Kr.は抜歯後放置、家族は Br を入れてほしい）
・　独居で抜歯後の服薬管理ができない。
・　独居のため服薬が必要な際に、確実に服薬できる保証がない。部屋に便が落ちていたり、衛生環境が悪い。
・　認知機能の低下は著しいが、自立歩行可能であり自分は正常であると思っている。上記のチェック項目はほぼないが、ヘルパーを拒否（自分でできると思っているため）。夫も認知症、息子は知的障害あり、KP の娘は別居かつ、説明を理解する能力が低く、治療方針を決めるのに大変時間がかかること。（この方の CM もあまり適任とはいえない人）（今後自立行動が取れている、在宅の認知症患者が増えることをとても心配している）
・　訪問時に一人でいる場合、治療方針が決まらない。家族や介護職員の認知症に対する理解が低く、本人の訴えや希望を理由に介護の手を抜く。
・　本人もそうだが、ご家族も理解力の低下があり、「治療は任せる」と丸投げになるため、リスクにならない方針になってしまう。
・　薬を処方したいが独居の場合誰に管理をお願いするのか。

＜歯科衛生士用＞

・　合意形成。
・　治療を行う際に、家族・主治医の許可をいただいているが、本人が嫌がり治療が進まなかった。何日もかけて説明するが、治療拒否がある。
・　怖い＝痛いのため、判断が難しくなることがある。治療の理解を得られないことがある。治療できないことがある。

【要介護 3】

＜歯科医師用＞

・　ご本人の意思が確認しづらい。日により内容がわかることがある。
・　すべての事項に対してご家族への説明・同意が必要であり、ヘルパーはいるがご家族が不在時その場で確認が取れず困る。
・　介護施設から抜歯依頼にて往診。診療直前に本人が抜歯拒否、義歯の調整にとどまった。
・　患者様ご本人とご家族の治療希望が異なる場合がある。
・　指示が入らず、治療が困難であった。口を開かない。
・　説明後の返答内容が 2,3 度変わること。予約日時にいない。
・　認知症による（アルツハイマー症）摂食障害以外に脳梗塞による嚥下機能の低下もあるが、本人の自覚が明確でないのと家人の嚥下に対する理解が乏しく、治療中断に至った。
・　抜歯と義歯作製について同意を得ていたが（本人希望）、治療当日拒否され、同意していないと言われ。
・　本人に説明するも施設等で施設スタッフに同席してもらえないケースが多く、意思決定が不安であることと、ご家族への伝達、納得が得られないケースがあった。

＜歯科衛生士用＞

・　往診の依頼を受けて言ったが、本人は困っていないと言い、ご家族からお話があったと伝えても分からないと言われ、結局口腔内を診ることができなかった。
・　何度説明しても理解してもらえず、誰に決定権があるのか。
・　歯科医師がバイトを取る際、患者が理解できず会話をし始めた。何度も口を開くよう促したが、開けてもらえなかった。
・　独居の人、説明に納得いただけない。
・　本人の訴えがコロコロ変わる場合あり、また、本人が希望していることと、ご家族の希望が相違している場合、どちらで決定すべきか。介護者が患者さんのどこまで関わりをしているかで協力度の相違があり、指導が難しい。

【要介護 4・5】

＜歯科医師用＞

・　意思決定が本人だけでなく、家族にも説明がいるケースが多い。本人が同意して行った処置でも、後日患者家族から問い合わせがあるとき。
・　家族の希望のようには本人の治療ができない。家族は義歯があれば食べられると思っている。
・　患者さまの介護者（夫）の要求度が高く、リハビリなど対応困難な事例。
・　残存歯が少なく多数の欠損歯があるが、本人が義歯を入れることができず、食形態を低下するしかなく、栄養状態が低下して困った。
・　歯科医療的なゴール、CM の意識、家族の希望のすりあわせ。
・　特養入所者で本人発言上は意思決定ができているように見えるが、短気で忘れてしまうため、家族への確認が必要な事例で確認タイムラグのため患者をなだめる必要がある。
・　独居で服薬指示を出す場合、本人のみの管理はできず、他職種と連携し保管場所や服薬時間、量の管理を依頼。
・　認知により家への入室（独居）ケアマネを通しての意思決定が難しい。
・　理解できない（すぐに忘れること含む）。興味がない。治療に対しての限界（時間的、抵抗、

拒絶など）
・　嚥下障害を有するが、胃ろう等のけい管栄養を望むのか、最後まで口から食べることを希望するのかが判断できなかった。

＜歯科衛生士用＞
・　治療計画はご本人にはできない。ご家族の同意が必要になる。
・　寝たきりで意思疎通困難な患者。抜歯の依頼にハルシオンを処方してもらい、睡眠状態にて抜歯を行った。

【要介護度　無回答】
＜歯科医師用＞
・　意思決定をどこまで尊重したら良いか困った。

場面⑧保険証類の提示
【要支援１・2】
＜歯科医師用＞
・　保険証の確認が難しい。
【要介護１・2】
＜歯科医師用＞
・　お釣りや保険証を返却したのに、後から「返してもらった覚えがない」と言われたことがある。
・　ケアマネジャーさんは健康保険証の管理はしていなく、独居の場合金銭の授受に関しても不確実な場合、もしくは信頼関係が損なわれてしまわないよう対応している。
・　まれに認知症の独居の方が見えるので、次回の予約や保険証類の提示までに時間がかかる。もしくはできないときもある。
・　保険証・お薬手帳等の提示をお願いしたときに、どこにあるのかご本人が忘れてしまい、家族を呼び聞いた。会計時も財布がどこにしまってあるか、分からなくなってしまった。
・　保険証がどこにあるか分からない（本人）。夏の熱中症の心配、水分をとれていない（自宅のため飲まない）。自分で家の鍵を開ける（独居や家族が不在だった）。
・　保険証の確認が正確に行えないなど。
・　保険証の更新時届いたことに気づいていない。新しい物を紛失し、再発行しまた見つからない。医療保険は管轄外とケアマネさんに言われてしまう。
・　保険証の所在が不明で、確認できない事例があった。

＜歯科衛生士用＞
・　認知症で保険証の管理ができず、紛失されていることもありました。ご家族やケアマネジャーさんに連絡を取り、確認させていただくことになるので、確認に時間がかかり困ることがあります。
・　保険証・通帳の場所が分からなくなってしまう。
・　保険証がどこにしまったか忘れてしまいなかなか出てこない。服薬を自分の都合で飲まない、やめてしまう。
・　保険証の提示が難しい。
・　保険証の提示をお願いしたときに、どこにしまってあるか忘れてしまい、家族をよんで聞いた。お会計のときも同じように財布がしまってある場所が分からなくなってしまった。
・　保険証を置いた場所を忘れ探し続けるの。
・　保険証類が見つからず。
・　本人との介護、保険証の確認ができなかった。義歯作製時、試適時ご本人に確認して進めたが、形態に不満が出てやり直しになった。

【要介護 3】
＜歯科医師用＞
・　保険証が変わっているのに提示がない。なくしているときもある。
・　役所から送付されていないと言い張り、提出を拒否される。

＜歯科衛生士用＞
・　介護保険証のみ用意がなく、「持っていますか？」とお尋ねしたところ、「ケアマネジャーが持っています」とのことだったので、では大丈夫ですとその場は終えたが、退室後にご本人がケアマネジャーに確認したらしく、「本人が混乱するから保険証の確認はしないでください」と注意された。
・　同月内に保険証が変わっていても、提示がないことがあります。紛失している事例もある。
・　保険証類の確認が行えないこと。
・　予約日にあらかじめ保険証など必要書類の提示をお願いしているが、当日に準備がなくケアマネに連絡が必要になり、一度に必要書類が揃わなかったこと。

【要介護 4・5】
＜歯科医師用＞
・　ご本人・ご家族の方も介護保険証が変わっても分からず請求が数か月遅れた。ケアマネジャーさんにお聞きしても「私の仕事ではない」と言われ、介護保険証の提示をしてもらえなかった。
・　口腔内を確認して問題がない状況で、口腔内の違和感に対する訴えがあり、問題が解決できない場合に困ることがありました。

＜歯科衛生士用＞
・　すぐに提示できず、しまってある場所も不明。

【要介護度　無回答】
＜歯科医師用＞
・　必要書類が出てこない。

場面⑨服薬管理
【要支援１・2】
＜歯科医師用＞
・　ご本人と家族の関係が安定しておらず、服薬管理が難しい。
・　出した薬をすぐにすべて飲んでしまう。
・　抜歯後の投薬を忘れて飲んでいない。
・　服薬指導で分かったような返事をしてくるものの、実際には内服していなかった。

＜歯科衛生士用＞
・　薬の管理ができず、安定剤を多く服用してしまい薬がないとパニックになった場面に遭遇。家族が管理すると言ってもまだ大丈夫と聞き入れなかった。

【要介護１・2】
＜歯科医師用＞
・　飲んだと言ったり、飲んでないと言ったりで事実がわからない。
・　抗菌薬を指示通りに内服できないこと。
・　独居の方、抜歯後の服薬管理ができない。歯磨きができない。
・　日により波があること。服薬・塗り薬などの説明（状況）が伝わらずに、ご家族やかかりつけ医、薬局など連携し口腔ケア粘膜疾患の管理をした。
・　服薬していない（管理ができない）が、それを知るよしもない。外来主治医が、データが悪いから、どんどん投薬が増えてしまうケース。→薬剤師の訪問ケースが少ない。
・　薬剤の服用、塗布に関して説明しても忘れるため、毎回何度も確認が必要。

＜歯科衛生士用＞
・　口腔ケアについて説明しても理解できない。口唇保湿の回数を説明しても理解できず、何度も何度も尋ねられる。
・　処方した薬を誰に管理してもらうのか。
・　独居。保湿剤や抗真菌薬の使用が必要だったが、ケアの手順が分からなくなり、ケアマネに何度も電話がかかる。メモを置いて改善はしたが、保湿剤・薬剤の種類変更が困難。
・　日により波があること。服薬・塗り薬などの説明（状況）が伝わらずに、ご家族やかかりつけ医、薬局など連携し口腔ケア粘膜疾患の管理をした。

【要介護 3】
＜歯科医師用＞
・　事前に電話連絡するも不在のことがある。服薬管理ができないため、抜歯後薬を出すときケアマネジャー、ヘルパーと連絡を取り、日常の薬がある場合は同じように 1 日分の中に入れて分けられるが、日常の薬がないときは新しく考えないといけないので困ります。
・　自分でくすりを管理できない。暴言はなし。
・　不定愁訴口腔内に現れる患者。歯科的にも医科的にも異常がなく、鎮痛剤と抑肝散が処方されていた。痛みを感じるたびに電話があり、薬を飲むように指導。薬の場所が分からないと電話があり、薬入れの場所を教える繰り返し、電話をしたことも忘れていることも多い。

＜歯科衛生士用＞
・　自身での服薬管理に不安があるが、普段の服薬管理を誰が行っているのか不明な場合がある。
・　独居の患者さまに対して、口腔ガンジタ症の投薬の際、ご自身で服用することが難しかった。誤った使用方法で使用してしまうことがあり困った。

【要介護 4・5】
＜歯科医師用＞
・　嚥下障害を有するにもかかわらず、服薬指導、形態指示で出ておらず、本人は実際に服薬していない。
＜歯科衛生士用＞
・　口腔カンジダ症のため、義歯の不具合。

場面⑩支払い
【要支援 1・2】
＜歯科医師用＞
・　前回未払いを 2 回目に会わせていただくときに前回分は払ったと言われ困った。
＜歯科衛生士用＞
・　前回未払いを 2 回目に合わせていただくときに前回分は払ったと言われ困った。第三者（家族・ケアマネ）にも居てほしいと思いました。

【要介護 1・2】
＜歯科医師用＞
・　キーパーソンと連絡が取れず、4 ヶ月分支払いが滞っています。
・　医療費の支払い（当院来訪または銀行振込）ができないので、集金に来てほしいと依頼されました。しかし、事前連絡して集金に寄ったところ、応答がありませんでした。すぐに携帯から電話をかけましたが、出られませんでした。ご夫婦二人の老々介護です。人柄は良いと思います。
・　治療後の支払いで多額を徴収されたと近所保健所に連絡された。詳細を娘さんに説明したが、ご本人が認知症であることが以前からあり、ご家族も困っていることであった。

＜歯科衛生士用＞
・　患者さん本人が金銭の支払いを要求してくる。
・　処置中、支払いはどうなっているのか？私はお金を持っていないと何回も言われるため、ご家族が支払いはされてますと伝えても納得されずに困った。施設スタッフから説明してもらった。
・　訪問時に当日の支払いは不可能で、次回訪問時に前回の治療費をいただくことにしています。事前に金額を通知しておくのですが、ピタリのお金ではなく釣り銭が必要。領収書と一緒に釣り銭も渡したが、後日釣り銭をもらっていないと連絡あり。対策で釣り銭の受取書を作成した。

【要介護 3】
＜歯科医師用＞
・　家族にもよるが患者への支出の減少。
・　患者自身は認知症は軽度だが、ベッドから降りられない状態。介護している妹が、身の回りのことや支払いをするが、認知機能低下が著しく、何回言っても支払いができずに。
・　拒否が強く、支払い方法など現金が良いと主張。トラブルになるためご本人からは現金などは不可能だが、言い合いになる。
・　拒否が強く、支払い方法など現金が良いと主張。トラブルになるためご本人からは現金などは不可能だが、言い合いになる。治療も自費は無理と言うが、お金はいくらでもある・・・と訴え、しかし、後日ケアマネにお金を取られたと訴える。
・　支払いが遅れる。
・　治療内容を覚えておらず、施設職員からも説明してもらい支払いをしていただいた。

【要介護 4・5】
＜歯科医師用＞
・　自分は支払い義務がないと言い張り、一部負担金が徴収できない。
・　重度障害があり医療保険は 0 割のため、診療室では負担金は必要ないが、訪問となったとき介護保険 1 割が自己負担となるが、最初の時の説明ができていなくて、介護保険分の算定がとりにくい。

【要介護度　無回答】
＜歯科医師用＞
・　支払いの際、お釣りをもらっていないと言い張る。（実際は渡している）レジのお金を全部見せても納得しない。結局 2 回お釣りを渡すことになった。
＜歯科衛生士用＞
・　支払いが遅れる。

場面⑪その他
【要支援 1・2】
＜歯科医師用＞
・　家族に付き添いがあれば外来に診療に来られるが、自分だけだと予約もとれず意思決定もできない。
・　義歯の紛失。
・　突然 3 か月前の受付の一言が気に入らないと怒り出す。
・　認知症が軽度もしくは MCI で日常生活は自立しているが、予約・服薬薬管理等ができていない。
・　服薬・食事・排他：ご本人による管理の際や配薬が訪看で行われているが、服薬確認ができていない場合、のみ飛ばしが多く、血圧/糖尿病のコントロールが不安定/不完全で覚醒度や活動量が低下しがちとなり、併せて、食事の有無・内容・時間帯、量の確保や確認、排他や入浴の有無の確認が取りづらく、気分のむらの原因が把握できず、治療の進め方や生活に沿ったゴー

ル設定が難しい。特に独居や KP がいないもしくは無関心、スタッフの関わりの薄い施設で同様のケースが多くある。また、複数の医院にかかっており、重複の見られる内服薬の指摘/相談先が不明であることや一包化されていない際の内服薬の誤用や自己判断/思い込みで全く異なる用途のものを内服しているケースもあった。(e.g.手指用のアルコールを口腔内へスルーする等) 予約 : カレンダー記入や報告書と併せてバインダー管理で予定表をお渡しする日覚えていることが難しく、不在や施錠されていることがある。支払い : 現場にて現金集金となる際、月まとめの集金とすると 1 ヶ月遅れの集金となり、治療終了後 1 ヶ月後に発生するものに関してご本人の理解が得られがたい。クラウド型にて点数の現場入力や集金を試みるも、請求書打ち出しやご本人の理解と用意に時間がかかり、現実的ではなかった。

＜歯科衛生士用＞

- 患者さんが電話内で「詰め物が外れた」「外れた被せもある」と言っていたのに、実際聞くと外れてないし、外れた被せもどこかにいってないとのことでした。口腔内は脱離している箇所もあるのですが、Pt に説明しても理解してもらえるまでに時間がかかった。
- 独居での場合予約が入っていない日でも緊急で診るように言われたり、お会計に関しても支払ったと言われてしまう。
- 独居の方 : 毎食後のケア、ブラッシングの習慣がない場合、なかなか在宅で口腔内の管理を維持・継続するのは難しいケースあり。訪問歯科に対して積極的な介入意思はなし。予約の連絡を取るもこの日は都合が悪いと拒否されることがある。姿勢体位の保持。体動のコントロール。う蝕処置の場合長時間の開口難しい。リクライニング可能ないすなどがあれば良いがない家も多い。治療を円滑に進めるためスタッフの人数を増やすことも必要。
- 予約日や時間を忘れてしまう。メモした紙を片付けてしまう。保険証の保管場所が分からなくなる。支払時に金銭家族管理の場合混乱（患者が家族に金銭を奪われたと訴えるなど）

【要介護 1・2】

＜歯科医師用＞

- ある程度の自立のある方の場合、患者家族がその患者の判断をどこまで信頼しているかで、どちらの意思を尊重すべきか困った。本人は「義歯を作りたい」と言われるが、Fa は「母には必要ありません」（他県在中）となり、支払いを Fa が担当している場合。
- いつも通りに外来に来て治療を行ったが、終了後に意味不明のことをつぶやき続け、ユニットから立とうとしない。同行した長女も促すが動かず、体格のいい 80 代の男性だったため力づくでは移動できず、自動車に乗ってもらうまでに約 40 分を要した。
- 意思疎通ができず、キーパーソンが近くにいないため、治療開始までに時間が必要なケースが多い。治療代金の支払いが滞る時がある。
- 義歯をなくす。
- 事例 1.2.3 とも同じ内容になります。その場では返事をしたりしますが、会話や連絡が成り立たないので、全てケアマネさんにご一緒してもらうか、ケアマネさんとの連絡を密にして、誤解を招かないように気をつけています。
- 症状の訴えや治療に対する質問等、緊急性のないことでも頻繁に電話してきて対応に苦慮する。
- 診断 : 痛みについて、どこが、どの歯が、どんなとき、どんな種類の、どの程度の痛みなのか不明であった。服薬 : 先ほど飲んだ鎮痛剤のことを忘れ、また出してほしいと要求する。
- 説明後 1 分後にはまた同じ説明を求められる時。
- 電話したうえで訪問しても留守にしているときがある。義歯は水中保管するように説明しても、その時は理解しても毎回義歯ケースに乾燥剤を入れて、そこに義歯を保管している。診療中に何度も保管の仕方を聞かれるので、その都度水を入れて義歯をその中に入れて見てもらっても、その時は「わかった」と言われるができていない。
- 独居、遠方の親戚の場合、治療の説明・処置の希望等決定するのはケアマネや施設スタッフでいいのかどうか。口腔ケア等要介護であった場合において、独居、遠方の親戚、限界を感じる。
- 難聴があり意思疎通しにくい、指示がうまく入らない。筆談や家族を通しての会話に加えて、認知症にて義歯の清掃、手入れや残存歯へのブラッシング等を拒否することもある。
- 認知症が進行しはじめの頃に口腔トラブルがあり、ケアマネが早めの介入を進めてくれたのでまだましですが、もの取られ妄想や女性蔑視思考のため、DH 単独訪問の際に、Dr がいないと分かると対応が変化したり怒ったりする。訪問前に今から行くので玄関を開錠しておくよう電話で依頼するも、どうもうまくいきません。治療やケアを始める前後がとても時間がかかります。
- 認知症と精神疾患がおそらく混ざっている患者ですが、患者は医者嫌いのため、救急車で一度搬送されたときに対応した脳神経外科医が、栄養失調で倒れたときに行った長谷川式テスト 9 点しか情報がなく、ケアマネがいろいろと悩んだ末、歯科受診を虫歯ができたときにつないでくれて、それからなんとか月 1 回訪問しては全身状況から最近の覚えている話を聞き取りしています。行政の自立支援事業を利用して、介護利用は部屋の清掃のみ介入。周囲の住民と折り合いが悪く、ボヤ騒ぎを起こしたりして自治会も見守りをしてくれているが、本人は煩わしいと思っており、近隣住民ともめ事ばかり起こしているため、対応に困っている。子供・親類は金銭トラブルで音信不通。
- 付き添いが必要。
- 明朗であるが状況の把握ができず、自分の意思での歩行に支障を来している。まず所定の位置に座ることが難しく、さらに口腔ケアの際の開口も厳しい。本人自身での治療とケアは難しく、ご主人がそばにいないと日常生活が難しく。訪問歯科診療時のマネージメント等において。
- 予約や治療の意思決定など本人一人での判断が難しくなってきており、母親（80 代）と一緒に来院される。母親も要介護で金銭管理が難しくなってきている。（老々介護状態）

＜歯科衛生士用＞

- 意思疎通が難しく、指示が入らず。(痛みがあるかどうか、どこが痛いのか痛みに気づいていない)
- 過去の治療やいやな思い。抜かれるのではないかと抵抗する。治療に対して恐怖心。口を開けない、機器を噛むなど。
- 介護支援専門員が居宅療養管理指導について理解しておらず、金銭・サービスについて誤って伝えた。
- 初回の訪問はケアマネにサポートしてもらった。介護保険証の提示が本人からできなくて、確認まで時間がかかった。一度お話が始まると同じことを何度も繰り返しお話しされるため、ケアに入るまでに時間がかかってしまう。
- 同じことを何度も言わなければならないこと。
- 独居生保で（デイ・ヘルパー利用）、服薬管理できず、ヘルパーが訪問時に服薬するので、1 回/日ですむ薬を希望された。セルフケアができない。部屋が歯科治療をするには困難なほど汚れている状態（ゴキブリの幼虫がいたり、下痢便が散乱し便臭など）予約日を書いた付箋、訪問前に訪問の電話確認をするが、実際訪問すると寝ていたり、(部屋の鍵は開けっぱなしで) ケアせず帰ることあり。
- 付き添いや介護者の方がいないときは、説明・順序等を進めるにあたり。
- 予約の日時を忘れてしまう。独居のため（カレンダーに書く、付箋を渡すなどしているが）当日出かけてしまった。電話しても電話したことを忘れている。保険証類、お金の場所も忘れてしまう。
- 予約を忘れる。保険証、現金歯の管理ができず。→施設の方にお願い。歯ブラシをすることも忘れる。食べたことも忘れて食べていないと言う。
- 予約日を忘れてしまうため、カレンダーに記入したり、メモを置く、ケアマネジャーに立ち会ってもらう等の手間がかかる。特にお独居の方には、義歯の管理など注意が必要。何回も同じ

ような指導を繰り返し行うなど。
・　予約日時を口頭と書類にて伝えても、家に居なかったり準備ができていないので、キャンセルになることがあったり、お会計の電話連絡がつながらないことや伝えようとしてもなかなか伝わらず。

【要介護 3】

＜歯科医師用＞

・　ラポール不足。積極的治療不可。応急的カリエス処置。食渣多いため定期口腔ケア。スタッフの介入は難しい。PKD,LBD 活動期、食物認知低下。コロナ禍で家族面会が難しいが、家族認知も低下している。
・　意思の疎通あり。理解してもらえず。
・　意思の疎通が図れない。
・　異食、過食。
・　基本的に当院は特養メインに入ってますので、治療自体ではなく管理の方はすべて CM 等と相談しています。ただ、ご家族さまの要望が（ご本人さまに体調に限界がある場合）合わないときに、それをご家族に理解いただけないときがあるのが大変です。
・　義歯が装着（口の中にある）されていること自体理解できず、他人の義歯を装着しようとする等。
・　義歯の紛失を他人のせい（盗まれた、捨てられた）にし、新製までに納得されない。
・　口腔内を見せてはくれるが何をしても痛がる。嫌がる方で義歯の修理・調整をいつもあちこち違うところの調整を要求され、やや無理やり終了とさせていただきました。薬のコントロールの影響で（ポリファーマシー）、そう・うつ強く関わることが難しいと判断しました。
・　指示がなかなか入らないためすべてにおいて困る。苦戦する。
・　指導しても理解不能。
・　手続きが煩雑になること。
・　重度のアルツハイマーの患者さん。以前から使用していた上顎の義歯は使用できているが、新製した下顎義歯は外していることがある。食事をしていて途中で止まってしまうことがある。
・　診査と介護士の指摘で行うことになるが、事前に家族の了解を得られる場合と、時間がかかる場合、処置不可のことの場合がある。認知症初期の医科との連携の方法と、診断基準（自己含む）、家族への周知方法の改善、施設入所の場合家族との連絡待ちとなる。診査自体、保険に反映されない。時に処置を拒否される。
・　説明を理解できないこと。
・　全てにおいて臨機応変な対応が求められるため、肉体的にも精神的にも時間的にも全員（Pt、家族、介護職、DH、Dr）疲労する。（要介護）認知症 Pt への対応が自治体で異なり、できることできないことがある。
・　日中独居状態で、意思決定（説明した後の判断）ができず、治療が進まない。保険証の更新時の確認や服薬管理が伝わらない。
・　病院入院中に、訪問歯科診療を開始し、退院後も継続して訪問しました。息子さんの依頼で、義歯を作製することになりました。入院前まで義歯を使用していた ようです。ご本人は、重度認知症により、ほとんど指示が入らず、義歯の作製が難しい点がありました。拒否もある程度ありましたが、仮床試適まで進みました。義歯の着脱は、本人では困難のようでした。ところで、在宅に訪問して初めて分かったことは、家族状況でした。同居は奥様のみ。ところが、その奥様はご主人のことには無関心らしく、我々の訪問時に顔を出されたことは全くありませんでした。義歯への協力は得られそうもありませんでした。家事はやられているようです。息子さんと娘さんは協力的でしたが、別居であり、毎日実家に来るのは難しいとのことでした。息子さんは、義歯ができれば何とかなると思われていたようです。なお、訪問介護などのサービス提供はありませんでした。そのため、歯科衛生士やヘルパーの導入も含め、息子さんとよく相談しました。すぐに結論は出ませんでしたが、結局は義歯の作製を断念することになりました。在宅では、義歯の管理に介助を要する場合、周囲の介護力が乏しいと、義歯の使用に大いに影響があるようです。
・　保険証の扱いでトラブルになったことがある。義歯作成時に、印象→BT→指摘→完成の道があるとき、まず覚えていないため説明が長引く可能性がある。全く忘れてしまった場合、断られたこともある。思い出すと入れ歯はまだかと言われて、治療が進んでいく。最長で 3 ヶ月かかったこと。

＜歯科衛生士用＞

・　ご家族の理解が困難なとき。暴言、暴力があるとき。嚥下に問題がある方。
・　すべてにおける指示がなかなか入らないため、すべてにおいて苦戦する。
・　せん妄ひどくあり、訪問のたび手を振り払うまでの拒否、大声を出す等ある。施設入所のため保険証類もその都度家族に連絡するが、なかなか連絡が取れない。服薬も職員に伝えるが、皆に伝わっておらず、飲んでないなどあった。
・　意思疎通が困難です。
・　介護者も認知症や高齢となり、在宅で衛生指導内容が伝わりにくい。施設では人材不足を理由に、口腔管理がおざなりになっているところが多々あり、認知症患者の口腔衛生環境はなかなか改善されず、オーラルフレイルにつながっているように感じている。
・　患者さまの訴えや伝えたいことを聞き取ることが難しい時、話が曖昧だったり、会話ができなかったり、話のつじつまが合わないとき。恐怖心が強すぎて拒否があり、なかなか治療や口腔ケアができないとき。
・　義歯の取り扱いが分からなくなってきている。認知が進んでくると義歯の認識がわかりにくくなってきて、うまくフィットしているときはいいのですが、合わなくなって DUL を起こしてくると、自分を傷つけるものとして排除してくる。
・　義歯を新作したばかりで紛失。金銭的に自費で新作しにくいとき。
・　具体的な意思の疎通が図れない。
・　施設などでは保険証類や支払い等は、ご家族を通じて行うことが可能だが、意思疎通が困難なため、開口保持等困難だったり、拒否があると噛んできたり、手や足が出て一人での対応が困難になることがある。
・　同じ質問、説明の繰り返しに時間がかかる。ふっとしたときに同席の身内の方に、今関係ないことで強くあたるので。
・　認知症独居の場合、治療計画を立てるのが困難。薬情報など医療連携をとりながら進めたい。内科、ケアマネなどと一緒に取り組みたい。
・　予約を取っても何本も本人から電話が来た。義歯を何度も紛失してしまい、その都度再製することになった。ご夫婦とも認知があり、予約や処置などうまく伝わらない場面が多くあった。

【要介護 4・5】

＜歯科医師用＞

・　ご家族の介護がなければ生活できない。
・　パーキンソン病であったため、本人の意思疎通はちぐはぐなこともあり、キーパーソンと電話で直接やり取りしたが、分からない不足した情報が多くやや継続困難だった。（継続したほうが患者にはよさそうな状態ではあったが・・・）
・　ラポール不可。食事介助難のため、スタッフへの栄養指導、経口摂取のみ栄養管理が難しい。AH、FAST6。
・　意思疎通にムラがあり。義歯の着脱ができるときできないときあり。（空間認知力低下、上下前奥がわからない）
・　何度も同じことを繰り返してしまう。
・　開口・閉口の指示は通らないこと。レントゲン撮影ができないこと。IP を噛まれること。ス

ケーリング時の注水した水をバキュームで吸引すること、誤嚥。義歯の破折を繰り返すこと。
・ 開口ができなかったりするのも大変だが、腹や尻をつかんできたりのセクハラ行為がたまにあり困る。食堂で職員が沢山いるところで実施している。
・ 覚醒の時間帯が一定せず、呼びかけ等を行っても反応が乏しい。日によってばらつきが大きく、予定の処置等を行うのを断念せざるを得ない。徐々にこの傾向が進行しており、計画が立てづらい。
・ 患者はレビー小体型認知症を有し、日常生活等の運動の緩慢を来たし、幻視や認知機能の低下を生じている。歯科の治療を行うのは難しく、口を開けての治療のみならず、口腔ケアを行う際にも支障を来していて。メンテナンスなど。
・ 患者は訪問サービスが必要な状態だが、家族（同居）に理解がなく治療に入れない。断られることがあり、命が危ぶまれる事態になっていたことがあった。
・ 基本的にはケアマネジャーに情報提供してもらうが保険証などの確認は本人だけだと不備があったりする。診療・口腔ケアも認知度によって困難なことがあり時間がかかる。
・ 記憶が曖昧。
・ 義歯修理、食事指導、口腔ケア指導。
・ 口は開いてくださるが、意思疎通できていないため、長時間の治療は避けるようにしている。
・ 口腔ケア中に指をかみちぎられるほどの力で噛まれるので危険。アシスタントしている衛生士にセクハラをすることが多い。
・ 座位保持不良で車いすからスライドして落ちてくる。その都度姿勢を整える。咬筋が拘縮していて、少しずつほぐしながら開口させてバイドブロックを噛ませる。※胃ろう、経口摂取なし。
・ 施設の入所基準の変化により、定期検診が行けなくなったりする。
・ 歯科医療を受けることを理解できていないため、受け入れてくれない。家族の立ち会いもなかったので対処に困った。
・ 耳が聞こえないので説明不能。
・ 習慣性の顎関節脱臼の既往があり、整復固定してしばらくは安定しているが、固定装置を指示通りせず外してしまい、固定→整復→固定、整復の繰り返しとなる。
・ 症状・訴えに一過性がない。口をあけて保持できない。支払いに不安あり。
・ 食事をはじめ口腔ケアや吸引など一切を固く拒否し口を開けない。本人の尊厳も大切であり対応に苦慮する。
・ 寝たきりなのでものも取れない状態で、私どもが行っています。
・ 他の業種と重なり、予約しづらい。
・ 地域包括支援センターからほかに依頼できないと依頼されたケースだが、上記の状態で独居。妄想もあり行政も困っていた。自分も含め本人がなぜか気を許した人間のみ機嫌のよいとき家に入れる。支離滅裂だが意思表示だけははっきりしているので、何も進まない日も多々あり。診療できたとしても開口保持が困難だったり、指示が通らないのでかなり苦労したが、予約も一番気を許しているケアマネを介してのみ。支払いは機嫌のよいときに本人が袋から出す。また、この方は亡くなられたが、その連絡も後見人からの連絡も 1 年近くたってからだったため、お支払いいただけていない治療費がある。（後見人に何回か督促したがレスポンスがない（司法書士））
・ 独居ケース。ベッド上に寝たきりで奥様も認知症で日常の様子が確認できない。
・ 病院に入院中のため予約、入室、保険証類の提示、服薬は問題なかったが、治療すると同意、方針が決まっても日によっては拒否、抵抗される。入れ歯を作るとき協力が得られず、すべてにおいて困難。咬合採得時とても苦労しました。体位保持も困難。安全のためベッドに寝てもらうのですが、そこまでの移動等も困難です。
・ 訪問先の施設の利用者さんに上下総義歯を作った。夜間におそらく寝ぼけて入れ歯をゴミ箱に捨て、それに気づかなかった施設スタッフがゴミとして捨てて、上下の入れ歯がなくなったのだが、施設内で「入れ歯が盗まれた」と大声でわめき立てられ、他の利用者さんが大変不穏となり、その対処。
・ 予約の日時について、メモやカレンダーに記載しても忘れてしまう。同居家族も高齢である場合、保険証等の管理も難しく、不備も多い。

＜歯科衛生士用＞

・ アルツハイマー型認知症の方の足が早く、逃げられてしまい捕まえられない。
・ グループホームの入所の方で重度のアルツハイマー型認知症で、日常生活のほとんどにきょひがみられました。口腔内も残歯多くあり、歯周病も進んでいましたが、職員の方では歯磨きもできず、口臭も強いとのことで依頼がありました。歩行可能なため突然立ち上がったり、移動したりすることも多く、口腔内を診るまでに時間をかけて対応しました。同じ時間を過ごし、ともに移動し、ともに洗面所で歯磨きをして、少しずつケア可能になりました。
・ ご家族から日によって調子の良いときと悪いときの差が激しいと言われ、協力を得られず何をするにも時間がかかり、限られた訪問診療時間内にやるべきことが終わらない。
・ ご主人様の意思により、かぶせ物は自費の Br と言われ、製作が進みの納品近くなり、「ケアマネさんにぼったぐられる」と言われ治療を中断した。
・ デイサービスを利用されているので、帰宅時間が予定を過ぎたりして、待ち時間が長いことがある。ケアを行う時など、爪を立てられたり、ひっかかれたり、腕をもたれたりで困難。
・ マンションのオートロックの解除方法が分からなくなってるため複数回インターホンを鳴らす必要がある。支払い時、お金の数え方もわからないようで、袋の中からとってほしいと言われる。どのようにしたらいいのかわからないようで、次回の予約も何回も確認をする。
・ 意思疎通が困難なこと。
・ 意思疎通が難しいので、器具等を誤嚥しないか。
・ 意思疎通不可のために、家族等の立ち会いがないと何もできない。
・ 家族が認知症なのであまり深く介入してほしくないと非協力的になる。
・ 家族に少し障害があり、意思の疎通が難しい。こちらが伝えたことが違う解釈され、多職種の方に伝わってしまう。
・ 家族の介護がなければ生活できない。
・ 家族の方（特に奥様）に対しての暴言が強い。その日によって気分にムラがある。こちらが伝えたいことは理解されるが、身体が不自由なため思うように動かずいらだちがある。
・ 重度の方の場合、姿勢がまず取れなく、治療には苦慮することがあり、限られたマンパワーと器具では限界がありました。また、外科処置についても高次医療機関からの支援がほしいところです。
・ 処置の必要性を説明するも、家族の同意を得られず処置が不可。診査し報告をするも、保険点数に適応する処置加算がない。
・ 上下無歯顎で義歯もなく、意思疎通も難しい方を全介助で介護されている方から「食事時のスプーン介助で開口してもらえない」との依頼がありました。Dr 診断も口腔内に傷や痛みもなく舌、口唇、頬、などもほとんど機能的も問題ありませんでした。そのため、食事観察に時間を取り、探っていくと、本人のリズムと介助者のリズムが合わず、閉じた口の中へスプーンを入れることがあり開口しなくなったことが分かり、ゆっくりとご本人に合わせた介
・ 寝たきりなので、ものも取ったりはこちらで行っている。
・ 寝たきり状態であるが、暴言・噛んでくる・つねる等の行為がある。日や時間帯により落ち着いているときもある。手の届くところに器具を置くと勝手に触る。自宅で家族（娘）と同居のため、本人の予定（デイ・ショートステイ・訪問医）と娘の予定（仕事・通院）を考えての予約になってしまう。（1 回/月の予約も取れない場合あり）
・ 積極的な治療は望まない。
・ 単独での訪問を行った際に、便が部屋中になすりつけられていて、まずは清掃からだった。

・　痛いのか煩わしいのか義歯を外してしまい、どこに置いてあるのか分からなくなってしまう。
・　抵抗や拒否はないが、口腔ケアの最中に繰り返し同じことを話したり、横にいるご家族のことが気になるようで話しかけたり集中力が続かない。保険証の管理やお支払い、次回の往診予定日などは本人ではなく、ご家族とのやりとりでしかできない。
・　内科等との連絡を取りながら治療を行うため、予約時間に行ってもひたすら待たされたり、ご家族からの治療以外の身体的介助を求められるため、結果 2-3 時間の時間を要する。
・　認知症に加え耳が聞こえないこともあり、説明が困難で時間がかかる。
・　病気の性質上仕方ないですが、攻撃的になってしまうと何もできなくなってしまう。
・　暴言・暴力。
・　本人が認知症だけではなく、脳梗塞により麻痺があり、腎臓病で透析を行っているため、体調により非協力的で口を開けてくれなかったり、清掃が非常に困難。家族の方も協力が得られず、ヘルパー任せになっている。ヘルパーさんも日替わりなので、口腔清掃ができていない。
・　目の前の物（歯ブラシ・コップ等）をとる。
・　予約から訪問に至るまでが、家族、福祉との時間の折り合いが合わず、訪問が夜間になってしまったこと。治療も姿勢も取れず、リスクの多い中限られた時間内で応急的になってしまうため、原因の除去ができずに、繰り返しになってしまうことがジレンマになってしまいます。
・　H30.9 月初診の時は、ベッドから起きて椅子まで歩いて移動し、初回-3 回目くらいまでは歯石除去や消炎処置等できていたが、徐々に抵抗されるようになり、部屋に入った時点で「帰れ帰れ」と口腔内を見ることも不可能になった。訪問看護も入浴も同じように拒否されているようで一旦中止し、令和 3 年より再開。現在は寝たきりの状態で口腔ケアを行っているが、抵抗が強くコミュニケーションが全く取れない。

【要介護度　無回答】

＜歯科医師用＞

・　何をしているのか理解してもらえず、途中で怒りだしてしまい。
・　認知強い方で指示伝わらず。暴言や CM,家族に虚偽の報告をするなどがある。

＜歯科衛生士＞

・　うまく歩けないので玄関先で待ってくれているのですが、転びそうで怖い。家で待ってて。なるべく専門用語を使わずに説明するが、それでも状況が理解しにくい。保険証類の類いでは、いつもご家族が準備しているため、ご本人がよく分かっていない。
・　かかりつけ医がいるから診てもらわなくても大丈夫だと拒否される。
・　指示が伝わらない。日々の使用の歯ブラシの存在が分からない。
・　手が出るので腕を捕まれたり、爪で引っかかれる。
・　日によってお考えが変わることが多い。気持ちの変動が大きい。

(16)　他歯科医療機関への紹介先選定の困難な理由訪問歯科診療における認知症が原因の困りごと

＜歯科医師用＞

【情報不足】

・　どこまで対応可能か、すぐ診てもらえるのか、案内や情報がない。
・　MRONJ で歯科口腔外科へ紹介が必要であった事例で、受け入れ先の入院対応が可能かの情報に不安があった。

【予約が難しい】

・　施設入居者の為、連絡などすぐに対応する事が難しく予約が遅くなったりしました。
・　紹介先の予約がかなり先になる

【ご本人・ご家族の事情】

・　家人が通院（訪問）できない場合が何回かあった。
・　近くの大学病院に紹介しても、行きたくないとなり、ご家族の協力も得られないことがあった。
・　軽度認知症の疑いで、医科を紹介するも理解を得られず。医科でも第三者（家族）の同伴が必要とされ、通院認知症の診断につながらない事がある。
・　受診に行くに当たって、付き添うことができる家族等が得にくい（紹介を受けても複数回の通院の可能性がある旨、説明したところ困難であるとの返答があった）。
・　認知症により、通常治療が困難な患者さんで、ご家族（ご長男様）より、強く治療を望まれた。私では在宅及び診療所での治療困難な旨お伝えしたが、なかなか引き下がってもらえなかった。
・　付き添いの家族となかなか連絡が取れない。交通手段がない。
・　別の医療機関に独りで行けない。独居の場合、どうにもならない。
・　引っ越し転居時に紹介先で困った。遠方に引っ越ししても引き続き往診を依頼される。

【紹介先の事情】

・　（併設）総合病院の中にある歯科に紹介するが、3 例紹介後、向こうから「出来れば認知症の Pt は勘弁してほしい」との連絡が入り困ってる。紹介先が無い！！
・　大学病院でも、口外に暗に断りが入ることがしばしば。
・　大学病院に紹介すると日帰りは受け入れてくれるが、入院が必要な場合は病棟の看護師が受け入れられないから、と断られたことがある。
・　通院困難例で鎮静下での一括治療を依頼しても何度も通院させる。
・　認知症でかつ口腔癌の可能性が大変高かった患者さんがいた。紹介予定の病院が口腔癌の生検自体、入院が必要である大学病院だったが、認知症の患者は入院おことわりとのことであり、それ以上の診断、治療が出来ず、家族と相談の上、見守りとなった。
・　認知症の方の口腔ガン疑いにて大学病院へ紹介したが、鎮静処置、入院処置ができないとのことで診療を拒否され、う蝕処置のみで帰ってきた。その後様々な手で地域病院の口腔外科にて精査され口腔ガンの確定診断をうけたことで緩和ケア病棟への入院ができた。
・　病院歯科への抜糸や咽頭の腫瘍で紹介したが、家族の話からだと、認知症患者の扱いがわからず十分な検査、評価、治療説明がなされておらず、結局又、新しいところへ紹介しなければいけない例が多数。あまりにひどいので付き添ったことあり（もちろん算定できず）。

【その他】

・　歯科医師会の在宅歯科医療連携室に問い合わせた
・　遠くの訪問専門医に紹介した。
・　紹介する歯科医療機関が近くにない
・　たびたび顎が外れる kr に対し手術を依頼する際、手術の行っている病院と認知症患者の受け入れ双方の問題があり時間を要した。その他、施設で行えない抜糸や小手術についても同様のケースがあった。

・　診療の際に、口を開けてくれない、手を出す、あばれる等がある。
・　他院で受け入れられない人たちが、医師会、包括センター、行政、歯科医師会、訪問看護ST、おうちで療養相談センター〇〇等から紹介されてくるので、当方から先への行き先が今はない。
・　ユマニチュード等、認知症患者さんへのアプローチ対処法を勉強学習市、その手法の取得に励む一方、認知症患者対応専門スタッフ等との勉強会を通しスキルアップを目指して歯科治療に応用して何とかこなしている。これといった解答はなくその場その時臨機応変に対応しようと考えています。どうしてもの時は高次医療機関口腔外科を紹介するようにしています。（例）習慣性の顎関節脱臼の患者（1日に何回も訪問依頼されるとき有り）。
・　市民病院が近くて通院には都合がよかったが、認知症の程度や症状によっては治療が思うように行ってもらえなかったことがあり、大学病院への紹介を選択した。しかし通院回数が多くなり患者の通院がタクシーなので金銭的な負担となってしまった。紹介先はあるがどちらを選ぶかいつも迷ってしまう。
・　自院ですべて治療した
・　出来ないことが多いが、しかたないということになってしまいがちだと思います。実際、どこに紹介というあてがありません。
・　紹介して効果ある治療が出来るとは思えない。自分でできるだけ行う。
・　認知症に限らず、要介護の患者の受け入れ先がない。
・　認知症を前提に他の医療機関に紹介したことはありません。
・　〇〇町（当院分布地は高齢少子化が進んでいる、人口2万人の〇〇県の地方町です）、ここでは他院に通院、特に高次医療に紹介することは難しく（公共交通での移動、ご家族は遠方などが困難化する原因です）、なんとか当院でおこなっているのが現状です。非常に採算が合いませんが現場でなんとか行っています。保険点数に加算がほしいと思います。
・　不定愁訴があり、受診するが、具体的に治療できることがない。診察されることで納得して帰られる、のくり返し。
・　紹介時の付き添い者の確保、紹介時は病院歯科が受け付けてくれる

＜歯科衛生士用＞

【情報不足】

・　紹介先をどこにすればよいかまよう。
・　紹介先が受け入れ可能かがわからず、電話で問い合わせをしても、病院内で受け入れるか否かの基準が設けられておらず、回答に時間を要することがあります。
・　高次医療機関で、どの程度の受け入れ処置をして頂けるのかわからないところ。患者を取り巻く環境が、受診から、治療人の手配と多職種でコーディネートできる人が、なかなか居ないことです。

【予約が難しい】

・　紹介先の予約が、すぐ取れない。かなり先になる。

【ご本人・ご家族の事情】

・　別医療機関へ独歩で行けない
・　家族の理解が得られない事がある。軽度認知症の診査診断を医科にお願いするが、家族同伴（第三者）を必要とし、理解を得られない。
・　家族や併設病院からの依頼のため、なるべく自院で出来るだけの処置を行っている。積極的な治療は行えなくても対処医療法で長期的なクリーニングにて対応。

【紹介先の事情】

・　大学病院に紹介しても病棟が受け入れられないとの回答だった。
・　施設入居者のため、連絡がすぐに出来ないので予約が遅くなったりした。

【その他】

・　自院で出来る範囲での対応、治療を行った。
・　口腔癌患者様の入院先、認知症受け入れ機関はほぼ無い。
・　経験を踏まえて、できるかぎりのことを行う。
・　今日の内容を説明し、処置に入ろうと軽く触れただけで痛いと言われる。処置開始直後は協力的だが、途中から急変し拒否が来る。大声を発することもある

(18)　歯科訪問診療における認知症が原因の困りごとへ対応しやすくなる仕組み

＜歯科医師用＞

【早期歯科受診】

- 認知症と診断されたらすぐにかかりつけ歯科医の受診することを徹底してほしい。そうすれば早期にレントゲン撮影や処置を行い、今後認知症の進行にも管理が困難になる状況を回避しやすい。
- 認知症が進行すると開口不能等歯科治療が難しくなります。認知症と診断されたら（特に初期の段階で）まず、歯科治療を行う体制を構築してほしい。「8020」運動により、残存歯が多くなり、健康寿命の延伸に寄与することは喜ばしいことであるが、その方々もいずれ認知症等で要介護状態になる。要介護度が高くかつ残存歯が多い方の口腔ケアの難しさは現場の知るところであります。人生の最終段階に向けてのアドヴァンスケアプラン（ACP）に歯科もしっかり関わるべきです。
- どの場面においても、歯科検診を必ずする仕組みが必要であると思う。
- 認知症初期に（治療可能期間に）口腔内の管理しやすい状態にする。抜歯、根管治療、インプラント除去（上部構造）等、今後治療困難、拒否の見据えてのため。食べられなくなったとき、胃ろうにするか経鼻経管栄養にするか、何もしないか、認知症初期に本人への意思決定支援を行った上での食支援、嚥下指導を行いたい。
- 認知症発症前の口腔内情報を共有するシステム。（認知症があると口腔内の変化に対応できないので）認知症の歯科治療は時間もかかるので、点数加算も必要かと思います。
- MCI や認知症の初期段階で歯科通院を促すシステムの構築。（認知症が進むと新製義歯が使えないことが多いので）遠隔で日常的な口腔衛生管理、義歯管理の声かけサービス。認知症患者への対応力の高いクリニックへの加算点数の整備？。本アンケートの趣旨とはそれますが、重度の認知症患者さまには、全抜歯をした方が良いと思うことが多々あります。

【連携システム】

- 進行した認知症の患者を診てくれる（訪問診療）歯科医療機関を知りたい。医療資源マップがあると便利かもしれない。
- 自院にて対応が困難な患者を紹介できる機関との連携システムが構築できるとよいと思われます。
- まさにどのような仕組みがあれば対応しやすいのか、分からないところが問題だと思っています。困難事例のいずれも医科主治医からの紹介で歯科が介入を始めたものであり、医科との連携は取れていますが、根本的な解決には至りません。ケアマネジャーや医科主治医が口腔ケアに手を焼く様子を見て、歯科に相談するケースも多々あります。この場合、ケアマネや Dr に相談しても解決は困難ですが、ケアマネ、Dr 以上に患者を理解している人はなく、連携システムがあっても有用か疑問です。
- 医科歯科連携の強化。
- 医科診療（受診科）からの情報提供があると対応しやすいと思います。
- 医療、介護サービスの連携を密にし、事由を共有しあう。
- 各県、各地域に歯科医科＋介護の専門 HP を作ってほしい。ホスピスと連携した施設でも良いので。認知症の病型（AD・VaD・DLB・FTLD 等）別に摂食嚥下の対応が異なるのですが、関わる Ns・SW・セラピスト・Dr 間で意思統一が行えません。（AD でもすぐ食い止めをしようとしたり）食べるに関し、もっと（まだまだ）共通認識が必要と考えます。法的制度も整える必要があります。
- 市が主導しての認知症ケアパスはあるが、歯科訪問診療では役に立っていない。特化した保険制度は、全体の（国としての）在宅診療などを整えていく段階での一つの方法としては助かる。（時間、手間の分がきちんと評価される）と思う。
- 地域で多職種と連携するため紹介施設や改善策を知る場を各医院で把握、確認できるようにフォーマットなどの作成。
- 地域のネットワークの構築。
- 地域歯科医師会で連携が速やかにできる仕組みを構築、認知、活用するのがいいのではないかと考えました。
- 地域連携による紹介システムを確立させる。保険制度の一つとして、認知症に関わる加算を増やす。
- 特化した連携システムは必要だと思います。
- 重度の認知症に特化した連携システムがあるとよい。
- 認知症が原因の困りごと窓口は、ケアマネや地域包括等、すでに仕組みとしてあると認識している。ただし、それぞれに多忙な職種ゆえ、うまく機能はしていないかと思う。認知症が原因の困りごとのデータは集積して、何らかの形で公表してほしいと思う。また、認知症でがんの疑いが濃厚な患者の受け入れてくれる病院があったら教えてほしい。（○○県・○○県付近で）そのような受け入れの連携システムはほしい。
- 認知症にもそれぞれの特徴があり、タイプによってどのように対応するのかがベターなのか、専門の先生の助言を聞けるシステムがあれば助かります。
- 認知症に特化した連携システムで、医科、歯科、ケアマネ、施設の連携を図ることで患者に必要な情報を一元化できると、それぞれの分野での患者へのアプローチがしやすくなると思います。
- 認知症の医科歯科のネットワークが必要と思われる。認知症の加算点数（時間に合った点数）。
- 認知症の人を治療する専門医などと連携がとりやすい仕組み。
- 認知症主治医との連携。行政との連携（要介護になったとときに、地域包括職員は関係ないのでケアマネに振られる。しかしケアマネは無頓着な方も少しおります。要介護に入っても地域包括が必ず関与する仕組み作り）

【歯科医療機関の拡充】

- 病院歯科等の充実、配備など。
- ○○県には歯科大がない上、認知症の人が遠くまで行けるとも思えないので、できるだけのことはやっている。仲良くなれるまで通ってから治療すればいいのかもしれないが、時間もなく経営上も難しい。元々通院していた患者さんであれば、昔の話もでき治療しやすいが、初診の方だと性格も分からず難しい。できるだけのことはしますが、自院の患者は最後まで診ますという先生が増えてほしい。
- 人口に見合った認知患者の受け入れ病院（歯科）を設置してほしい。
- どうしても難しい場合は、高次医療機関への紹介となるが、緊急の場合に早急な対処ができないことがある。（予約に数週間待ちなど）
- 都市単位で専門の高次医療機関があれば対応しやすいと思います。
- 認知症に対応できる医院が、ピラミッド構造になると良い。
- 認知症の程度にもよるが診療時間が長くなりやすい。訪問診療に力を入れている医療機関に依頼が集中。訪問診療を受け入れ可能としている医療機関でも、訪問診療に力を入れている医療機関への紹介がある。認知症患者の依頼を分散（コントロール）してくれるような機関があれば、特定の医療機関への負担軽減になるのでは。
- 認知症患者は基本的には地元、地域、かかりつけ医での対応が良いと思う。認知症患者をより多く受け入れている病院は、評価されるべきである。一医院 10 名以上など具体的に人数で何かしら評価制度を組んではどうか。5 名、5-10 名、10 名以上で認知症対応普通、上級、最上級など患者側から見える形で医院表示ができると、医院はより受け入れる努力をするのではないかと思います。

【患者情報等の管理・ICT の活用】

- 医療、介護等関係しうる職種すべてに共通のパス（カルテ等）による一元管理。

・　クラウド管理が可能な多職種で利用できる地域医療パスの運用。患者情報のクラウド管理。
・　患者本人の医療情報がすぐに入手できるシステムが必要と思われる。
・　現時点では施設での往診で看護師等が対応してくれるので困らないが、家族のみが立ち会う状況での在宅診療では困ることもあると予想される。事前に情報共有できると良い。認知症の程度と細かい日常での生活、家族情報、投薬、病歴等々。
・　認知症にもアルツハイマー型、レビー小体型、前側頭葉型などの型や重症度によって様々な病態が見られる。特に前側頭葉型で歯科治療しようにも、暴れる方にはできない。このような方は病院歯科にすぐに送りますが、医療連携が大切で今以上情報共有システムが確立されたらと思います。
・　認知症に特化した地域医療介護連携のための ICT の普及。
・　認知症の型や患者情報（身体・行動・性格など）できるだけ詳細に示された資料の共有ができる。患者の対応に慣れた介助者の同席。
・　保険証の情報、多職種介入時のサービス状況（入浴・排他・食事・服薬（配薬）情報・体調）のデータ一元化、クラウド他でリアルタイムで情報把握ができると助かります。
・　本人の治療、気持ちが理解できるように、ケアマネ、家族、介護サービス業者などで訪問が共有可能なシステムを確立。
・　本人の治療、体調（薬服用状況）情報などを早急に理解できるシステムが必要。

【多職種連携】

・　ケアマネさんや民生委員さん、包括支援センターとの情報共有がしやすいような環境。
・　ケアマネの方の同伴が有る方が有り難い。細かい情報（例えばどんな時に感情が変化しやすいか）。
・　多職種での連携システムの構築。Ex.おうちで療養相談センター○○歯科からの参加がほとんどないのが現状です。逆に、訪問診療専門に行っている医療機関は施設の争奪戦しているようです。
・　多職種とのネットワーク。認知症を専門とする医師との連携制度。
・　多職種との顔の見える関係構築。
・　多職種間で患者さまについて容易に情報共有がとれるツールやシステム。
・　多職連携のレベルを上げる。
・　認知症への対応力が医療機関によってまちまちなので、他職種との連携によって、ミスマッチがないようなシステムが必要。（ICT などを活用して）
・　訪問日時などケアマネとの連携。
・　保険証やお金の管理を代理で行ってくれる CM 等が必ずいてほしい。
・　連携した他職種はあるが、現場にて顔合わせする機会が少ない。もう少し話せる環境があればよいと思うが、今の状態ではカンファレンスの時間の給与も払われていない（も支払っていても低額）ので、他職種が集まるのは難しい。

【家族やキーパーソンの協力等】

・　家族・施設スタッフなどと密にコミュニケーションをとり、ラポールを得られる体制と高次医療機関との連携が大切となってくる。
・　家族、ヘルパーからの情報提供。往診時の立会い。
・　家族の理解と協力あっての訪問治療ですので、大きな困りごとはないですが、家族が認知症になる前から訪問治療で治療を受けられる、治療の予約方法など事前に周知することが必要と考えます。認知症介護審査委員会で各地域の担当医を決め、歯科治療の必要性を歯科医目線で審査する等。
・　家族やケアマネジャーや施設スタッフに治療の内容についての説明を時間をかけてしているので、その時間と手間（電話、FAX、メールで連絡している）が点数化されるといいのではないか。
・　家族やケアマネに同席してほしい。
・　家族や介助者との情報共有なども時間がかかります。そのための点数（ディスカッション料）をもうけてもらえればありがたいです。
・　個々の患者さんの症状をよく理解している人、例えば家人、いつも手伝うヘルパーさん、介護施設のスタッフなどを診療時にサポートとして同席してほしい。その人たちの同席に関わるメリット（費用面）を請求できるように考えてほしい。
・　幸いなことに歯科訪問診療については「認知症が原因の困りごと」に遭遇したことはない。外来では特に意思疎通の困難を感じる。時間があればもう少しなんとかできると思うことはある。あとは、付き添いの方（家族）の協力度は大きなファクターであると感じる。
・　困難事例を他の機関に紹介しても、そこに連れて行く人がいないのでトータル的サポートシステム。
・　治療時に介護ヘルパーやケアマネジャーが同席して説明を一緒に聞いてもらえたりすると治療しやすくなる。
・　具体的な症状や正確などの情報を入手したい。また、治療時には家族やケアマネ、ヘルパー等の立ち会いを制度化されると良い。

【認知症への理解・研修等】

・　一番困るのは、抵抗・拒絶です。ときとして強制的手法を行わざるを得ないこともあります。安定剤の使用もあるようですが、歯科医のみの判断では難しいと考えます。医科との連携は必要と考えます。認知症の方の歯科医療提供について、研修会の拡充や認定医制度は希望します。これらについて保険制度で評価されればありがたく思います。
・　今後増加が考えられるので、ガイドラインのようなものがほしい。口腔衛生の維持と経口摂食の栄養管理が歯科の仕事になると思うが、コンセンサスがまだ得られていないように思う。
・　仕組というよりは歯科治療の特性を患者（家族、施設職員）、医療職に理解をしてもらうことが大切。義歯は意識レベルに関係なく、できると思っている。不適合は、歯科医の技量と思われていることを解消できなければならないと思う。
・　講習会や専門書などで勉強する必要があります。
・　多くの認知症患者には何とか対応しているが、BPSD で暴力をふるうような患者に対して、その対応法などについて認知症専門医にアドバイスをもらえるようなシステムがあるとありがたい。
・　認知症に関する研修の内容をもっと実態に基づいたものにしてほしい。今のままでは受ける意味のない講習である。内容を充実させた施設基準にすることにより、認知症の方に対する加算点数を作ってほしい。
・　認知症で困ったことはあまりないが、研修等があれば日時を教えてほしい。
・　認知症患者の経験豊富な介護士、看護士、セラピスト、医師、歯科医師を講師とする現場での応用の利く研修会を頻繁に開催し、歯科医師の理解と対応力をアップする。研修をある程度受けたものの中から、認定試験に合格したものを認定医（指導医）と定め、各地域での啓発指導に当たってもらう。自分で対応できない患者は、認定医に紹介し対処してもらう。その際認定医は大きな加算点数が得られるように配慮する。
・　認知症患者への対応マニュアルを作ってほしい。認知症患者に対する診療の加算点数を上げてほしい。
・　認知症患者対応のセミナーなど受けたい。
・　認知症対応の研修の機会をもっと増やしてほしい。そこで地域連携システムが構築されていくことができればいいと思う。
・　認知症対応力向上研修についてはアドバンスコースを創設し、そのコースを修了した歯科医師が積極的に認知症の患者を受け入れる、また行政や医科とも連携できるシステムを構築すべきだと思う。老年歯科医学会や障害者歯科学会の認定医の中から、認知症患者に対応できるスペ

シャリストを養成すべきではないか。（認知症対応歯科認定医のような資格を官民一体となって創設しては）

【インセンティブ等】

- 認知症患者の訪問診療においては、20 分以上の診療が困難なことが少なくない。一人のみを訪問診療する場合に算定する歯科訪問診療 1 は 20 分未満でも所定点数を算定できることになっている。しかし、複数を訪問診療する場合に算定する歯科訪問診療 2 では、20 分未難の場合減算しなければならない。歯科訪問診療 1 と同様の扱いを望む。
- うちの診療は、治療と嚥下を多く依頼されています。簡単な口腔ケアはほとんどありません。診療機器も多く一日の患者さんの数は診れないので、訪問を続けるのは資金力がないと大変だと思います。歯ブラシとスポンジだけで点数取るところも多いのに。
- ケアマネジャーが歯科についてさらなる理解を望む。診療報酬が十分ではない。
- それぞれの認知症患者において状態が異なり、また同じ人間でもその日その日で状況が変化する疾病であるにもかかわらず、診療時間で保険点数を制限する現在の歯科訪問診療料のあり方には納得いかない。特に機能管理が目標となる 90 歳代の患者であればなおさらです。認知症患者や超高齢の患者については、管理をメインとする口腔内科的な治療保険システム体制が必要と考えます。
- まともに対応しようとするほど時間がかかり、治療は困難であることが多い。保険制度の配慮が必要と思われる。
- 歯科では「20 分」なので時間制約がある場合が多く、長時間の診療が困難な認知症患者では診療を行っても時間的条件をクリアできず、保険請求できないことが多く、十分な医療を行えない事例が見られる。
- 時間も労力もかかりなおかつ歯科難民となる人がこれからもっと多くなることが予想される。認知症のレベルに従った保険点数の増加、加算など労力に見合った保険制度を作ってほしい。ケアマネジャーと連携することによる加算なども設定してほしい。
- 治療に関して健常者と比べて時間と手間を要するため、保険治療への加算などの検討が必要と思います。
- 医療費負担が 3 割の人は、訪問診療を依頼しづらいのでは。
- 重度認知症患者に対する加算。疎通困難者に対する医療受診時のサポート（介護保険での立会等）
- 他にも診たい患者がいるが、診 1.2.3.で時間制限、点数差が大きく診るに診れない状態になっています。せめて医科と同じ（？）ように時間要件は撤退してほしいです。
- 同じ診療内容でも時間がかかるので、現在よりも保険点数を上げてほしい。
- 認知症に対する加算等があると助かります。
- 認知症に特化した保険制度。
- 認知症で主治医から対応困難と認められる場合には、例えば一日あたりの歯科衛生士の居宅療養管理指導などの単位上限を 1 から 2 へ変更していただくような制度があれば、満足いく口腔ケアと機能管理の両立ができるし、歯科衛生士単独でも、十分な点数の算定が可能になるの。能力の高い歯科衛生士が困難な方への対応をクリニックからの持ち出しで行う現在、困難患者を DH が診れば診るほど赤字になる（時間がかかるため）が、地域での受け皿がないため仕方なく対応している。1 日あたりの人数が 5，6 件しか在宅対応できない。訪問で優秀な対応が得きる DH が、金額的には院内で SPT（Ⅱ）を算定する仕事に従事した方が実入りが良いので、先日も他院へせっかく育てた DH が人材流出したばかりです。非効率的な在宅での口腔サービスの提供へはそれなりの配慮をしていただかないと、今後も能力の高い DH ほど在宅訪問を行わない傾向が出てくるのではないか憂慮しております。口腔管理困難加算として、医科における「在宅時医学総合管理料」のように多くの認知症患者を診ているクリニックには管理料に段階を付けて、管理料加算などがあれば在宅への口腔管理推進になるのではないだろうか。現在は効率よく点数算定のできる施設を中心に、訪問診療を行っている歯科医院が、効率よく医院経営を行っているが、それをカバーするような点数の付与がなされない限り、正しい方向とは分かっていても、なかなか在宅を中心とした訪問診療を行う在宅療養歯科診療所 1 を作る気にはなれないだろう。特に注意すべきは、かかりつけ医 SPT（Ⅱ）である。訪問点数よりも高い点数算定が可能なため、訪問で診ている患者を院内算定した方が高いという逆転現象が起こっており、訪問患者を院内算定していると噂を聞いたことがあるが、それも当然と思われる。現場で真面目に点数算定を行なっている者が、不利益を被らないような制度設計をお願いしたく筆をとらせていただきました。
- 認知症のある方はそうでない方より説明や同意に 2 倍以上の労力や時間を必要とします。そのため、それに見合った診療報酬にしていただかないと、この先、診療をお断りする事例も出るかもしれません。
- 認知症の患者さんに対しての治療の大変さ、時間がかかることを考慮していただき、保険で加算できれば良いと思います。
- 認知症の診断があり、こちらが必要と考えた時の加点が必要。他の患者と点数が同じのため，かけられる時間も同じ中、診療の質を高めることは困難。割に合わず時間もかかるため訪問に伺いにくい。
- 認知症の進んだ方と介護度の低い方が、同じ点数というのは納得できません。当院の場合では、皆身体を張って訪問歯科治療に従事しています。相変わらずですが、もう少し現場に見合った点数にしてほしい。また、医療従事者の縦割りも良くないし（改善されていない）、一般の人向けの啓発も全くできていないと思います。これで良い医療提供はできないと思います。
- 認知症の進行度により対応がかかるため、コストパフォーマンスが悪くなってしまう。分類による加算があっても良いと思う。
- 認知症の対応加算が算定できれば良い。
- 認知症を治療するわけではないが、診断を受けている人は認知症の対応加算等があれば良い。
- 認知症加算とか保険を改定してほしい。
- 認知症加算等保険点数の上乗せをしてほしい。
- 認知症は特徴や状態、生活環境、支援の状況と様々な要素がからみあっているため、これで解決するという「やり方」をまだ探しているというのが実感です。知ることから始め、理解し、共有することが出来れば、システムは必要ないかと思います。ただ、点数に加算することは是非行っていただきたいです。宜しくお願い致します。
- 認知症患者はコミュニケーションをとるのが難しく、繰り返しの指導や義歯治療ではかみ合わせの調整が難しかったり、制作しても使用しなくなったり紛失してしまうケースが多いため、それに見合った保険制度を導入してもらいたい。定期的な介入も望ましいと考える。
- 認知症状が軽度であればそれなりに対応していけるのかと思う。重度になればなるほど現場の対応力に差が出てくるのかと思う。6 ヶ月以内でも義歯が作り直せるような光 CP 完・グセ完でも 6 ヶ月ルールの見直し。終末期認知症口腔ケア加算。
- 認知症対応加算など診療報酬増点してほしい。
- 認知症対応力の向上の受講や、認知症ケア学会の認定専門など、対応に特化した人間・資格者とともに訪問した場合の加算。認知症の ACP、人生会議にそった対応できる場合、特別対応加算の増点。認知症での初診時特別対応加算の増点。認知症サポーター医、専門医の連携の加算。行政（包括など）との連携への協力の評価。
- 認知度に比例した保険点数。（認知度が高いほど保険点数を高くする）認知症の内容、程度を共有できる連携システム。
- 負担割合を全員 10%とか統一してほしい。医療保険も介護保険も一律でないときがしばしばあり、返戻の対象となって困る。
- 平均的には通常よりも時間が必要なので、治療のみでなく歯科衛生士の衛生実地指導料や居宅

療養管理指導料等にも加点評価が必要と思います。
- 保険２割になったら、口腔ケアはしてもらいにくい。訪問診療のカルテ記載書類作成が多すぎる。ケアマネを減らすことで、患者が自覚していない口腔管理の重要性を引き上げにくい。
- 訪問診療に取り組むと、保険内での加療となるが、外来とあわせ平均点数が高くなり、個別指導に当たるのではないかと考え、萎縮診察になりやすい。広がりにくい。認知症に特化した保険制度を別にして、指導の対象としてみてはどうか。
- 比較的若い独居のランクⅠⅡの方の口腔健康管理のためのシステム。訪問による検診制度など。（コロナ禍で難しいが）

【困難事例】
- 義歯新製したがすぐに失ってしまった。再度の製作で保険がきかないのが困った。6ヶ月以内でも保険がきくようにしてもらいたい。また、今まで治療していたが施設の変更で決められた先生がいるので（協力医）かかりつけ歯科医はダメと言われる。何かおかしい？
- 私が義歯を治しても入れないときに、また義歯を飴のようになめて遊んでいるときに、どうしたものかと困惑します。
- 認知症と分かっている Kr.なら対応しやすい。認知症気味とか認知症と分かっていない Kr.に対する対応は難しい。
- 認知症も様々ではありますが、治療の受け入れがたい人（本人の納得？）、性格の要素が大きく個人差があり、統一された保険治療では難しい面がある。また、施設入所の場合、支払者（家族や成年後見人）への理解、伝達等が問題となる場合がある。
- 認知症を疑ったら、ケアマネに相談するが分かっていない方が多い。そういった場合どうしようもない。
- 予約日を忘れて往診へ行った際に玄関を開けてもらえない。
- 本来 CM が軸となって家族の困りごとに適した先を紹介し、解決していくものだとい思うが、CM の資質・やる気にかかっている。家族が CM に相談して解決できないことを歯科に相談してくる（歯科の内容でないことも）、それに対してかなり時間をかけて対応しているが、治療ではないため全く報酬はない。もちろん気の毒に思ってやっているが、非常に時間と精神的疲労を伴う。公的施設が増えない＝在宅、老々介護がどんどん増えていく、介護の人数は減っていく、問題山積みである。※とにかく介護・在宅医療の報酬を上げ、多くの人が働きたい、働き続けたいとしないならば、今後の在宅の未来は真っ暗であり、崩壊する。マンパワーがあればなんとかなる。

【その他】
- いろいろと配慮してくれることはありがたいです。具体的方策は考えつきません。
- コマニチュードを考慮しながら診療していると、あまり困りごとを感じない。
- もう少し認知症の状態が簡単に分かる指標があると話が伝わりやすい。
- 現在の週１回の口腔ケアでは足りないので、週２−３回できるような制度が必要だと思います。もちろん毎日できればすごく良いと思います。
- 思いつかない。施設職員にも支えられながら、できうることをしている。
- 初期には認知面の問題が目立つかもしれないが、いずれ身体機能への影響も出てくる。その個人全体として捉え対応することが必要で、認知面だけに特化しての対応は不適切と思う。
- 心を込めて時間をかけてやるしかない。ケースバイケース。
- 施設の場合と居宅でまた違ってくるが、居宅では患者本人もではあるが、家族のレベルを引き上げなければどうしようもない。そのことがハードルがあると感じる。
- 在宅患者様が病院に受診するのが難しい（介護力などの原因）ケースもよくあると思います。拒否が強い方は鎮静治療の対象にもなると思います。難しいと思いますが、鎮静なども対応している訪問専門チームが国のシステムとしてできれば助かります。
- 口腔ケアは毎日飲食後必要なものだが、スタッフや家族が必ずしも満足できるケアができるとは限らない。指導、アドバイスをするか、十分な口腔状態とはなかなかなりにくい。
- 歯科医師にも認知症の判断が下せて、適切な対応（服用薬処方やサプリメント処方）が公正明大にできるようになれば、まずはサプリメントなどで症状の緩和や症状進行を少しでも遅らせることができればよいなと感じます。もちろんきちんとした研修を修了した歯科医師の増加が先ず第一と考えます。専門医制度などもよいかもしれません。
- 治療や治療内容・計画等の説明をリアルタイムでキーパーソンとなる決定者との会話ができるような仕組み。
- 第３者がいてくれると助かります。言った言わない、やったやらない等、患者さんがクレームのようなことを言い出したときに、我々を守ってくれる証拠がありません。在宅の場合、同居家族やケアマネさんがご一緒してくれれば良いですが、独居だとアメリカの警察のように全てを録画していない限り、証明できないのではないかといつも考えております。病院や施設であっても、看護師や介護職員が常に一緒にいるわけではないので同じことですけど。→録画記録加算？ケアマネ同行加算。施設などで職員が手に負えないことから口腔ケアの依頼があっても、叫んで暴れるのを抑えて実施すると、職員から虐待だと言われかねません。どこまでの治療を希望するのか、事前に家族と決めてほしいです。嫌がることはしないでほしいとか、多少抑えても口腔ケアしてほしいとか。面会できない時代なので、どれくらい認知機能が低下しているのか家族も分からないと思います。→認定調査のテレビ電話加算？
- 第三者の立会いの評価（ケアマネ等）。治療やり取りなどの動画の記録とその評価。認知症困難加算。
- ある程度認知機能の低下が進んでいる場合には、すでに家族や社会的サポートがあり、問題になるようなことは少ないが、初期もしくはまだらな状態の方が診療内容や会計についてトラブルになりそうなケースがありました。社会的サポートが比較的早期から導入が進めば良いと思います。
- 介護保険の期限も統一してほしい。（負担割合も一体で）ヘルパーの業務内容、歯科（口のこと）にももっと関心を持ってもらえるようになればよい。
- 現在のところ、訪問診療においては困りごとは特にありません。外来の認知症患者に対しての問題点は沢山あります。
- 質問の趣旨とは異なるかもしてませんが、今般導入された新しい介護保険のシステム上、訪衛指が月 2 回までしか算定できない患者が出てくるのですが、あれは治療回数の抑制につながるのでよくなったと思います。
- 主治医の方針が大きいので、チームで方向性を合わせて行動することが肝と考える。
- 受診に先立って患者さんが精神的に落ち着いた状態に導入してもらえる、対応をしてもらえる、またはその人なりのそのスキルを教えてもらえるスペシャリストの配置。行うことができた処置への評価（算定）だけではない方法。
- 人生会議（ACP）においてお口の終活も考慮し、明文化しておいていただければ有効になると思われます。また、介護に関わる他職種との連携を密にし、認知症患者に（認知症の進行度合い）とれ程の治療、メンテナンスが提供できるのか、保険での治療可能な範囲などの理解を勧める。
- 窓口負担が大きすぎるのが訪問診療の最大の問題。家族などキーパーソンが無関心（？）なのか口腔トラブルは命に直結しないと考えていて、後回しにされる。
- 当医院では訪問診療での認知症の患者さんは症例が少ないと思われ、困りごともあまりない状態です。また、訪問の場合はご家族の協力もあるため、今のところは大丈夫です。外来の認知症の患者さんには困りごとが多いです。
- 当院が閉院したら引き継いでくれる Dr がいないと思われる。コメディカルの確保も困難を極めており、訪問診療領域は特にそうである。永続できる体制として、「歯科衛生士２級」のような資格を作ってみてはどうか。（参：介護の領域では初任者研修がある）

・ 独居のケースで連絡がケアマネを通じてや、当日訪問したら不在であったなどのケースがあった。
・ 独居の高齢者の認知症が軽度で本人が自覚していなくて、第三者が入れないときに対応に苦慮します。身体的に元気だが、認知の低下はある場合おとなしくしないこと。
・ 独居の方や親族の方が遠方におられる方などのケースでの意思決定やその責任の所在に困ることが想定される。
・ 認知の方のご家族さまとご本人の意思がうまく合わない。
・ 認知症ご本人との対応、認知症の方のご家族との対応と二重の形をスムーズに整理するシステムチャート等があると良いと思いました。また、連携システムも主治医、介護施設ケアマネ等への連絡の際も一本化したシステムチャート等があると良いと思いました。
・ 認知症だから困ること・・・なんてあるかなと思います。現場はそんな部分では困っていないと思います。最大の問題点は、現場（＝居宅に行っている歯科）と大学病院系のデータ（＝施設が主）との大きな差ではないかなと思います。
・ 認知症に診断が正確にされていない場合に対応に苦慮することがあります。普段より接してらっしゃる介護士さんかヘルパーさんに、日常生活の具合を聞いてそのときの状況に合わせた対応をするしかないのですが。
・ 認知症の方の場合すべて介護者がおり、対応していただいています。ゆえに特に問題はありません。
・ 認知症の方はその方自身の判断が難しい方がほとんどです。ですので、キーパーソンやケアマネジャーに立ち会ってもらう必要があります。そのために、その連携をどのようにするかが課題となると思われます。何か電子媒体や AI を利用した方法が今後の医療の方向性にとって必要になるのではないかと考えます。また、医科や歯科の認知症専門医との連携がよりあれば、充実した歯科訪問になるかと思います。
・ 認知症の方は毎日の口腔ケアができない人が多いため、歯科衛生士によるケアの回数を増やしてほしい。
・ 認知症は調子がいいときに進めます。調子が悪いときは何もできないことが多いです。そのときは、点数を取ることができなく家族に説明しても納得を得ることはできません。幸い、居宅で認知症が激しい患者はいないため、施設での患者であるため、他の患者と組み合わせているためマイナスにはなりませんが、金銭的には認知症は度合いにより患者の組み合わせを考えています。割がいいとはあまり思えません。
・ 認知症患者さんへの対応について、ある一定の知識や技術を持つ医療者を「認定医」や「認定歯科衛生士」として認定する制度を作る。そのためには様々な職種との情報共有や、新しい知識を常にアップデートする必要がある。それをクリアした「認定医または認定歯科衛生士」の存在が明確になれば、難症例の患者さまへの対応を相談しやすくできるし、場合によっては治療を依頼（紹介）することもできるようになる。そのほかの情報を連携した多職種の方々が共有することができるアプリの開発。「認知症認定医・衛生士」に紹介された患者さんが年間である一定以上である場合に、特別加算がされるような保険制度があるとしっかり対応する時間が作れそうです。
・ 認知症患者は本人が治療の必要性を理解できないことも多いですが、周囲の求診、介護者の歯科治療に対する無理解も大きいため、C4 だらけの患者も多々おりますが、抜歯の必要性を説明するような環境にはありません。認知症の患者でも歯科治療が必要なことをもっと社会的に広報していく必要を感じています。補綴まで行かなくても、C4 は抜歯するというような環境整備を望みます。
・ 認知症患者への治療は、尊厳と家族の協力、理解が必要です。施設入所者では、家族も対応困難なため入所しています。介護スタッフと連携をとって、施設の理解と協力が必須です。ケアが困難なために入所から長期入所で経時的に歯周病の悪化、う歯の多発（根面カリエス）が避けられません。メンテナンス中心の治療、優秀な歯科衛生士スタッフが必須です。
・ 認知症症状が分かるアセスメント等。
・ 認知症専門医が○○市にいないこと。専門医と連携して歯科治療を行いたい。
・ 病気の症状が原因であるので、認知症の予防が大切であると思います。
・ 普通なのでわざわざシステムを作らなくても講習や相談ができれば良い。特に食支援は難しいので、摂療や特対等の算定ができるよう要件を含めてほしい。特に食支援するけど VE はなかなか受け入れできないので、スクリーニングやフードテストによる診断も明記してほしい。口開かない認知の人の特対算定も。
・ 保険証やお薬手帳の管理システム。マイナンバーを利用できるようにすれば解決するのか？
・ 保険制度として「認知症対応加算」などあれば良いかと思います。
・ 保険制度において認知症加算があればよいと思います。
・ 訪問歯科における中度の認知症患者の回数制限がなくなるといい。
・ 本人、家族、ケアマネ、介護サービス等お互いに訪問予定が共有可能なシステムが確立できることを希望します。
・ 本人の希望と家族の希望が違う場合、確認するシステム。オンラインで問診や指導が可能な保険制度。
・ 毎日口腔ケア等で口腔内に触れられるということに慣れてもらう。
・ MCI、軽度認知症の方が歯科で病名を申告しなかったり、把握できないケースがある。中山間地では通院時の事故の危険もあり、マイナンバーカードで同意が得られたら病名の把握ができると助かる。定期的な口腔ケアでは時間がかかるので、加算点数などあれば助かる。認知症、MCI の方が口腔健康管理を行う重要性について、国民に啓発してほしい。
・ P 処置、基本検査をすることが難しいので、口腔ケアのみで算定できるようにしていただきたい。
・ 連携システムには保険点数の拡充とともに、高齢者の移動（公共交通は難しので）を改善していく必要が感じられます。本当に困っている人を少しでもお手伝いできるシステムの拡大をお願いいたします。
・ 現場での人員不足について、歯科医師及び歯科衛生士等の増員に対する保険制度が必要と思う。
・ 受け入れる場合にはマンパワーが必要。地域で受け入れの歯科医院を登録してもらい、その医院にはマンパワーのための助成を出していけるようにしてほしい。
・ 介護職の人員がもっと増えてきてくれると助かります。

＜歯科衛生士用＞

【連携システム】

・ 連携システムがあれば対応しやすいと思う。（訪問先の職員さんの協力が必要なため）
・ 認知症患者の口腔ケアは皆苦慮されていると思いますが、潜在患者を歯科が探すのは困難である。医科に通院しても歯科には通院しない場合が多いので、医科へ通院している患者については、近隣の歯科へ情報が伝わるシステムを構築してほしいと思う（患者、患者家族同意の上で）。医科から歯科への流れができると、患者の掘り起こしができるのではないかと思う。
・ 認知症の方との意思疎通ができないことが多く、保健指導や口腔ケアが困難となるので、そのような困難な状態に対応した医師との連携システムや保険制度があればいいと思います。
・ 認知症の患者さんで独居だと訪問日に家の中に入れないとか急変などの時に、どこにどのように連絡を取れば良いか等、全て（その患者さんに関わる）の職種で連携を取れるシステムがあれば対応しやすいと思います。また、そのシステム内で基本情報（保険証や服薬情報等）も共有できると対応しやすいと思います。
・ 認知症に特化した連携システムで、医科、歯科、ケアマネ、施設・家族の連携を図ることで患

者に必要な情報を一元化できると、それぞれの分野での患者へのアプローチがしやすくなるのではないか。
- 認知症の人を口腔ケアする専門の歯科衛生士との連携がとれる仕組み。
- 定期的に情報交換、情報共有の場があり、誰でも参加しやすく相談しやすい窓口があればと思います。
- 地域連携がスムーズにできる仕組みや、意見交換の場（ZOOM 等）でもあるといいと思います。（情報交換）
- 重度の認知症の方の訪問診療は経験がないので困ったことはないです。ご家族で認知症をあまり公にしたくないと思っている方も多いので、軽度のうちにいろいろ相談しやすくなるといいと思います。認知症歯科受診相談窓口があると、認知度に応じた対応のできる一次医療センターなどへの紹介ができ、連携が取れて対応できるのではないかと思います。
- 事前に基本情報やアセスメントシートなどを提供していただき、ご本人についてある程度把握した上で実施していますが、問題が発生したときなどに、必要に応じて多職種と連携しやすい体制やネットワークがあれば良いと思います。
- 施設、担当ケアマネジャー、家族の方など、その他その方に関わる方との連携が重要と考えます。事前に情報共有することで対象者への指導方法も少しでも良いもの（対象者にあったもの）になるのではと思います。関わる人がそれぞれの立場で助言でき、その人（対象者）をみていくことができると良いです。上記を踏まえて、システム等があるとスムーズな対応ができるのではと考えます。
- 居宅で生活しているとはいえ、何らかの認知症があると考えられる。本人に関わるケアマネジャー・ヘルパー・リハ職・家族等含め多職種で総合的に連携を取るシステムを作り、見守っていく。
- 安全な治療、安心できる対応策などアドバイスしてくれる窓口。

【患者情報等の管理・ICT の活用】
- 訪問を行っている多職種間での連携において、患者情報を義務的に共有するシステムがあれば対応しやすくなると思います。
- 保険証類の確認書類が多く、期限もバラバラなため個人で管理が困難な方の連携システムがあると良い。在宅の方が自宅に居るのかケアマネさんがアプリ等を使って把握できるようなシステム。見守り、留守、外出を判定できるようなセンサーの応用。治療内容、予約、会計、投薬などの伝達事項をスムーズにご家族、ケアマネさん、ヘルパーさんに伝えられるシステム（情報共有システム）。
- 地域で多職種と連携するため紹介施設や改善策を知る場を各医院で把握、確認できるようにフォーマットなどの作成。
- 担当ケアマネや多職種との情報共有の機会。書面や会議ではなく IT ツールを利用したシステムがあれば、リアルタイムの情報を伝えやすく、拾いやすいのではと考える。
- 多職種間、施設、介護支援員、ご家族、地域全体で情報共有できるシステムツール。
- 各連携機関、家族とのオンラインでの情報確認できるシステム。
- 家族やケアマネ、その他の介護サービス業者など相互で訪問予定の共有ができるシステムが確立されると良いと思います。
- オレンジ手帳や連携パスの活用を広めていく。情報共有ツールの作成など。
- サービス担当者間での連携を密に図るための ICT システムの普及（MCS 等の利用が当たり前になれば良い）。

【多職種連携】
- 連携した他職種はあるが、現場にて顔合わせする機会が少ない。もう少し話せる環境があればよいと思うが、今の状態ではカンファレンスの時間がとれない。他職種のカンファレンスの費用が十分には払われていないので、他職種が集まるのは難しい。
- 保険証やお金の管理を代理で行ってくれる CM 等が必ずいてほしい。
- 認知症患者に実地指導を行っても、なかなか OH 改善には結びつかず、ケアマネジャーに報告しケアプランから働きかける仕組みになっていますが、医療機関が実際に普段口腔ケアを行っているホームヘルパーに指導を行えると、OH 改善につながると思います。
- 当院は高齢者施設から通院される方が多いのですが、患者さんは車イス、病気を多く抱えている。長期通院は難しそうな方でもご家族がしっかりした治療を望んでいたり、逆にこちらにお任せといったことはよく見かけます。施設の方もご家族には強くいえないということ、こちらも患者さんご家族に説明する機会もないので、間をつなぐ何かがあれば良いなと思うことはあります。
- 多職種連携が必要であると思われます。
- 全体として連携を密にしていく必要があると思います。
- 上下義歯入れているが、右 or 左の残存歯ばかりで噛んで、残存歯がボロボロになってしまう患者さんについて、、、ヘルパーさんに毎回でなくても食事の時にバランスよくかんで食べているか等チェックしてもらうと少しは違うのかなと思います。実際に食べてるときに言われた方が、患者さんも分かるかな、理解しやすいかなと思うので。
- 歯科への認知度がまだ低いので、多職種の方に歯科の重要性を理解していただき、連携できればと思います。
- 歯科が訪問できるのは多くて月 2 回。それ以外の日の口腔ケアは家族やデイサービスの方が行っていると思うので、その人たちに正しい口腔ケアの仕方などを指導できれば、誤嚥性肺炎を予防できると思います。
- 施設であれば必ず普段受け答えに慣れている方が近くにいてくれるとありがたいと思います。
- 口腔ケアで訪問したときに拒否されることがある。施設の介護スタッフの協力があれば良いのですが。
- 患者の情報（身体・認知・行動・家族（介助者））など、なるべく詳しい情報をケアマネなど多職種の方と共有できると良い。認知症の対応に慣れた DH、アシスタント、症状を理解された歯科医師で訪問チームを組めると良い。
- 医療と介護の密な連携。
- 医療、介護との情報共有。
- 医科との連携がほとんどないため、家族を介して情報を得ることが多いので、詳しいことが分からない。密に医科との連携を取りたい。
- これから独居の認知症患者さんが増えると考えられますので、患者さんに近しい専門職に現場で立ち会いをしてもらえると、安心して訪問できると思います。
- ケアマネさん、施設、私どもの連携がしっかり取れていれば。
- ケアマネジャーとの連携、他職種との連携。
- ヘルパー等介入されているサービスとの徹底した連携。

【家族やキーパーソンの協力等】
- 本人の意思決定が困難なので、キーパーソンになる方の意見を尊重して進めているが、たまに他の家族から違う提案をされることがあるので困ってしまうことがあります。ケアマネさんの存在はすごく重要で、しっかりした情報提供をいただけるよう、ケアマネさんとの連携はすごく必要になってくると思いますので、そこの連携は訪問を行っていく上ですごく大切なことだと思います。認知症の方への対応で、認知症対応加算みたいのがあると良いかと思います。今後、多数歯残存・口腔内トラブルを持つ認知症の方も年々増加していくと思われますので、歯科全体でも認知症についての知識習得のための研修会なども必要だと思います。
- 認知症患者の方は、主訴の把握や場所（患部）の特定が難しい場合があるので、普段の様子や痛みの訴えがあった時を知るご家族または施設職員、ケアマネジャーなどがついていてくれているとありがたいです。主訴の伝達や患部の特定がよりスムーズにできます。

・　患者により近い家族または患者が心を開いている人に診療時にサポートしてもらえると患者も安心して行動してもらえるのでは。初診時など医療者として理解してもらえないこともあるので。
・　キーパーソンの方やケアマネジャーの方が関わってくださるので、困ったことはありません。
・　ご本人の意思疎通が取れない場合はご家族の協力が必要。ご家族と同居されていない場合には連絡を密にすることが必要だが、なかなか連絡が取れないこともあり、その点をクリアできれば、今後対応しやすくなると思う。
・　ご本人と奥様との予約の都合を合わせるのが難しいこと。

【認知症への理解・研修等】

・　認知症についての勉強会があればいいと思います。
・　進行していく認知症状に寄り添うことができれば困ることはないと思う。目の前の認知症高齢者の生活状況、身体状況、ステージ等をくみ取り、必要とされているケアと治療を提供していくことができるように、歯科医療従事者はなるべきだと思う。制度以前に認知症高齢者とのコミュニケーションと必要とされる最低限の治療を学ぶべきだと考える。
・　身体介助サービス内における、口腔ケア介入と技術、知識の向上。ADL 低下、廃用性進行による本人の歯磨きに対する意識低下。
・　講習会などを通じて勉強する。
・　レビー小体ならレビー小体型、アルツハイマーならアルツハイマー型で個別のマニュアルがあれば助かります。
・　システムや制度の体制を整えることは大切なことですが、認知症の方に対応できる、また認知症のことをより理解できる歯科衛生士の養成も必要と感じています。積極的な研修会の参加が望まれるところです。

【インセンティブ等】

・　予定している時間通りに始められないことも多々あり、だからといって予定している内容はしっかりやりますので、そのことなどを評価していただけるとありがたいです。
・　訪問歯科における中度の認知症患者の回数制限がなくなるといい。
・　認知症診断のある方は、保険点数がつけば（DH 居宅療養管理指導に）単独での DH 訪問が、もっと広がるのではないかと思っています。
・　認知症に特化した保険制度。
・　認知症初期患者への対応と医科との連携。家族への周知の方法の改善。診査・診察の場合、相談のみの場合保険の適応。衛生士のみでの訪問の際、時間のよりかかる場合が多くなるが、加点ない。数が多く重労働であるのに、逆に点数が一人あたり減点となっていく。結果、数の限定につながり目的に合っていない。
・　認知症加算など保険を改定してほしい。
・　認知症の方は、自分の保険証に注意を払っていない場合が多いため、保険証の変更の申し出もない場合が多いです。変更の一つである負担割合など、一律にしてもらえると助かります。医療保険、介護保険ともに人によって違うので、本人にも医療従事者にもわかりやすく統一してもらえると手間が省けて良いです。
・　認知症の方には何回も同じことを繰り返し指導することによって、口腔内を現状維持もしくは改善することができるので必要と考える。長期間に渡り、管理指導を行えるように認めてもらいたい。
・　認知症の方においては繰り返しが必要とされるため、4 回/月しばりの再検討をお願いしたい。
・　認知症の方の口腔ケアは大変で時間もかかるので、特化した保険制度があればと思います。
・　認知症の進行度により対応に時間がかかるため、コストパフォーマンスが悪くなってしまう。分類による加点があってもいいと思う。
・　認知症に特化した保険制度があると、保険内での治療もやりやすくなること。利用する方も増えることで、サービスの提供が増える。歯科衛生士の技術向上のため、認知症について学べる場を設けること。
・　認知症に特化した保険制度。
・　認知症に限らず介護に携わる方は気苦労されていると思います。ことさら人格が変わってしまうような認知症の方を診ていくのは、情報を把握し準備した上で、関わっていくことになります。なので、正直敬遠されるような先生方や衛生士さんが少なくないのではと思います。これからますます訪問診療、口腔ケアが必要になっていく中で、そういったところにもっと優遇されるような手当などがあれば、現場は頑張れるかと思います。
・　認知症によるケア困難な方を指導診療する場合は、時間・技術・人手がかかるので、保健加算等を示して、地域の熱意ある歯科医師および歯科衛生士たちの意欲が下降しないように支援・推進していただきたいです。
・　二人でできる歯科保険制度が必要。一人ではできないことが多い。
・　通常より時間も労力もかかる認知症の口腔ケアですが、他の方との単位数に差を付けてほしい。
・　中～重度認知症により特別な配慮、手技を用いて口腔ケアや実施指導を行った場合に加算が算定できると、より丁寧に対応しやすくなります（単独訪問含め）。
・　多職種でのサービスの単位に口腔ケアを入れてほしい。（身体介護等の時間がなく、口腔ケアをお願いすると自費になってしまうため）認知症に特化した病院・施設等に歯科衛生士の配属。看護師同様、吸引が歯科衛生士でもできるようにしてほしい。
・　重度の認知症患者に対する加算。疎通困難者に対する医療受診のサポート（介護保険での立ち会い等）
・　時間（20 分）のしばり減少、15 分とか 10 分なら可能です。
・　歯科関係者側にも認知症についての知識の差が大きくあります。特に食支援における認知症の方への対応は、歯科が中心となり多職種や介護者との連携が不可欠であります。そのために多くの時間をかけています。特に歯科衛生士は、認知症の方との関わる時間も長くなっています。認知症対応に特化した認定制度や認定を持った歯科衛生士の保険点数の加算があってほしいと思います。
・　最近では病院内に歯科を有しない病院の患者さまも依頼があるため、治療に入るまでの時間が長くかかります。診療したくても 1 日に 5, 6 人の居宅の中に病院の患者さまも入りますので、当院としての診療件数は上げられず、根治するにも口腔ケアにしても、主治医および看護師さん等への説明もあります。重度の高い方への訪問を請け負う歯科では、点数の差別化をしてほしいと思います。1 日 5-6 人で診療点数が 9000 点以下で、朝 9：00-20：00 に診療所に帰るくらい時間はかかり、昼休みは 40 分ほどになります。スタッフの残業手当等も多く、今のままでは簡単な口腔ケアをホームで何人も行うだけの訪問になるしかない状況です。改善するべきホームの口腔ケア、歯ブラシを束で持ち、1 人 10 分はかからないような診療との区別を願います。
・　口腔ケアや機能管理に際し困難な場合が多いため、特別加算があれば良いと感じています。
・　現状の点数、単位数では時間のかかる患者の十分な対大生は難しい。口腔内を専門的に守っていきたいが、ボランティアの部分が多くなり継続的に取り組めない。今後の超高齢化社会に向けて検討お願いします。
・　拒否が強くアセスメントもとれない場合は、変更し、またアポイントを次回とすることも多々ある。そういった場合の対応加算を考えていただきたい。人件費と交通費だけかかって赤字になっている。認知症の困難加算も割に合うように考えていただきたい。
・　介護サービスが重なっても、単位が算定できるようになると良い（ヘルパーなど多職種）。
・　家族やケアマネジャーや施設スタッフに治療の内容についての説明を時間をかけてしているので、その時間と手間が点数化されるといいのではないか。

・　ご家族と連絡が取れない場合はケアマネや関わる看護師らと情報交換は常にするようにしているが、介護するご家族の対応に困ることもあり、認知症の方と関わるための時間やご家族に説明する時間を要するため、加算など保険制度の優遇があると助かる。
・　20 分という時間をなくしてほしい。

【困難事例】

・　予約日を忘れて訪問予定が立てられない。
・　窓口負担が多くなり、断られるケースが多くなった。
・　意思の疎通がうまく合わず時間を取り過ぎる。たまに手を出したり、小さな暴力をされることがある。
・　はじめは拒否感が強いが、しばらくして慣れてくださる人もいる。一方、なかなか前に進まない方もおられ時間がかかります。口がなかなか開かず（開けてくれなくて）、治療ができない、指示が通らない時があり、義歯作製が大変である。義歯を作製していても付けてくれない場合があり、家族に説明を十分にしておかないとトラブルになる。

【その他】

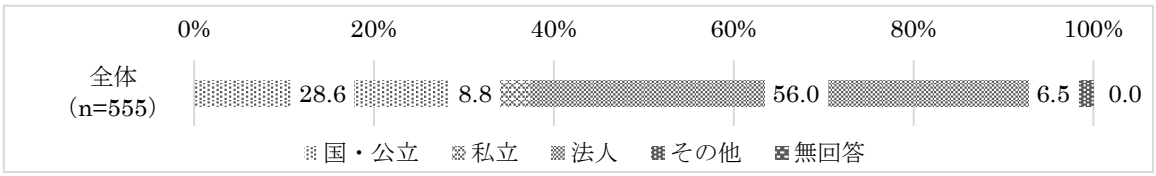
・　毎日口腔ケア等で口腔内に触れられるということに慣れてもらうこと。
・　訪問歯科を行っている歯科医院として、保健所の名簿に登録してある歯科医院も実際は外来がメインで、依頼しても対応できないのが実情である。認知症の方の介護をされている家族にとって、歯科医院に連れて行くのは大変なので、研修を受けられている歯科医師で、訪問可能な歯科医院を検索できるホームページがあればいいと思います。
・　認知症症状が分かるアセスメント等。
・　認知症や高齢者の方々が安心して通える歯科医院造りやそういった方々へやさしい地域づくりができるような取り組みができるような環境づくりができること。
・　歯科衛生士単独ケアにおいて、補助者（歯科助手など）がいればよりよい対応ができると思うことがある。
・　市役所 or 保健所で全体を把握しておいてもらえると助かります。
・　現在在宅にいる方は、ケアマネさんと連携し、なんとか形にできているように思います。歯科がない急性期病院からの訪問依頼が来ると困りごとが多いです。看護師さんは依頼の連絡こそしてくれますが、その他はノータッチ。保険証は？家族への連絡は？どんな食事してるの？どんなお薬使ってるの？などいろいろです。歯科と医科、介護などコーディネートしてくれる誰かがいるといいといつも思います。私は衛生士ですが、医療職でありながら小さい診療所の場合、衛生士が全てを把握しています。病院へ行き保険証のことを看護師に尋ねて、分からないといつも言われます。スムーズに診療に入れる仕組みがあれば良いと思います。衛生士は看護師以下の社会も何か変わってほしいです。
・　拒否や家族の理解が得られない等の時は困るが、CM や内科主治医と連携がとれている方だと思うので、介入はできていると考えている。地域で顔の見える連携が進む交流会や講演会が開催されれば良いと思う。
・　外出されていて留守ということが多いので、おのおのの患者さんに携わるケアマネジャーさんやヘルパーさんなどから声がけの協力が必要かと思います。外来を休んで伺うことが無駄になってしまうので。（当医院は次回の予約日、時間をカレンダーなどに貼ってきているので、他の方も見ていただきたい）
・　家族等（ケアマネ、ヘルパー）が立ち会うことが制度化。
・　家族への認知症に対する理解を得るための冊子など。
・　マイナンバーカードに介護保険証も入れてほしい。
・　認知症の初期の段階である程度の歯科治療が終わっていると助かる。義歯も作ったことを忘れない、着脱、管理など介助者がいる環境でないと困難。初期の段階での歯科受診を周知されると助かる。訪問歯科治療の場合、認知症はあるものと対応していて、認知症に特化したシステムはできていないような気がします。認知症の場合、ステージにより問題になる事柄が違ってくるので、認知症ではない方と比べて手厚い対応になると思います。基礎疾患とか合併があるとより困難になります。独居や介護力・経済力が低いとさらに困難になり、できることをできる範囲で行うことになります。遠方の訪問も同様ですが、認知症の治療、ケアに対する補助を考えていただけるとありがたいです。
・　医療との連携がほとんどできていない。医科、歯科の連携が取れていれば認知症早期の段階で治療を行うことができ、治療内容の幅も広がると思います。介護認定を受ける時点で歯科検診を取り入れ、口腔内チェック、口腔機能チェックをして、早期から歯科と関わる必要があると思います。
・　訪問時や内容よりも、連絡がスムーズに行かないことが多いと思われます。道路事情等で予定時間に変更が出た場合の連絡が、（ケアマネや地域の民生委員）代理人に伝えられるとよいと思います。高齢でしかも夫婦のみで生活をしている場合、対象者の配偶者も認知度が低下している場合があり、連絡が難しいことがある。認知症の診断を受けた場合、重度にならない時期に歯科とのつながりを作っておくことは重要と考えます。そのことについての広報が行き渡ると良いと思います。認知症と聞くと、食事したのにまだ食べていないと言う、、、等の症状はかなりの方々が知っていると思いますが、食べられなくなることもあるというイメージはないように感じます。口腔や摂食のトラブルに備える必要があることを広く知っていただくことは大事だと思います。
・　どの場面においても、歯科検診を必ずする仕組みが必要であると思う。
・　認知症の訪問診療をしている医院が少ない。患者さん宅に行くまでに何軒もの歯科医院の前を通ります。もっと沢山の医院が受け入れてくれれば時間のロスもなくなると思います。
・　認知症の歯科介入については各地域で専門職を配置して、できれば歯科中心のチームを作れば良いかと考えます。我々、個人開業医ではなかなか時間とマンパワーが不足していて、対応が困難になるのが現状です。各歯科医師会に専門の先生を非常勤で良いので派遣していただき、地区のステーションができればありがたいです。
・　近くの歯科医院で対応していただくと、私たちが行かなくても早くその方が治療を受けられるのではないかといつも思います。

4. 郵送調査：地域歯科医療機関（病院歯科用および歯科医療機関用）

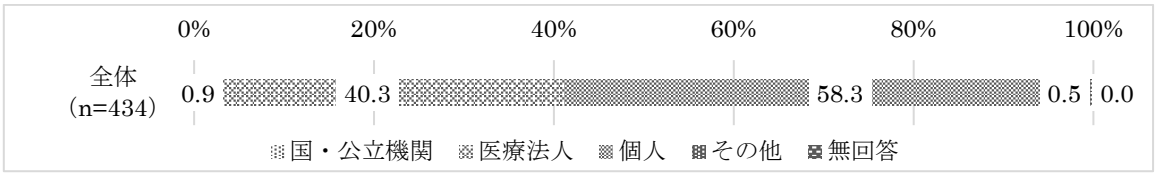
(1)　開設主体

回答があった地域歯科医療機関のうち、開設主体として最も多かったのは、病院歯科は「法人」56.0%、歯科医療機関は「個人」58.3%であった。

図表 1　開設主体＜病院歯科＞



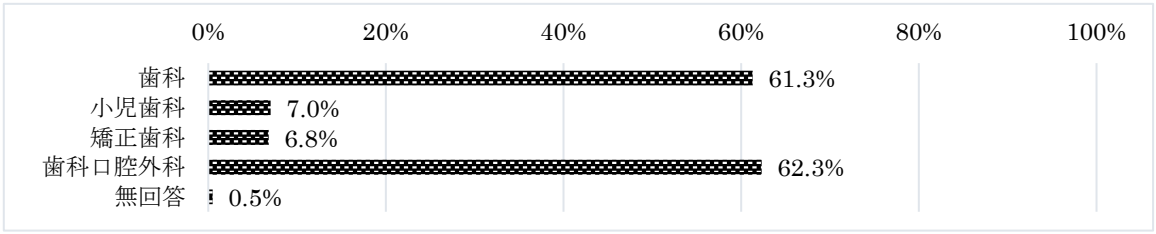
図表 2　開設主体＜歯科医療機関＞



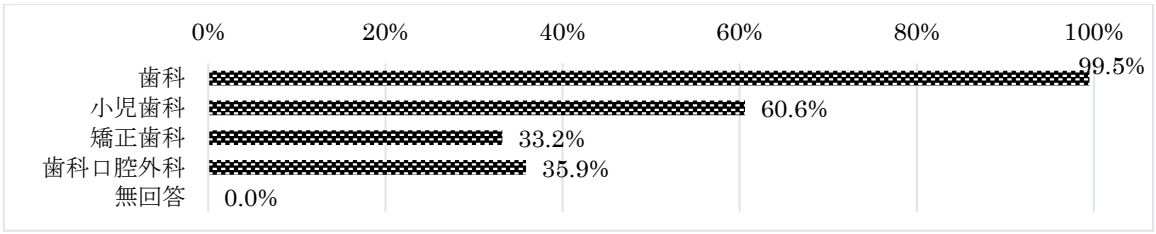
(2)　歯科部門の標榜診療科【複数回答】

歯科部門の標榜診療科は、病院歯科では「歯科口腔外科」が 62.3%、歯科医療機関では「歯科」が 99.5%で最も多かった。

図表 3　標榜診療科＜病院歯科（n=555）＞



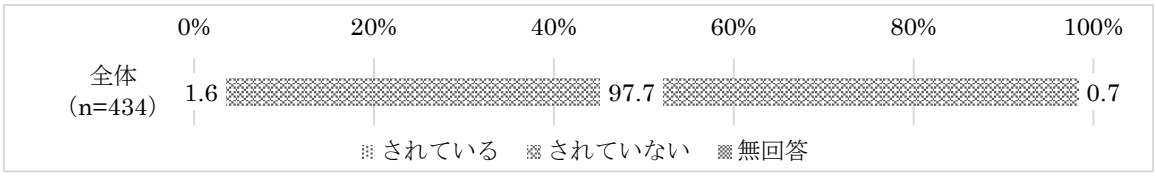
図表 4　標榜診療科＜歯科医療機関（n=434）＞



(3)　【歯科医療機関用のみ】医科医療機関の併設

回答があった歯科医療機関（434 ヶ所）のうち、医科の医療機関が「併設されていない」機関が 97.7%であった。

図表 5　医科医療機関の併設＜歯科医療機関＞



(4)　勤務する職種およびその職員数

勤務する職種およびその職員数は、以下の通りであった。

図表 6　職員数＜病院歯科＞

	常勤（人）	非常勤（人）
	平均±SD	平均±SD
歯科医師	3.3±7.9	6.2±59.5
歯科衛生士	3.2±3.1	1.3±1.4
看護師	0.8±2.9	0.3±0.8
歯科技工士	0.5±1.1	0.1±0.4
管理栄養士	0.0±0.4	0.0±0.0

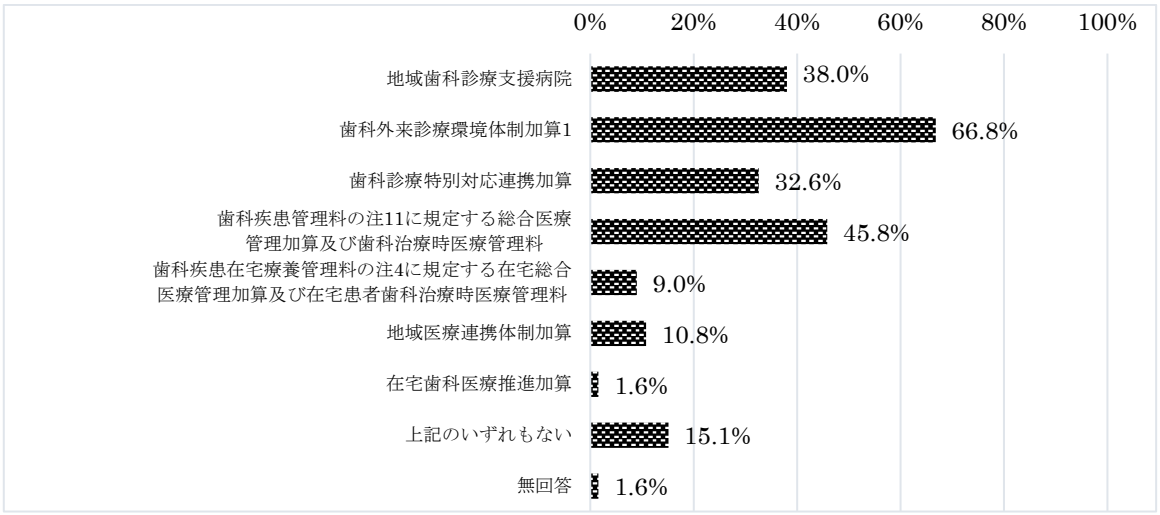
図表 7　職員数＜歯科医療機関＞

	常勤（人）	非常勤（人）
	平均±SD	平均±SD
歯科医師	1.7±1.6	2.2±3.0
歯科衛生士	3.2±3.4	2.3±2.5
看護師	0.1±0.4	0.0±0.2
歯科技工士	0.6±0.9	0.1±0.4
管理栄養士	0.1±0.5	0.0±0.2

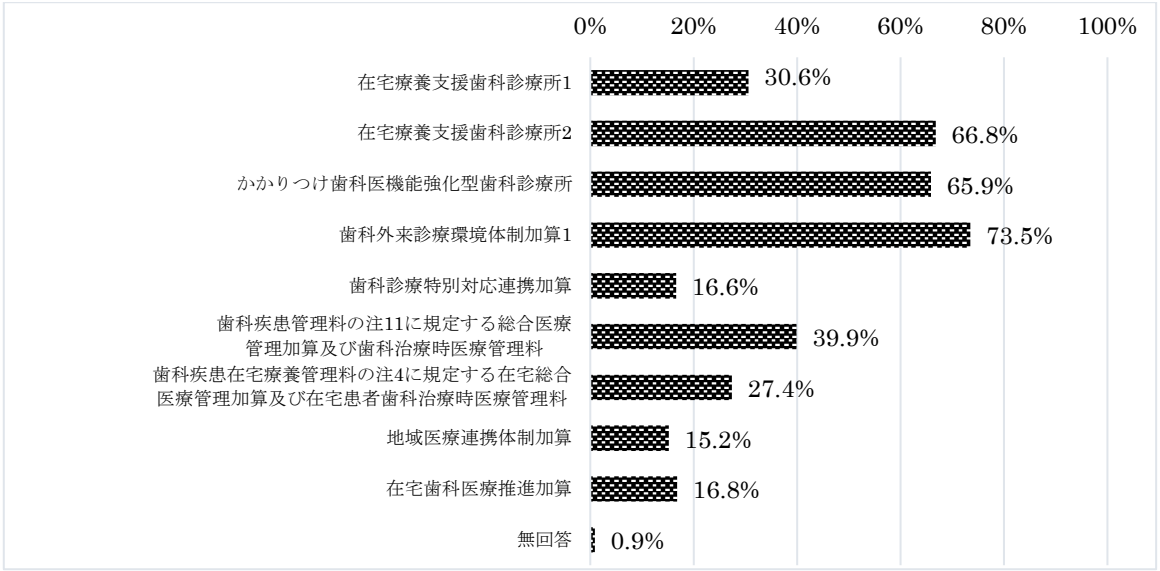
(5)　届出のある施設基準【複数回答】

施設基準においては、病院歯科では「歯科外来診療環境体制加算 1」66.8%、歯科医療機関では「歯科外来診療環境体制加算 1」73.5%が最も多かった。

図表 8　施設基準＜病院歯科（n=555）＞



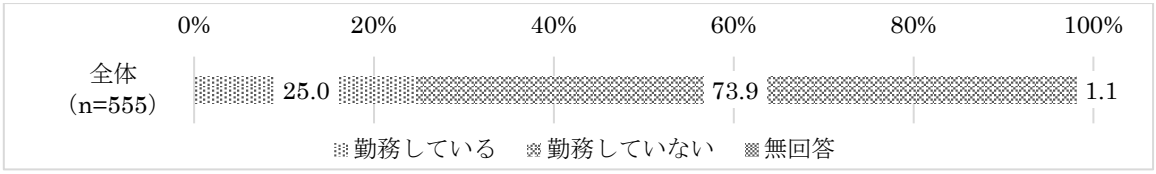
図表 9　施設基準＜歯科医療機関（n=434）＞



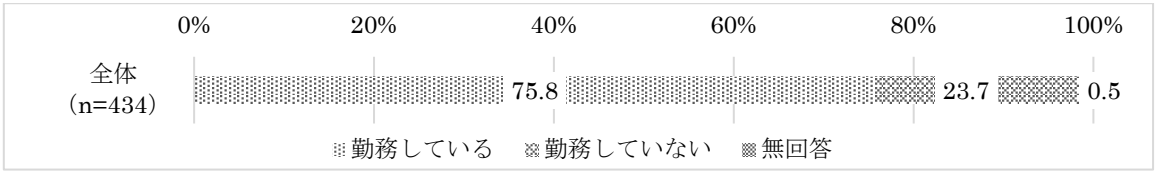
(6)　認知症対応力向上研修を修了（受講）者の勤務状況

回答があった地域歯科医療機関のうち、認知症対応力向上研修を修了（受講）した歯科医師・歯科衛生士が「勤務している」と回答したのは、病院歯科 25.0%、歯科医療機関 75.8%であった。

図表 10　認知症対応力向上研修終了者の勤務状況＜病院歯科＞



図表 11　認知症対応力向上研修終了者の勤務状況＜歯科医療機関＞



(7)　認知症対応力向上研修を修了（受講）者の勤務者数

認知症対応力向上研修を修了（受講）者が勤務している地域歯科医療機関（病院歯科 139 ヶ所、歯科医療機関 329 ヶ所）において、歯科医師・歯科衛生士の勤務者数は以下の通りであった。

図表 12　認知症対応力向上研修終了者の勤務者数＜病院歯科＞

	平均±SD（人）
歯科医師	1.5±2.1
歯科衛生士	0.7±1.6

図表 13　認知症対応力向上研修終了者の勤務者数＜歯科医療機関＞

	平均±SD（人）
歯科医師	1.2±0.5
歯科衛生士	0.8±1.5

(8)　外来診療患者数（直近 1 か月のおおよその実績）

外来診療患者数（実人数、延べ人数）は、以下の通りであった。

図表 14　外来診療患者者数＜病院歯科＞

	平均±SD（人）
実人数	432.8±515.0
延べ人数	824.2±1154.2

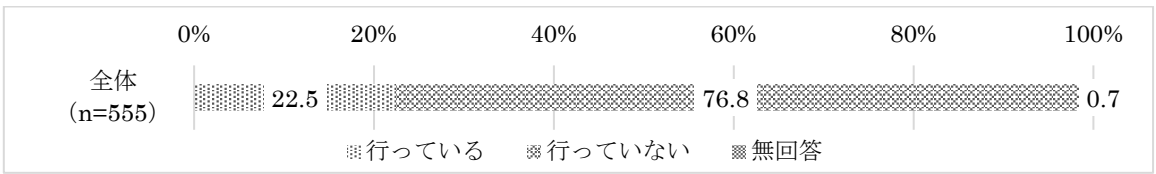
図表 15　外来診療患者者数＜歯科医療機関＞

	平均±SD（人）
実人数	452.4±498.3
延べ人数	757.2±839.2

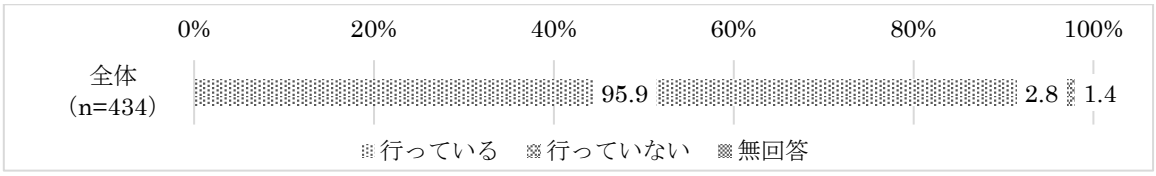
(9)　在宅（または施設）への訪問歯科診療の実施状況

回答があった地域歯科医療機関のうち、在宅（または施設）への訪問歯科診療を「行っている」と回答したのは、病院歯科で 22.5%、歯科医療機関で 95.9%であった。

図表 16　訪問歯科診療の実施状況＜病院歯科＞



図表 17　訪問歯科診療の実施状況＜歯科医療機関＞



（10）　訪問歯科診療患者数（直近 1 か月のおおよその実績）

在宅（または施設）への訪問歯科診療を実施している地域歯科医療機関（病院歯科 125 ヶ所、歯科医療機関 416 ヶ所）において、訪問歯科診療患者数（実人数、延べ人数）は、以下の通りであった。

図表 18　訪問歯科診療患者者数＜病院歯科＞

	平均±SD（人）
実人数	50.0±88.9
延べ人数	84.2±145.2

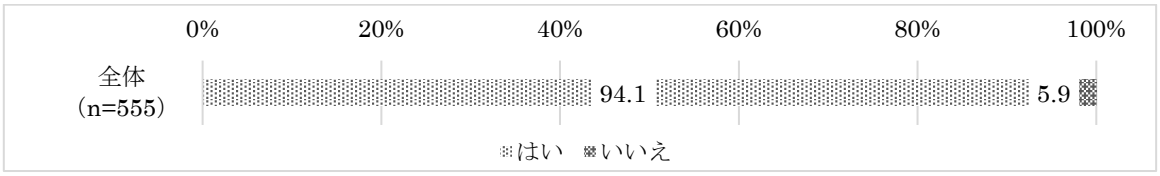
図表 19　訪問歯科診療患者者数＜歯科医療機関＞

	平均±SD（人）
実人数	67.2±160.6
延べ人数	138.2±359.3

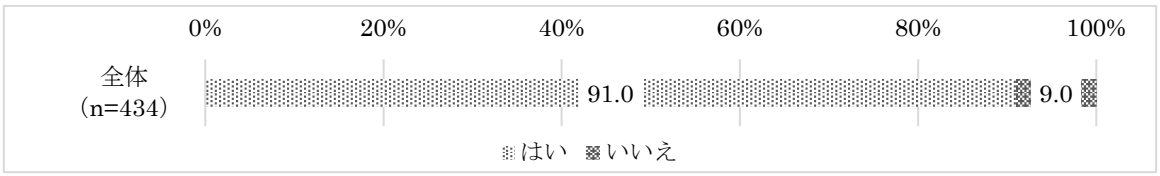
（11）　認知症の人の来院の有無

回答があった地域歯科医療機関のうち、認知症の人が「来院する（はい）」と回答したのは、病院歯科で 94.1%、歯科医療機関で 91.0%であった。

図表 20　認知症の人の来院の有無＜病院歯科＞



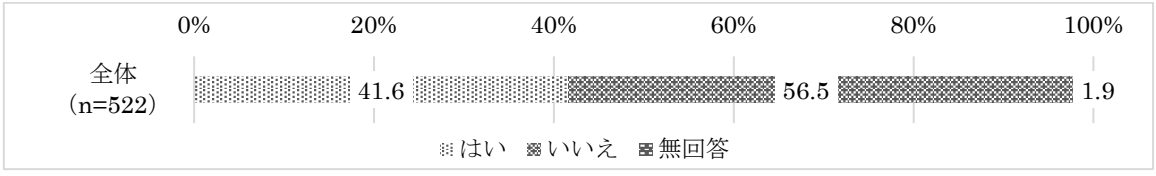
図表 3　認知症の人の来院の有無＜歯科医療機関＞



（12）　【病院歯科用のみ】院外歯科医療機関より認知症が原因の歯科治療困難事例受け入れの有無

認知症の人が来院する病院歯科（522 ヶ所）のうち、院外歯科医療機関より認知症が原因で歯科治療困難になった事例を紹介で「受け入れたことがある（はい）」機関は 41.6%であった。

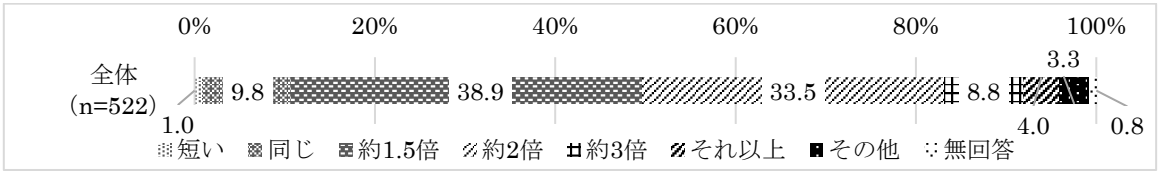
図表 21　院外歯科医療機関からの困難事例の受け入れ＜病院歯科＞



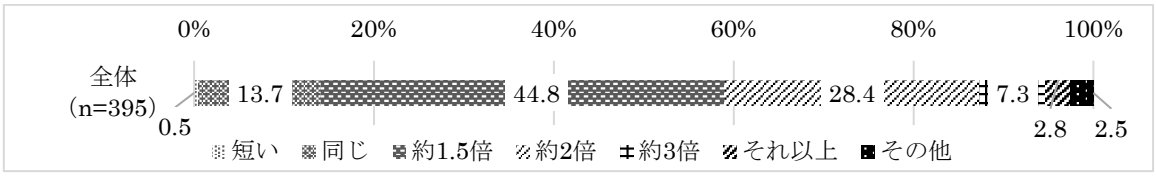
（13）　認知症の人の歯科治療における認知症ではない人と比較した診療にかかる時間

認知症の人が来院すると回答した地域歯科医療機関（病院歯科 522 ヶ所、歯科医療機関 395 ヶ所）のうち、診療にかかる時間で最も多かったのは「約 1.5 倍」（病院歯科 38.9%、歯科医療機関 44.8%）であった。

図表 22　認知症の人の歯科治療にかかる時間（診療）＜病院歯科＞



図表 23　認知症の人の歯科治療にかかる時間（診療）＜歯科医療機関＞



その他の内容は、病院歯科、歯科医療機関ともに「認知症の重症度による」という回答が多かった。回答は以下の通り。

＜病院歯科＞

- 症例によるものの、1.5～3 倍かかる。
- 認知症の病状や進行度によって。通常の診療できる人も多い。
- 認知症の程度でかなり異なる。外来:抜歯が主なので同じ。入院:病棟での管理は時間がかかっていると思う。
- その時々で異なる
- ケースにより異なるので不明（家族同伴、認知症の程度等）（他 2 件）
- 主にがん治療なので家族あるいは施設の方への説明が中心です。
- 基本的には家族等の付き添いがあるので変わらない。（他 1 件）
- 認知症の歯科治療は行っていないため不明
- 全身麻酔下で治療
- 短い時間で対応し、受容困難な場合は日を変えて実施
- 歯科治療は行っていない
- 分からない（他 2 件）

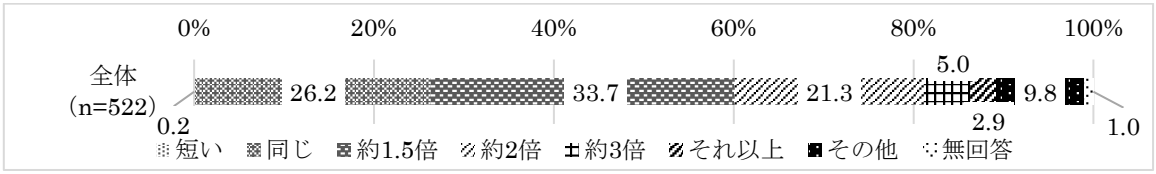
＜歯科医療機関＞

- 認知症ではない人でも人それぞれの理解度が異なるので一概に多くかかるとは言えない。
- 内容による
- 現在認知症と思われる患者は何人かいるが、ほとんどが SPT や歯周病治療ため治療に対する時間については解答できない。
- 認知症の人による（他 1 件）
- 総義歯の方お一人、娘の付添いがあるため時間はほぼ同じ。
- 認知症の程度、従命の程度、診療台に乗れるか否かの身体状況等で大いに異なる（約 1.5 倍）
- 認知症症状の度合いによりますが。
- 症例により異なるが 1.5～2.0 倍
- 認知症の程度により違います。

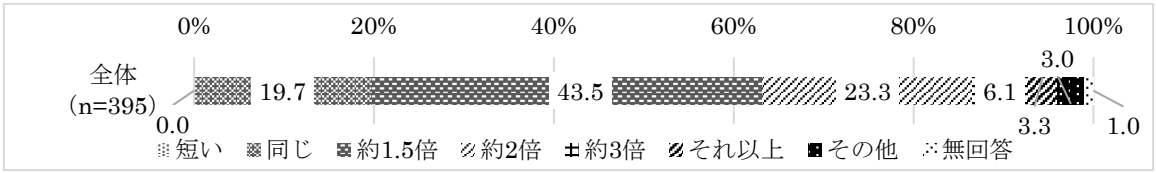
（14）　認知症の人の歯科治療における認知症ではない人と比較した受付業務にかかる時間

認知症の人が来院すると回答した地域歯科医療機関（病院歯科 522 ヶ所、歯科医療機関 395 ヶ所）のうち、受付業務にかかる時間で最も多かったのは、病院歯科は「約 1.5 倍」33.7%、歯科医療機関は「約 1.5 倍」43.5%であった。

図表 24　認知症の人の歯科治療にかかる時間（受付業務）＜病院歯科＞



図表 25　認知症の人の歯科治療にかかる時間（受付業務）＜歯科医療機関＞



その他の内容は、病院歯科では「受付業務は別部門のため不明」、歯科医療機関では「付き添い人が行う」という回答が多かった。回答は以下の通り。

＜病院歯科＞

- ケースによる
- その時々で異なる
- その人の置かれた生活環境（保険や家庭、家族等の保護者、後見人）等によって大きく異なる。
- 付き添いの方がいる場合は同じ
- 家族または施設の方が同伴されるので問題ないです。
- 多くの場合は、付き添いがいる
- 必ず家族の付き添いを必要としているのでわからず。
- 本人が関わらない、受付業務にかかる時間は健常者と変わらない。
- つきそいの方とのやりとりがほとんどのため比較できない。
- 多少長くかかる人もいますが、他の患者と同じレベルである。
- 入院患者や付き添いがいるため不明。
- 入院中の認知症患者しか扱わないので、予約、支払いは患者さんがしないため不明
- 認知症の程度、同伴者の有無次第。（他 1 件）
- 受付業務は別部門のため不明（他 12 件）
- わからない（他 7 件）
- 確認しておりませんが、長くかかると思われます。
- 歯科治療は行っていない
- 認知症の歯科治療は行っていないため不明
- 入院患者さんを主体に診ているので不明（他 1 件）
- 入院患者のみ治療の為、医科請求と同時（月 1 回）。
- 入所施設の歯科のため、受診時に受付業務にかかる時間はほぼありません。

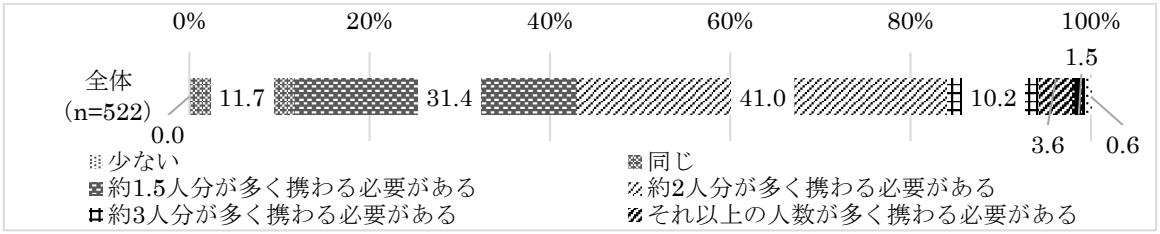
＜歯科医療機関＞

- 娘さんが付添い全て行ってくださるので同じ。
- 認知症の患者はほとんど付添あるので問題ない。難聴の人は時間が 2 倍かかる。
- 家族が支払うので、ほぼ同じくらい
- 時間は同じ、必ず付き添いがいるので問題はない。
- 付添がいる場合が多い。単独は少ない。
- 認知症ではない人でも人それぞれの理解度が異なるのでいちがいに多くかかるとは言えない。
- 内容による
- 認知症の人による（他 1 件）
- 通院お一人の方は予約など大変ですね。（時間、日にち通りに来られず、突然来ることも）
- 少々長め、1.2 倍か

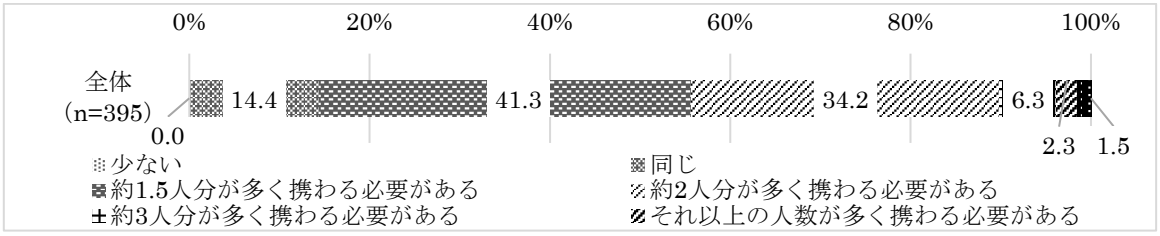
（15）　認知症の人の歯科治療における認知症ではない人と比較した労力

認知症の人が来院すると回答した地域歯科医療機関（病院歯科 522 ヶ所、歯科医療機関 395 ヶ所）のうち、労力の大きさで最も多かったのは、病院歯科では「約 2 人分が多く携わる必要がある」41.0%、歯科医療機関では「約 1.5 人分が多く携わる必要がある」41.3%であった。

図表 26　認知症の人の歯科治療にかかる労力＜病院歯科＞



図表 27　認知症の人の歯科治療にかかる労力＜歯科医療機関＞



その他の内容は、病院歯科では「認知症の重症度による」、歯科医療機関では「治療内容によって異なる」という回答が多かった。回答は以下の通り。

＜病院歯科＞

- 認知症の程度・協力度・指示に従命できるかによる。
- 認知症の程度によるので判断困難
- 全身麻酔下で治療
- 認知症の歯科治療は行っていないため不明
- 歯科治療は行っていない
- 分からない（他 2 件）

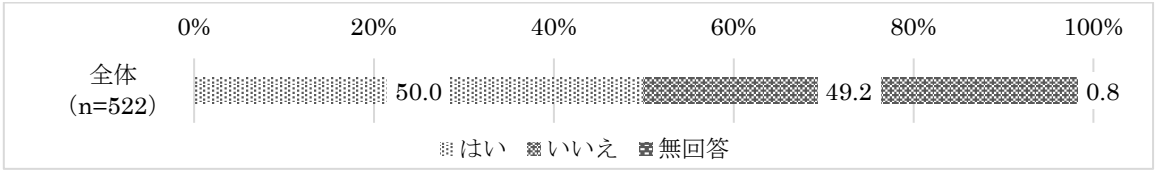
＜歯科医療機関＞

- 治療内容により異なります。（他 1 件）
- 説明は程度によって変わります。付添いの方がいらっしゃれば良いのですが、文書には必ず残します。
- 家族・介助者の付添いにより大きく異なる（約 1.5 倍）
- 人により変わる
- 積極的な歯科治療を行ったことはほとんどない。歯の清掃が多い。

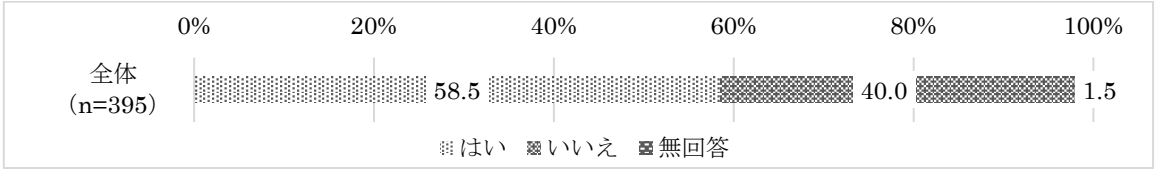
（16）　担当する認知症の人の歯科治療での困りごとの有無

認知症の人が来院すると回答した地域歯科医療機関（病院歯科 522 ヶ所、歯科医療機関 395 ヶ所）のうち、「困りごとがある（はい）」と回答したのは、病院歯科 50.0%、歯科医療機関 58.5%であった。

図表 28　認知症の人の歯科治療での困りごと＜病院歯科＞



図表 29　認知症の人の歯科治療での困りごと＜歯科医療機関＞



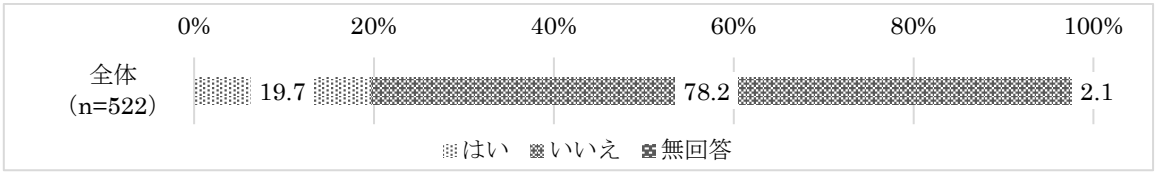
(17)　認知症の人の歯科治療での困りごと【自由記載】

回答は、病院歯科、歯科医療機関、それぞれカテゴリごとにまとめた（P.84 参照）。

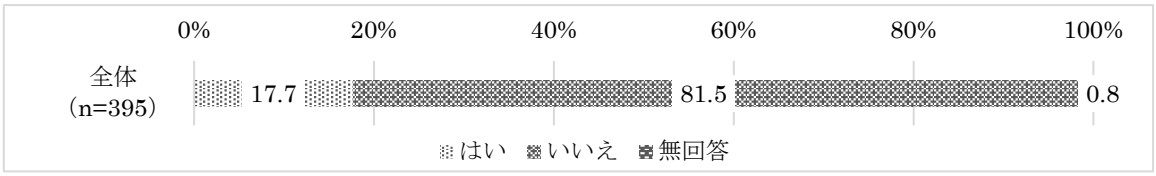
(18)　認知症の人の歯科治療で歯科の紹介先または医科の連携先がなくて困った経験の有無

認知症の人が来院すると回答した地域歯科医療機関（病院歯科 522 ヶ所、歯科医療機関 395 ヶ所）のうち、「困ったことがある（はい）」と回答したのは、病院歯科 19.7%、歯科医療機関 17.7%であった。

図表 30　認知症の人の歯科治療での困りごと＜病院歯科＞



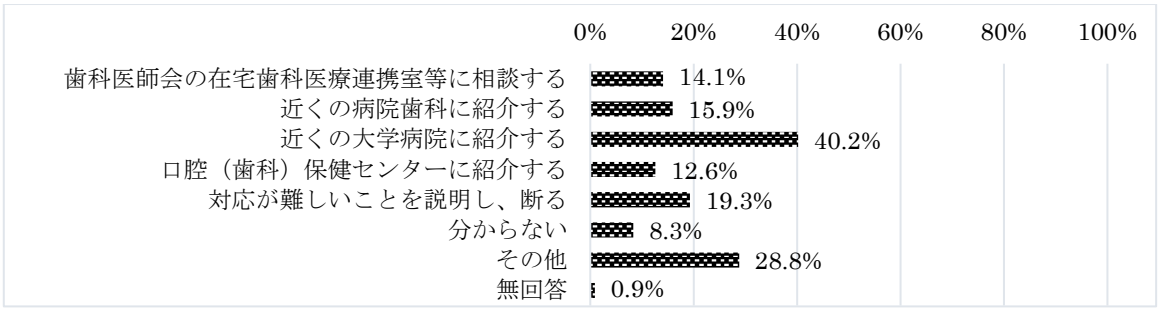
図表 31　認知症の人の歯科治療での困りごと＜歯科医療機関＞



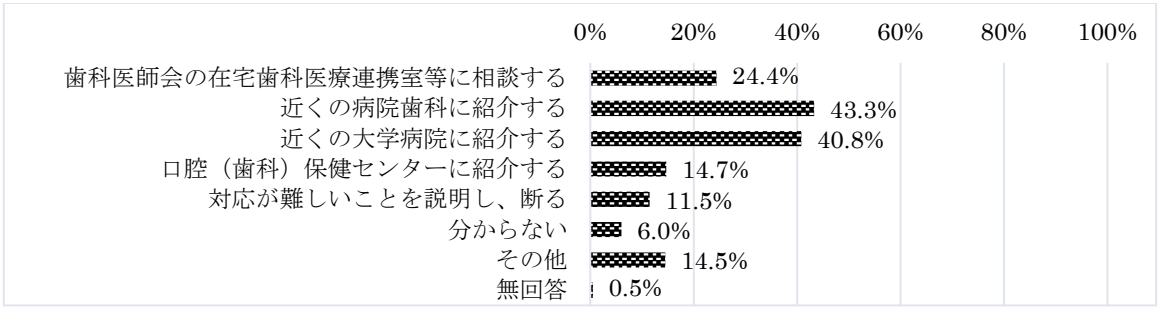
(19)　認知症の人の歯科治療に対応できない場合の対応【複数回答】

認知症の人の歯科治療に対応できない場合の対応では、病院歯科では「近くの大学病院に紹介する」40.2%、歯科医療機関では「近くの病院歯科に紹介する」43.4%が最も多かった。

図表 32　対応できない場合の対応＜病院歯科（n=555）＞



図表 33　対応できない場合の対応＜歯科医療機関（n=434）＞

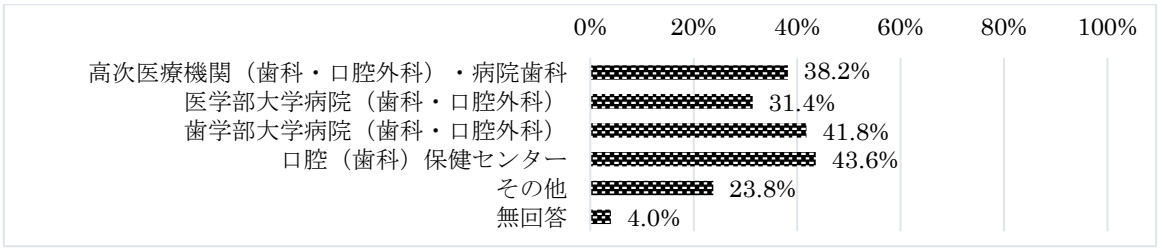


その他の回答は、病院歯科、歯科医療機関、それぞれカテゴリごとにまとめた（P.92 参照）。

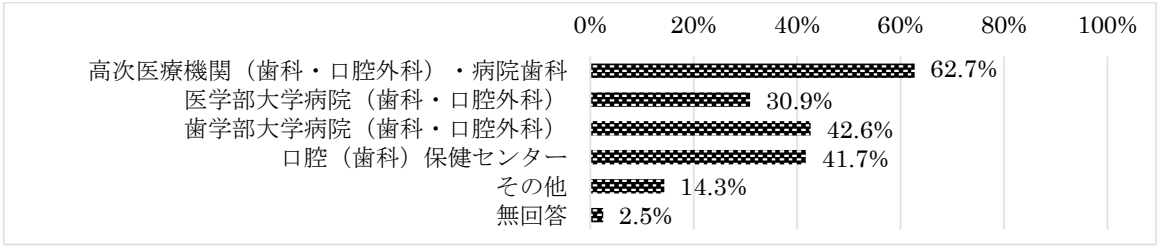
(20)　認知症の人の歯科治療に対応できない場合の受け入れ先として望ましい連携機関【複数回答】

認知症の人の歯科治療に対応できない場合の受け入れ先として望ましい連携機関は、病院歯科では「口腔（歯科）保健センター」、歯科医療機関では「高次医療機関（歯科・口腔外科）・病院歯科」が最も多かった。

図表 34　対応できない場合の対応＜病院歯科（n=555）＞



図表 35　対応できない場合の対応＜歯科医療機関（n=434）＞

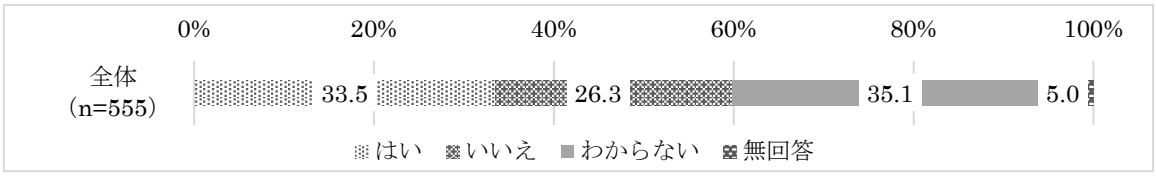


その他の回答は、病院歯科、歯科医療機関、それぞれカテゴリごとにまとめた（P.94 参照）。

(21)　【病院歯科のみ】認知症が理由の歯科治療困難事例を紹介された場合の積極的な受け入れの可否

認知症が理由による歯科治療困難事例を紹介された場合の今後の積極的な受け入れについて、「わからない」が 35.1%と最も多く、次いで「受け入れ可能（はい）」が 33.5%であった。

図表 36　対応できない場合の対応＜歯科医療機関（n=434）＞



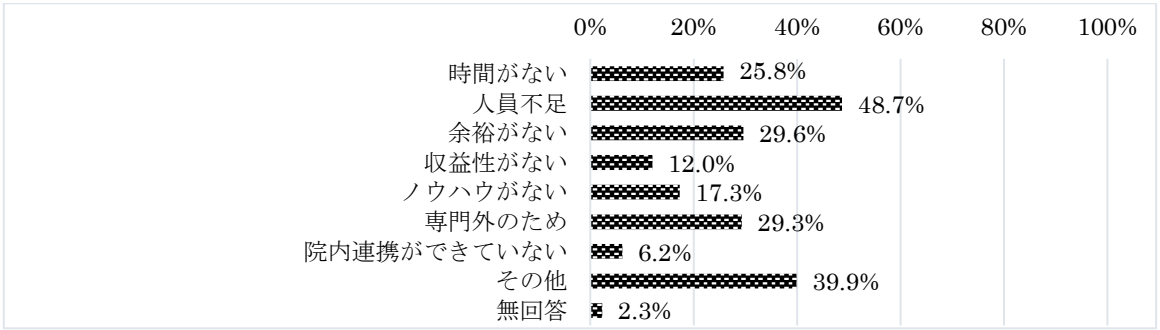
(22)　【病院歯科用のみ】受け入れ体制・システム・工夫等【自由記載】

認知症が理由による歯科治療困難事例を紹介された場合の積極的な受け入れ「可能」とした歯科医療機関（186 ヶ所）から回答を得られた、受け入れ体制・システム・工夫等について、カテゴリごとにまとめた（P.98 参照）。

(23)　【病院歯科用のみ】受け入れ困難の理由【複数回答】

認知症が理由による歯科治療困難事例を紹介された場合の今後の積極的な受け入れを「困難」と回答した病院歯科（341 ヶ所）のうち、「人員不足」48.7%を理由としたものが最も多かった。

図表 37　対応できない場合の対応＜歯科医療機関（n=341）＞



その他の回答は、カテゴリごとにまとめた（P.101 参照）。

(24)　認知症の人の歯科治療に関する課題【自由記載】

回答は、病院歯科、歯科医療機関、それぞれカテゴリごとにまとめた（P.103 参照）。

(17) 認知症の人の歯科治療での困りごと

＜病院歯科＞

【治療時の困難：インフォームドコンセント】

- 同意が困難。（他 7 件）
- インフォームドコンセントがとれない。
- 家族が付添いで来ないケースがあり、治療の同意取得が難しいことがある。
- 非協力。愁訴の症状把握が困難。同意について（キーパーソン不在の場合は特に）困る。
- 家族など保護責任者の同伴がない場合。コロナ禍では保護責任者が来院されての IC は難しい。
- 治療に対する家族の希望がハイレベル。治療のための同意を得ることが難しい。
- 時間がかかる。同じ内容を繰り返し説明しても理解が得られない。治療内容が制限される。付添いの家族により、対応がさらに大変になる。同意書が書けない。方針決定ができない。
- 治療を理解してくれない。治療の許可を家族に取るため、時間がかかる。
- 手術等の同意書を取得する場合、家族が同伴していればいいが、適当な人がいない場合。複数回の診療を行う時、前回説明した内容を理解していない、忘れてしまった場合。
- 受付業務、説明、治療について本人に対して同意が得られないため、責任の所在が不明確なこと。
- 説明と同意が取れない。家族への説明ができないことが多い。一人での来院や入院患者さんなど。
- 初期～軽症の AD もしくは VD で独居等で自覚症状がなく付添いのないケースは（数は少ないものの）臨床では IC で困るケースがある。
- 独居でご家族が介護放棄されている場合が多い。インフォームドコンセントを行うために、ご家族に一緒に来院を促すも拒否が多い。老健施設に預けっぱなしで連絡が取れない。（介護放棄）
- 抜歯の同意を家人に電話で得る。
- 抜歯・医療方針の同意取得。（入院中だと家族の付添いがないため）拒否、易怒性による治療の困難さなど。
- 一度ご同意をいただいても、次の時には忘れていらっしゃることがある。ご家族の協力も必須であるが、老々介護などキーパーソンの方も軽い認知機能の低下がある場合があり、治療計画の同意確認が円滑に進まないこともある。（治療そのものを断念するよりも、むしろこの同意確認でストップしてしまうことがある）
- 歯科治療に対して同意が取れない。顎骨壊死や悪性腫瘍など難治性疾患が増加している。
- 治療内容の同意は誰にとればいいのか？仮にとったとしてもその同意に正当性があると判断して良いのかについてです。
- 治療方針の同意取得。特に家族でない介護職が同伴の場合。
- 手術の同意取得。入院患者の場合は、キーパーソンとの連絡に時間がかかる。明らかに抜歯適応でも、本人が拒否して抜歯できない場合もある。口腔ケア、施設によって口腔ケアまで介入してもらえない。
- IC が複数回にわたり意思疎通に苦慮する。家族等のキーパーソンの同席が必要。
- 入院患者の場合、ご家族が必ず付添われるわけではないので、その同意を得るまで先に進めない。
- 多職種との連携。インフォームドコンセント。不採算性（点数に反映されない）。

【治療時の困難：指示の理解】

- コミュニケーションが取りづらい。治療の一部しかできない。（他 3 件）
- コミュニケーションの問題。（症状の確認の困難さ、指示の入りにくさなど）
- コミュニケーションを取ることが大変なことがある。（説明した内容を忘れてしまって、再度説明させていただく。予約時間、日付を忘れてしまって、治療が進まなくなったり）
- コミュニケーション困難、予約の管理、治療拒否、家族への説明、セルフケア不足。
- コミュニケーション困難で、開口保持の協力が得られない。（他 2 件）
- 開口してくれない。義歯の咬合採得がうまくできない。治療の説明を理解してると思ったが、理解してくれていなかったため、後日再度時間をかけて説明した。
- 開口してくれない。手を出してくる。頭を振る。噛む。
- 開口できない、暴れる、誤嚥、口腔内の汚染。
- 開口を保つことができない。当方の指示に従ってもらえない。
- 開口協力は得られますが、開口維持協力が得られず、義歯の調整やリベース等の修理ができない。クラスプ等の修理も印象が維持できない。＝義歯修理不可能。認知症のレベルにより以上のことが非常に困難と感じます。こうなる前に認知症と診断される一歩手前 MCI のレベルにて、歯科受診を推奨してくださる医科歯科連携を構築していただきたいと切に願います。
- 開口協力得られないため、有効な治療ができない。本人のプラークコントロール不良なことが多い。介助者がいる場合は良いが、つなぐ先がないことがある。
- 開口困難、体動激しい等、拒否が強い分治療が困難。
- 開口保持が困難。付添いの方がいなければ、予約や治療方針の説明が進まない。
- 開口保持など治療中の指示が入らない。う蝕の再発が多い。口腔管理困難。介護者の理解度、協力度が低いとき。
- 開閉口などの指示が通りにくい。開口の維持が難しい。痛みに対して敏感（我慢ができない）。症状の経過を聴取できない（記憶していない）。前回説明した内容を忘れている。
- 治療の意味を分かってくれない。開口拒否。口腔ケア拒否（誤嚥性肺炎既往あり）。協力が得られないため時間がかかる。手が出てけがをする。
- 口腔ケアでは噛みにくる人にはきちんとケアできない。
- 口腔ケアの拒否があること。義歯を紛失すること。治療時指示が通らないこと。グラグラの歯があって、誤嚥のリスクがあっても抜歯が難しいこと。
- 口腔清掃不可。理解力低下。開口保持困難。
- 歯科に対する拒否。開口保持困難。口腔内環境の維持困難。注意散漫。移動。
- 在宅患者の場合、術前の絶飲食や内服薬の指示が守られないことがある。
- 治療に対する理解が十分できない。
- こちらの説明や指示を理解できず、介護者も高齢であるため、治療上必要な動きや管理ができず治療が進まないことがある。
- ご家族や付添いの方がいない場合、問診や治療の理解度が分からず困ることがあります。歯科治療に拒否的な場合の対応に困ります。
- パノラマ X 線画像が撮影できない。協力が得られない。
- 以前話した事を忘れてる。本人の自覚がない。家族とのコミュニケーションを密にする。
- 意思疎通が困難。状況および治療方針を説明しても理解されない。
- 意思疎通が困難。通院手段がなくて段階的な治療を進めにくい。ご家族の理解不足。（歯科治療の必要性、義歯管理方法の説明など）
- 意思疎通困難。体動あり。治療意思の確認が十分に行えないケースがある。（家族などのキーパーソンへの確認を要する）
- 意思疎通困難なことが多く、治療に対する理解、協力が得られず、思うように治療が進まないことがある。
- 一人で来院された際に、説明したにもかかわらず聞いてないとか、次の来院時の予約を診察券に記載しても、忘れて何度も連絡してきたりがある。
- 応答ができない。命令通りにできない。

・　可能な治療には限りが出ること。時間。意思疎通が困難。
・　画像が撮影できないこと。（単純 X 線写真）（CT にて対応している）
・　拒否行動が強い場合がある。
・　指示が入らない。（他 1 件）
・　指示が入らない。診療中に手が上がる。診療に理解できず拒否反応がある。
・　指示が入らない。多動で落ち着きがなく、切削器具の使用が困難。
・　指示が入らないため治療ができない。本人が治療の必要性を理解できない。本人の意志のみで治療を進められない。
・　指示通りにできない（例：義歯作成時の BT など）。治療を受け入れまでに時間がかかる（アプローチ方法をスタッフ一人でも間違うと「歯科」というワードだけで拒否されてしまう）。
・　指示命令が困難で、暴力的に抵抗する事例がある。認知症が進行しているにもかかわらず、家族がそれを理解していない。通常の歯科治療でできない事例が多い。
・　検査が正確に行えない。治療が中断してしまうことがある。拒否が強いと治療が全く始められないことがある。義歯の取り扱いが不十分で、破損、紛失を繰り返されることがある。
・　治療への理解と協力の不足。（他 7 件）
・　協力が得にくいときがある。気分の変化により予定したことができない時がある。治療したことを忘れたり、元に戻せと言われることがある。
・　治療内容の説明、次回予約を理解できていない。不穏な行動をとる場合等、常に見守りが必要。
・　治療計画を忘れてしまう。来院を忘れてしまう。指示が入らない。
・　治療説明を理解してもらえない（同じことを何度も聞く）。アポイントを間違えたり、その時間に来ない。
・　治療中に指示が通らない。治療内容の説明が理解できない。非協力的な言動が、治療を中断、中止させてしまう。施設スタッフ、職員が歯科治療の内容と重要性を理解できない。または、十分な協力が得られない。患者家族が歯科治療の内容と重要性を理解できない。または、十分な協力が得られない。
・　治療途中で席を外そうとしてしまうため見守りが必要である。誤飲などの注意も必要である。繰り返して説明が必要であったり、理解していただくことが困難な場合がある。
・　治療内容を忘れてしまい再度の説明が必要であったり、治療自体（一度納得いただいた治療内容です）拒否される。対症療法のみとなってしまうこともあります。
・　手術内容によっては、処置を回避することもある。
・　処置後何度も電話での問い合わせがある。薬の飲み方が理解できない。処置や診察に対しての理解（ご家族に同席してもらう）。
・　症状が多彩で対応が困難なときがある。口を開けない開かない人がいる。暴言・暴力への対応が困難。
・　診察・治療への理解が乏しい。家族の協力や理解が得られにくい。治療に対して、人で時間を要する。
・　診療内容の説明、同意が得にくい。実際の口腔ケア時に協力が得られない。開口拒否などの口腔ケアへの拒否が強い方がいる。
・　説明が理解困難。指示が入りにくい。
・　説明したことを忘れている。予約を忘れている。紙に書いて渡しても紛失する。義歯を頻回紛失される。お口を開けてくれないことがある。暴言を吐かれることがある。暴力を振るう人がいる。
・　説明してもなかなか理解できない。
・　病院歯科のため特に問題はないが、手続きが協力的でないと困る。
・　付添がいない場合、予約や薬の説明が理解できなくて困る。
・　付添がなく一人で受診すると、治療内容や指示がうまく伝わらず、また忘れられている。予約を忘れる。
・　説明においての理解度低下（家族に付き添っていただくようにしている）。指示困難、口を開けてくれない等。治療も困難な場合が多く、抜歯などは場合により抑制し治療を行う必要がある。場合によっては十分な治療ができない場合も多い。
・　説明に時間がかかる。家族への説明が必要。
・　説明に対する理解が少ないため、医療安全上のリスクとなる。指示が通らないため治療の正確性に欠け、時間もかかる。
・　体動の管理。開口保持。
・　体動や閉口などによる逃避行動。説明に対する理解の不足。暴言。
・　通院が続かない。理解力の低下。清掃できていない。口を長く開いていられない。症状を伝えられない。
・　定期的に口腔ケアを行っているが、開口保持困難、指示動作に応じられないこともあり、予定していた処置が困難な場合がある。
・　病歴聴取や説明など。
・　病状・治療方針の理解が難しい。治療の同意が得づらい。重度認知症になると開口保持や体の安定をとりづらくなる。
・　予約を忘れる。麻酔したことを忘れ、注意事項も忘れる。薬をもらうことを忘れる、また服用を忘れる。痛みの部位がはっきりしない。質問に対する取り繕いが見られる。
・　予約時間に来られない。口を開けてください等の指示が伝わらない。
・　予約時間を間違えたり、勘違いして来院すること。
・　予約時間を間違えて来てしまう。手術説明を何度も伝える必要がある。ご家族の方と一緒に来るようにお伝えしても一人で来てしまう。
・　予約忘れ。説明内容忘れ。
・　認知が進んでいて、開口してほしいときや、咬合してほしいときなど指示が全く入らなくなってくると、治療が限定されたりできなかったりする。
・　認知症が重度の患者は意思疎通が困難なこともあり、歯科治療に時間がかかること。
・　認知症の患者が歯科治療を希望しても、患者自身による治療可否の判断が難しい。決定は家族や後見人の判断を必要とする。つまり、患者自身の意思表示に沿わない歯科治療計画となる場合があること。（患者に自己負担金額が発生し、その支払いについて家族等の判断が必要な場合に多い）
・　予約は守れず、予約外が多い。自身の歯ブラシはほぼできないので、次々と歯科疾患を発症してしまう。
・　暴力行為、暴言、異食行動。覚醒が悪い、傾眠傾向。
・　暴力的言動、行為。歯ぎしり（不随意運動）。開口困難。
・　本人および付添いの方への説明が必要なので、健常者に比べ少し時間が余分にかかるところ。受診していることが理解できず、口を開けてもらえないことがあること。
・　本人の主訴と口腔内所見（客観的評価）が一致しないため、改善する治療につながらない。怒りやすいなど情緒が安定しない。
・　話がかみ合わない。指示が入らない。
・　話が通じない。

【治療時の困難：義歯管理】

・　義歯の管理（紛失など）。（他 3 件）

・　以前治療したインプラントの情報を得にくい。（ご家族もその詳細は分からない）痛い部分がわかりにくい。修理した義歯をなくしてしまう。
・　意思の疎通が困難。協力が得られにくい。義歯を作成しても管理に難点。使用してもらえない症例もある。
・　家族が義歯を希望しているが､本人は希望していないとき。義歯装着方法が理解できないとき。そもそも歯科治療そのものを受ける気が（意識が）なく、治療に協力的でない時。
・　家族同伴をお願いしても連れてこない。義歯や保護床などの可撤物をすぐなくしてしまうが、自己管理してもらう以外の手段がない。
・　義歯の設計。自分でクラスプを外す等の問題があり、外れにくい義歯にすると介護者が義歯の着脱が困難となる。
・　義歯の装着が難しい。
・　義歯は難しい（指示が入らない)。
・　義歯や薬手帳などの診療に必要な物を忘れてしまう。(治療進まない)主訴があいまいなことが多い。診療内容を理解できていない。既往が分からない。
・　義歯を無くしてしまう。義歯をしていることを忘れてしまう。ご説明した治療方針を忘れてしまう。
・　新義歯作製後の着脱方法や保管方法等の指導を行う際に､時間、労力が必要となることが多く、それでも理解できない場合がある。

【歯科医療機関側の労力】

・　スタッフが少ないために診療時間を要してしまい、他の患者を待たせることがある。
・　ご本人が説明の理解が難しい場合、治療方針の決定をキーマンとしなければならないが、そのキーマンとの話し合いの場を別途設けることに時間を要す。
・　マンパワー不足。
・　易怒性の高い患者の対応により、スタッフが萎縮してしまう。
・　強度の認知症の方の場合、徘徊行為があり診療中にまれに歯科室より出て行ってしまう方がおられる場合、安全を確保し元の診療台へ連れ戻すことに精神的な困難を伴う。
・　時間がかかりすぎることがある。
・　診療時間、スタッフのかかる人数が増えるが、それでも通常の歯科治療よりできることが少ない。
・　診療時間が延びてしまい、アポイントメントにずれが出る。
・　人手がいる。
・　人手不足。必要時間と人員が長く多いため、経費がかかるが、それに見合う保険点数がなく赤字診療である。
・　脱糞・失禁による対応、および清掃、消毒にとられる時間。
・　入院加療が必要となる場合、スタッフ（夜間等）の負担が大きいこと。
・　認知症の人は歯科治療を行うレベルが症状により異なります。また、本院の役割としてほとんどが抜歯依頼であり、その際少ないスタッフゆえ人手不足になります。

【意思決定】

・　治療意思や内容の承諾を本人だけでなく家族に連絡する必要がある。指導内容を繰り返し行っても実施されず、本人だけではなく､家族も認知機能が低下していることがある。
・　治療継続が困難。意思決定の問題、どこまで本人の希望を尊重するのか。
・　治療内容の理解､意志の決定が本人のみではできないことが多い点。治療の協力が得られないこと。
・　本人が治療拒否した場合、どこまで本人の意思を尊重すべきかの判断が難しい。動揺歯の抜歯（最低限必要な治療）については、職員・ご家族に相談の上で治療を行っているが、メンテナンスなどにおいての本人の気持ちをどこまで尊重してあげればいいか、判断に困ることがある。
・　本人の意志、希望が分からないことがある。
・　本人の意思確認できない。家族等の付添がなく何も治療が進まないこともある。
・　意思決定が不確実である。（ある日は義歯新製に同意し、別の日は反対するなど）意思疎通が困難である。
・　意思決定の確認。
・　治療のゴールラインの決定。
・　意思疎通が難しい場合、治療の判断基準が難しい。本人と家族の治療に対する希望の違い。

【ご家族等の介護者のサポート】

・　家族の協力が得られない場合。（他 4 件）
・　キーパーソンになかなか連絡が取れない。自覚症状のない認知機能低下患者を医科紹介しようとしてもなかなか受け入れてくれない。地域から車がないと生活できない。注意しても車で来院される。
・　キーパーソン不在。キーパーソンが存在していても、キーパーソンが歯科診療に対しての理解不足。
・　一人では受診の難しい人がいる。介護の方が忙しくなったり調子を崩すと受診できなくなり、口腔内の状況が悪化してしまう。すぐに怒りだしてしまう方がいる。
・　家族と一緒じゃないと治療を理解していただけない。
・　家族への説明で時間がかかることがある
・　治療が本人の要求でなく家族の場合。家族が「診てくれ」と言うが本人が嫌がる場合。本人が嫌がれば治療はできない。義歯を作る場合でも印象は採れるが､咬合は本人の協力がなければ採れない。抜歯、う蝕も全て同じ。本人の意志、本人の要求、これなくしては全てが成り立たない。一般に本人の意志を無視して、家族がいろいろ言いすぎる。
・　治療について説明する家族の来院が困難なことがある。
・　治療協力度と病態理解度の低下が著しい場合や、家族の協力が得られない方は歯科治療には入れない。
・　治療計画、支払いについて､家族等の承諾をとる必要があること。
・　受診意欲に個人差がある。通院には家族の協力が必要なため、通院に制限がかかる。
・　説明が難しい。家族も高齢のことが多い。

【具体的事例】

・　1. 口腔内リスクに関する問題：認知症の人は､口腔内の痛みや不都合を訴える能力が症状の進行とともに失われていくため、義歯や金属冠といった人工物、あるいは残存する歯が､時として医療事故の直接的な原因となる場合がある。例えば脱落寸前の歯（窒息のリスク)、破損した入れ歯（誤飲・食道粘膜裂傷のリスク)、歯の鋭縁による舌の裂傷（出血)、インプラントによる粘膜の咬傷（潰瘍）などは、発見が遅れると重大な医療事故にもつながる危険があり、入院するまで誰にも気づかれずに放置された状態である場合も多い。全国的にも歯や入れ歯の異物誤飲・誤嚥の事故が日常生活の中で起こることが指摘され､特に病院での事故発生頻度が最も高いことが報告されている。2. 誤嚥・窒息事故に関する問題：早食い、詰め込み食べといった食行動の変化による誤嚥・窒息事故にも対応が必要であることから、入院時における摂食嚥下機能や食行動のスクリーニングが必要である。（入院時口腔内診査）3. 歯科治療時におけるリスク管理：向精神薬の副作用で生じるオーラルディスキネジア（口腔周囲・舌の制御不可能な不随意運動）は歯科治療時にリスクを伴うことがあること。例えば、不意のくいしばりはデンタルミラーを破損させ、舌の不随意運動（無意識に舌を突き出す・左右に動かす）は、タービン使用時の高速回転バーによる舌の裂傷の危険がある。また従命困難は、義歯の製作過程（印象・咬合調整）にも影響する。一方、歯科診療室内での転倒、異食、暴力行為に関するリスク管理が必要である。以上の 1～3 について､入院中における合併症の発症や関連する医療事故を未然に防ぐためには、入院前の段階での早期発見が入院後の重症化予防にとって

重要である。また、ディスキネジアが出現する患者の歯科治療には、リスクを回避できる高度な治療技術が求められ、新人の歯科医師には対応が難しい。4. 歯科医師の認知症対応能力に関する問題：新人の歯科医師、歯科衛生士においては、認知症の病態を理解した上で、ステージ進行に応じた歯科治療を行えているとは言いがたい。例えば、誤嚥リスクの高い高齢者に注水下でタービンを長時間使用する、認知症の人にインプラント等の自由診療を勧める、口を開けてくれないことに腹を立てる、入れ歯を製作しても「本人が装着できない、外れる、食べられないので外している」といった、歯科に対するクレームになる場合もある。5. 家族の経済的負担に関する問題：歯科治療開始前には必ず家族に連絡して、患者の歯科治療内容や予想される負担金についての同意を得ることが必須であるが、家族によっては経済的な負担増を理由に治療に同意しない場合もある。時として適切な検査（レントゲンなど）を行わずに応急的な治療で終了する場合もある。6. 診療予約取得に関する問題：病棟における日常業務、例えば OT 活動、看護業務、主治医診察、入浴などの時間帯に配慮した予約取得が求められる。また、新型コロナ感染対策、あるいは、認知症周辺症状による迷惑行為への対応として、一般の歯科外来患者と入院患者とが接触しないように予約の時間枠をずらして取得する必要がある。

- ボケていて大人しい患者はまだいい方で、BPSD ひどく反抗的で、暴言・暴力の患者の対応に関しては苦慮している。（パンチやケリ、ツバが飛んでくる）また、全く指示が入らない患者も苦労する。結局できる範囲で治療するしかないと思う。
- 処置の際、唾を吐いたり手が出ることがある。
- ブラッシング等自己管理ができないので、口腔内が不潔で、治療をしてもすぐ再発する。
- アポイント忘れるまたは早く来院する。歯科的治療のゴールと本人・家族のゴールが違うことがある。Kr が歯磨きすることを忘れる。
- 以前、口腔悪性腫瘍患者を引き取ってくれないことがあった。以前 MRONJ 患者で入院が必要と思われたが、大学病院、総合病院が依頼を断った。
- 意思疎通が困難な上多動な患者さんに、義歯を作らなければならない。←家族の強い希望で。むせが強く、うがいの回数が多くなる。痛みの訴えが、二転三転する。
- 一緒に来るご家族も認知症のケース。
- 家族の許可なしに義歯を作ったりできないため、その連絡に困ることが多い。主治医がいて入院中の場合は主治医にお願いするが、入院中に義歯新製の希望があると入院中に終わらなかったり、退院後の通院が困難だったりする。また、本人に認知症の自覚がない場合、何度も同じ電話があったりして受付が対応に時間を取られたり、相談できる心療内科などが少ないことも問題。（認知症気味で本人に自覚がなく、舌痛症で何度も月に来院したケース 2 名ほどいました。1 人はその後徘徊→転倒して入院となりました）
- 家族の理解がない、家族は簡単に歯科治療ができると考えている。拒否、体動が強く、指示に従えないということが、どれだけ治療を難しくしているか分かっていない。認知症になってから家族の介入が入るようになり、歯科治療の必要性を検討するようになるが、そのときは口腔内状況は崩壊していることが多く、全顎で要治療歯になっている。認知症を罹患する前のしっかりしたイメージと、実際の現状とのギャップを家族が理解していない。
- 歯科治療に対して認知が追いつかず、抵抗する。怒る。暴れる。噛みつこうとする。口を開けない。治療終了しても口腔ケアが全くできずに、すぐにう蝕、歯周病の再発が予見される。歯周病治療は、ドミノ倒し的に抜歯していくしかない。
- 歯科治療の必要性を理解してもらえない。
- 歯科治療の必要性を理解してもらえないため、義歯、マウスピースなどの可撤式のものを使用できない。
- 治療が進まない。（患者の症状に合わせていると、歯磨きしかできない日もある）家族の協力があっても、歯磨きが不十分で、口腔内が崩壊していく。義歯の紛失。
- 治療に対してのご家族の希望が高い場合、例えば重度認知症に対して従命不可。歯科治療の認識が得られず、抑制を必要とする Kr に上下顎総義歯作成を望まれる。ご家族、ケアマネジャー、入居施設の職員への治療の限界についての説明と理解を得ること。
- 治療後の注意事項などが、本人および家族に説明しても本人は忘れてしまうため、家族が注意していても家族が対応しきれない。（目をはなしたスキなどの場合に、注意事項を守らず、治療に影響が出てしまうことがある。
- 治療内容の希望が（家族の要求が）本人の受け入れを超越していることが多々ある。（口腔清掃がやっとの状態でも、新しい義歯やブリッジを作ってほしい等）指示が通らない（意思疎通ができない）患者さんから、暴力・暴言を受け、スタッフのメンタルへの影響・受傷等、日常茶飯事のごとく常態化しているが、なかなかフォローできない。昨年衛生士が不意に患者さんに噛まれ受傷することが 2 回あり労災申請中だが、後に労基署から体制不備を指摘された。
- 治療方針立案時のキーパーソンの選定。治療計画の説明、病状の説明に対する理解度。本人の意思決定、同意能力。治療中周術期管理（術後せん妄など）、術後リハビリへの参加能力。退院後の療養先の選定など。
- 習慣性顎関節脱臼の症例では、治療しても感情失禁などで安静が保てず、良好な治療成績が得られない。また、同様の理由で下顎骨骨折の術後の顎間固定ができないことがある。
- 重度に進行した認知症患者（他科入院中）の場合、協力を得るまでにかなりの時間を要する。（外来通院の方は軽度の場合が多いため、苦渋することはさほどありません）
- 侵襲を伴う治療が必要であるが、患者本人は拒否しているとき、たとえ家族の同意が得られているとしても悩むことがある。義歯を装着することで軟菜食常食が摂取できそうで、家族も希望しているが、本人は装着しようとしない時。MCI 患者で抜歯時の術前（術後）の内服の確認がはっきりしない時。
- 寝たきりの人の口唇巻き込みにより、歯牙があたり潰瘍を形成するなど。
- 新患受診者で家族の付き添いでなくヘルパーさん等の場合、患者の主訴がいまいち不明なことがある。治療中にこちらの指示が入らなくて、口を閉じてしまうことがある。治療の完治まで至らず、途中終了でその後未来院となる。
- 診療に来られたときに機嫌の悪いことも多く、治療できなかったり治療に時間がかかることが多い。診療中少し気に入らないことがあると、急に治療に非協力的になることがある。治療内容の説明をして同意をもらっていても、「聞いてない」と不機嫌になることがある。口腔ケアや歯科治療に関しては、患者のペースに合わせる必要があり、そのときにならないと治療を十分できるかが分からない。
- 診療行為への拒否（来院はするが、ユニットに座る、開口する、口の中を見る、器具を入れる、義歯を外す等の行為に否定的）。予約日に来ない。介助者の協力も得られない。予測のつかない行動もあり、誤嚥のリスクがある。提供した治療が本人の利益になる結果か分からない。
- 地域の歯科医院で「認知症の人は診ない」と断言しているところがある。当院から退院した際、紹介先がなく特に訪問診療を依頼しにくく、受診が中断してしまうことが少なくない。義歯を紛失あるいは他人の義歯を入れたりする。「これは自分のではない」「○○さんに取られた」など言われる。腕をつねられたり等する。
- 痛む箇所など病態の把握。
- 当院の内科に入院中の患者さん。認知症のため咀嚼ができなくなり、食事の量が減っている。義歯を紛失してしまう。
- 当院は 9 割以上が入院状態の患者であり、ベッドサイドで診療処置を行うことがほとんどであるが、使用薬剤により、認知力・覚醒度・協力度の日格差が大きい。処置に応じて妨害する時間帯を変え

る必要がある。
- 当科では、口腔外科関連の治療（抜歯、小手術、有病者治療、口腔外科専門診療）を行っているため、一般歯科をお願いする施設を紹介するのに難交渉している。
- 当科終了後、継続して口腔管理を行ってくれる歯科医療機関がなく困ることがある。（当院は二次医療機関のため継続管理は困難）
- 理解できているか不明（うなずいているが）。家族の協力が必要。プラークコントロールが不良、毎回多量についており、なかなか歯肉の状態が改善なし。
- 理解や記憶が困難な場合、治療介入できないことがある。痛みの訴えが日によって違うことや､的確でないことがある。
- TBI が難しく、ブラッシングの実践も意思疎通困難なことがある。同意が必要な治療については､事前に家族などへ確認を要する。義歯製作、取り扱いが困難なことがある（きちんと指示通りできないことが多い）。よく義歯をなくす。内服指示。
- P のセルフケア、咬合採得など。
- 認知症のご夫婦のみでお住まいの場合、予約を取っても忘れて来院できないため、カレンダーに記入してもらったりしても忘れてしまう。治療終了しても不具合（義歯）がありと予約を取り来院するが、チェアーに座って確認すると､どこも悪いところがなく調子がいいと言い、特に傷もなく研磨で修了､､､を繰り返す。
- 抜歯など観血的な処置を行うにあたり、施設や家族の理解が必要だが、なかなかフォローしてもらえないことが多い。
- 費用（保険診療や物品）の話や会計などの導線で、トラブルになることがある。
- 付き添いの方が患者情報を持ってこないとき。ケアマネジャー、看護師、家族、上記それぞれで経験があります。

【その他】
- あえて言うなら収益性がないので・・・。どうにかしてほしいです。
- 医科で未治療だったとき、家族にどう伝えたら良いか困る。
- 一般歯科治療は当院では行っていない。
- 主に高齢結核患者で、全身・口腔状態が不良の患者の義歯対応や粘膜事象の対応が多く、全身状態は主治医・病棟へのコンサルトしたり、義歯関連はご家族や施設へ連絡したり､､､診療に加えて情報の共有や説明に労力を費やしています。
- 軽症の方は一人で来られるため、トラブルが生じる。
- 軽度の患者が一人で受診することがある。基本歯科治療は最低限行い紹介となるのだが、紹介先を見つけるのが難しいケースがある。
- 軽度の認知症で十分ではないにしろ意思が示せる方で、介助者やその他の方と意見が食い違うことなどがある。
- 現在行っている治療内容、今後の治療方針を再三説明しても覚えていないため、繰り返し問い合わせの電話が診療時間内にかかってくる。患者家族に同席してもらうよう頼んでも、それすら忘れてしまうためらちがあかないことがあった。
- 誤嚥性肺炎となり、入れ歯使用管理が困難になる。肺炎治療時、回復後、嚥下状況の判断に苦慮する。歯科治療が体力的に困難となる場合、紹介（施設を含む）しても返書がほとんどなく、継続できているのか不安が残る。
- 口腔外科疾患（腫瘍等）の治療は受け入れ可能だが、一般歯科治療（保存、補綴）は人的、時間的に不能である。通院困難な方も多く、保存可能な歯であっても、疼痛コントロール目的に抜歯を選択せざるを得ないことも多々ある。
- 思い込みが強く､治療の説明が正確に入らない。医療者に対しての暴力行為がある。診療行為に対して協力が得られにくい。
- 施設での訪問診療で、重度の認知症のある方に対する口腔ケアや治療が困難であるケースが多い。
- 施設の方は大丈夫だが、在宅では付添いありで来られている方が急に来院されなくなったりすることがある。そのときに、ある程度全身状態も把握できる連携パスがほしい。
- 治療できる範囲での治療を施行している。
- 治療の適応判断。病棟の受け入れ。
- 治療の必要性を説明しても、入所施設のためご家族の了解を得るための手続きや、職員の意識の違いなどにより、重症化してからの受診となることが多い。（認知症の方は同法人内の特養老人ホームに入所されている方を対象に歯科治療を行っています）
- 治療の付添いが家人以外の場合、家人に伝わりきっていないことがある。
- 自覚症状の聞き取り、把握が難しい。
- 主訴が不明のことが多い。治療に関する抵抗。説明が困難。
- 主訴が毎回変わる。説明の理解が困難な場合がある。
- 受付、予約業務が困難な場合が多い。
- 進行口腔がん治療および終末期医療。
- 説明に付き添いの方がいない場合は、後日来院いただくが、新型コロナウイルスの関係で来院しづらくなっている。
- 全身麻酔下での手術を要する歯科疾患は現時点では手術適応外としている。
- 前回話したことを覚えていないことが度々ある。
- 同じことを何度も言っている、返事を返すのがつらい。
- 同じことを何度も説明する。突然怒ったりする。
- 独居の場合の治療説明に関すること。
- 訴える内容が変化する。繰り返し説明が必要なときがある。
- 他にも基礎疾患を多く患っている。付添いの人も老人で説明が大変。
- 対応可能な処置が限られる。（ご家族、施設了承の元）近くに紹介できる大学病院がないため、また患者さんが遠い大学病院まで通うことが困難なため､当院でできること､できる対応に限られてしまっている。
- 退院時に診療情報提供書を記載し、（かかりつけ）歯科受診を勧めているが、心身、社会的背景により通院または在宅診療につながっていないこと。
- 日常生活に十分なケアを行えないことによる、治療効果の軽減が最近目立つ。
- 入院の際の病棟の受け入れ体制。
- 認知症の方と家族の間が､意思疎通に問題があることが多い。そのため､治療に対する理解が得られない。一口に認知症と言っても、それぞれレベルの違いがある。初期と思われる方、重度の方、表示の目安があると助かります。

＜歯科医療機関＞

【治療時の困難：インフォームドコンセント】
- 何度説明しても、治療内容、予定など、理解してもらえず、協力を得づらい。
- 説明が一進一退となり、診療がなかなか予定通りに進まない。家族や付添いの方との連携が取れないと進められない。
- 説明した内容がしっかり伝わらないので、一人で来院されたときに困ることがある。
- 説明、治療内容の承諾が取れない。家族と連絡が取れないときがある。
- 治療方針を繰り返し説明する。状況によってはラポールの形成が難しい。

・　治療計画や治療前後の説明をしてもその内容を忘れてしまう。
・　治療内容等の説明への理解が困難（他 7 件）
・　説明に対する理解が容易に得られない。自費診療に対する同意。
・　説明を（インフォームドコンセント）が取れているのか確認が取れない。
・　説明を理解できる家族の付添いが望ましいが、それができないときは、治療内容を把握できない上、当院では予約制ですが予約日以外の日に来院してきます。
・　説明内容がうまく伝わらない時あり。外来診療で次回来院日等の伝達が難しい。
・　絶対数が少ないために、いまのところ大きな問題は発生していない。
・　前回の治療内容を忘れている。予約を忘れている。
・　前回の説明を忘れている。話を理解していない。
・　当日の治療に対する同意、治療後の説明をとりあえず治療当日は納得していただかないといけないので、言い方・方法に苦慮している。
・　同じことを繰り返し言われる。大きな声を出される。いつでも来院されたがる。治療に対しての同意を取りにくい。予約ができないなど。
・　毎回、前回と同じ説明をしないといけない。前回の治療内容を忘れている。予定通りに進まない。

【治療時の困難：指示の理解】

・　意思疎通が困難（他 6 件）
・　指示が入らない（他 4 件）
・　コミュニケーションが困難。
・　コミュニケーションが取りにくい。開口保持が難しい。口腔内がひどい状態の人が多い。
・　コミュニケーションに時間がかかる。
・　「診療を受けたことはない」と支払いがスムーズにできない。
・　予約日を間違える（他 11 件）
・　アポイントの間違いが多くなること。義歯を入れていないかどちらか分からないこと。
・　アポを間違える。前にしたことを忘れている、怒る。
・　予約時間、義歯、財布等忘れる。
・　予約時間に来院できない。家族が管理できていない。口腔内の汚れが改善できない。説明しても理解できない。
・　予約時間を忘れて無断キャンセルしたり、アポなし来院。抜歯することに同意したのに、自宅に帰ると抜きたくないと言い出す。
・　予約時間を忘れる。説明内容も忘れてしまうため、書面に控えなければならない。口を開ける、咬む等の指示が通らない。
・　予約日、予約時間を認知できない場合があり、必要以上に待たせる場合があったり、休診日に来院して「開いてなかった」と若干怒られたこともある。
・　予約日を忘れてしまう。治療内容を理解できない。支払い予約等に時間がかかる、もしくは自分ではできない。
・　アポを忘れる。時間を間違える。診察券に時間を書いても見てもらえない。一緒に住んでいる人に協力を得られればまだいいが、協力を得られない、または独居の場合はどうしようもない。人によっては、予約の朝に電話をして来てもらっている。
・　予約が守れない。医師、DH からの指示が理解できない。
・　予約の日を忘れる。治療内容の理解ができず、大きな声で叫んだり動いたりするので、治療が困難である。
・　予約や治療など物忘れがよくあり、認知症が強い患者が一人で来院される時、家族の同行をお願いするときに説明の仕方に困る。
・　予約を忘れたり間違えたりする。義歯をなくす。口の中を触らせない。唾をかける。罵倒する。
・　予約を忘れてしまうことがあります。また、治療内容の説明はご家族に対して行っていますが、ご家族がいらっしゃらないことがあると困ります。
・　いきなり怒りだしたり、大きな声を上げたりすると、他の患者さまがびっくりする。いつも予約日を忘れて、当日連絡を取るようにしている。費用の話をしても聞いてないとトラブルになることもある。必ず付添い者をお願いしている。
・　いくら治療内容を説明しても理解してもらえない（何度言ってもわかってもらえない）。ユニットに座っていただくまで時間がかかる。長い時間の開口が困難。すぐむせられる。
・　お一人で来られる方はほぼアポイントを守らない。待たされると怒る。気になることはお話、質問が複数回になる。
・　ご自分で理解できない人は、付添いの方に説明する。
・　ご本人さまが認知症の状態にもよるが、歯科治療の重要性を理解できない場合、口腔ケア、治療を拒否される場合が一番困っているところである。
・　ブラッシング指導しても理解できない。義歯の着脱ができない。トイレ等の施設を汚すことがある。
・　意思の疎通ができない。症状を把握できない。何度も同じ説明が必要。
・　意思の疎通ができない。前回の会話や指導内容を覚えていない。（治療方針含む）口腔ケアや治療に対して拒否がある。（訪問にて、口が開かない、手が出る等）
・　意思の疎通のできない人は、治療は困難です。
・　意思の疎通を欠く。急に態度が変わることがある。治療内容により治療不能なこと、根治や印象採得など。認知度により治療時間が変わる。付添いが必要なときもある。
・　意思の疎通を取りづらい。拒否されることがある。
・　意思疎通が困難で開口指示に従えないなど。
・　意思疎通が困難なことがある。予約通りに来院しない。
・　一人で通院される場合、予約日時を間違えることが多い。日によって治療できないこともある。
・　急に噛まれることがある。
・　急に怒り出す。感情的になりやすい。
・　急性症状が出ているが治療に協力できない。問診の内容が二転三転する。本人ではなく家族への対応に苦労する。
・　拒否と暴力があるとせっかく訪問しても、診療ができずに帰らなければいけないときがある。それと診療に時間がかかる。
・　協力が得られないこと。
・　強い抵抗があるので、抑制が常に必要。
・　繰り返し質問してくることで、治療が進まない。アポイントとっても忘れてしまう。
・　継続した治療が中断してしまう。
・　言うことの理解ができない。口を開かないときがある。
・　個人で症状に差があるので説明が難しい。理解できることが変わる。進行しているか難しい。日によって違う。
・　口をなかなか開けてくれない。（疎通がとりづらい）うがいをしてくれない。チェアーから帰ってくれない。麻酔をすると暴れる。
・　口を開けたり閉じたりかんだりといった指示がはいりにくい。今何をされているのかわからないため。常に威嚇的である。
・　口を開けてくれない。噛みついたり攻撃的な人は困難。
・　口を開けてくれない。噛んでくる。
・　口を開けられない。強めの拒否。診療、治療、口腔清掃が難しい。
・　指示が通らない。拒否が多い。易怒性。
・　指示が入らないことがある。特に義歯の咬合採得時「咬んで」という意味を分かってもらえない。
・　指示に従ってくれない。（なだめながら行うのに時間がかかる）口を開いてくれない。入れ歯を外すことを嫌がる。うがいができなく飲んでしまう。
・　歯科治療は治療を進めるのに口を開けてもらわないといけないし、咬んでもらったりもしてもらわないといけない、指示が通らないと困ります。治療の流れも説明しますが、次回来院時に忘れてしまうと、納得してもらうために何度も説明しないといけない。
・　歯科診療内容の説明が理解できない。思い込みが激しい。態度が急変する。
・　次回予約や注意事項、薬の説明などどれほど通じているのか疑問。
・　治療の状況を説明しても、十分に理解できない。すでに説明したことも認識がない。
・　治療の説明に対する理解が困難なことがある。治療の内容がどうしても消極的にならざるを得ない。歯周治療における継続的な管理が困難。

- 治療の内容、予約日時の理解ができない。
- 治療の理解を促しても、次回治療時同じ説明をしないといけない。
- 治療内容の理解。診療費の受け渡しやアポイント。
- 治療内容をお話ししても理解してもらえなかったり、忘れてしまい何度も同じ質問をされたり、歯科以外の話をされる。
- 治療内容をなかなか理解していただけない。
- 治療内容を説明する際、付添いの方が都度変わると、都度説明し、理解してもらい、療養上の注意を伝える必要があること。
- 治療内容を理解できない。聞いても忘れている。
- 治療内容を理解できないことが多い。予約の時間を守れない。
- 治療や診療に抵抗する人の対応に苦労する。どうしても歯科治療は痛みを伴うことが多いので、理解を得るのが大変である。
- 自宅で実施すべき指示が伝わらない。
- 主訴がどこなのか分からないことがある。
- 主訴が不明なことが多い。治療経過が不明（症状が改善されているか分からない）。暴れる、話が通じないなど。
- 摂食嚥下訓練などの際、こちらの指示が理解されずスムーズに進まない。
- 全く治療にならない人がいる。
- 長時間開口できない。（数秒が限界）治療時軽く暴れる。
- 突然怒り出す。説明内容が理解できない。何度も話して説得する必要あり。治療に協力する態度がないときは危ない。希望されることがコロコロ変わる。予約日に無断で来院されない。
- 返事されるが理解されていない。時間・日付が守れない。
- 忘れ物の有無。アポイントの日程・時間。
- 暴言・暴力・拒否・興奮。口を開けない強い拒否。治療中に手指を噛まれる。
- 暴力や暴言。家族の理解のなさ。
- 本人一人で来院された場合、コミュニケーションが取れず困る。口を開けてくれない場合に困る。
- 毎日変わる状態。
- 理解・協力が得られないことがある。
- 話したことが伝わらない。付添がいないとお金のことでトラブルになることがある。

【治療時の困難：義歯管理】

- 義歯の紛失。本人と家族で同じことを説明する手間。治療内容の誤解。
- 義歯の咬合採得時になかなか咬合できない。義歯の裏装時、咬合をしてくれない場合がある。
- 義歯をなくすことが多い。同じ説明（手紙等）が必要。
- 義歯を預けたと言い張り激怒された。→実際は家にあった。
- 義歯一つ作製するにも、毎回理解が得られず、一つの工程を進めるのに時間と労力がかかる。家族も逃避の姿勢が見られるときはより大変。
- 義歯作製時、咬合採得に苦労しました。
- 義歯新製造後の紛失。
- 新しい義歯を紛失する。説明を忘れる。
- 新義歯作製時の咬合採得。
- 咬み合わせを見たくても「咬んでください」という指示が伝わらず、咬み合わせを確認することができない。
- 咬合がうまく取れないため、BT、調整が困っている。
- 咬合調整時に指示が通りづらく、なかなか咬んでくれない。

【歯科医療機関側の労力】

- お一人で受診や老々介護で来られたときに、帰る前に家族の方に電話連絡して同じ説明をしている。
- 一人で受診している場合、対応から認知症が疑われる場合、家族にどのように伝えて良いか分からない。気づいていない場合（遠距離にいる場合、同居していない場合）にどう対応して良いか判断に困る。家族やケアマネジャーへの連絡に時間がかかる。
- 何回も説明して理解してもらうまでに時間がかかる。ご家族の方に連絡して、治療内容を説明したりもしている。
- 何度も同じことを繰り返し聞かれ、家族がいないと誤解多い。
- 何度も同じことを説明しないといけない。突然切れることがある。
- 何度も同じ話をする。治療を理解しない。アポイントを忘れ、違う回に来院する。
- 時間と労力がかかりすぎる。
- 治療が進まないときがある。
- 治療する側の都合が優先されることが多くなる。理解をしてもらって治療を進めることが難しく、難航することが多い。
- 治療にかかるまでに時間がかかる。ご家族への説明、本人に伝えること、治療にも時間がかかります。処置の点数が低いです。
- 自身が何の病気で、どこの病院に通院しているのか分かっていない。飲んでいる薬をいつから始めたか、いつ止めたかも覚えていないので、確認に時間がかかる。
- 集中がないときは、診療を中断しなければならないときがあるので、治療計画を立てづらい。患者の視野に入るように正面から治療するので、中腰になることが多いために体の負担が大きい。
- 診療に時間がかかる。医療行為を行うことが困難（拒否等）。
- 多くの認知症の方は同時に体の機能も衰えているため、一つ一つの動作に時間を要し、治療も中断が多く、特に歯科治療は口腔内で水を使うためむせることが多いので、時間・労力・神経をかなり使い、常に心配しながら対応している。
- 認知症でも軽い方や口を開けるのに抵抗がない方は、健常者とほぼ同じように治療できるが、拒否がある方は口腔ケアさえバイトブロックがないとできないため、二人がかりになる。日常の口腔ケアはヘルパーさんだけではなかなかできないため、歯茎部からのう蝕が多くなり、そのうちに折れるが、ちゃんとした治療ができない（割合としてはそこまでの方は少ないのですが）。
- 本人と家族に説明するので時間がかかる。暴れたときの対応が難しい。

【意思決定】

- ご本人、ご家族が認知症を認めていない。初期の認知症の方について、対応に困ることがあります。（付添いの方に治療承諾書の記入を依頼したいが、成人した本人以外の承諾を求めることが失礼にならないか等）一人暮らし（身寄りのない）の認知症と思われる患者への対応等。
- 意思の確認。治療のゴール設定。家族等キーパーソンとの連絡。
- 意思の確認が困難。家族の言われていることと本人の訴えが異なる。動作困難。チェアーでの治療困難。水平位は無理。術後の指示が通らない。
- 意思疎通。同意。
- 合意形成が難しい。
- 自分の希望を的確に伝えることができないこと。
- 本人は、義歯（入れ歯）は必要ないと言っているが、家族の意思で義歯作製依頼があった場合、本人は意欲もないので作製に必要な処置に対して協力的にならず、術者も本人もつらい思いをすることがよくある。
- 来院するごとに言われることが異なる。説明を理解できているか不安。前回の説明、治療内容を覚えていないことが多い。家族への説明も行う必要があり、それにも時間を要する。

【ご家族等の介護者のサポート】

- キーパーソンが分からない場合がある。
- キーパーソンの有無でかなり変わってくる。
- ご家族が放置して行かれるので迎えに来られるまで話せない。そのため状況が分からない。
- ご家族の理解・協力が得られない場合、義歯の着脱ができなかったり、清掃不良となったり、新義歯6ヶ月以内に義歯を紛失してしまったりする。残存歯の多い場合も清掃不良となる。
- まずは来院させることが困難です。家族の協力が得にくいです。通院が困難な患者には送迎車を使っています。
- 家族が近くにいない、もしくは二人家族でも老々介護の状態。予約を忘れる。
- 家族と一緒に来院してもらわないといけない。予約等があまりすぐに取りづらい。また当日診療ができないこともある。時間ばかりかかって点数にならないが、誰かがやらなければいけないと考えている。

・　家族と連携が取れない場合がある。予約しても忘れてしまう。治療内容を理解してもらえない。
・　家族の付添いがないと治療方針等が伝わらない。独居の認知の人が来る際、保険証等の確認も、役所の方で個人情報とのことで教えてもらえない等数多くあり。
・　家族の方も診療が終わるまで待っていてほしい。介護タクシーに乗っていただくまで、こちら側が確認してようやく終了となるので、かなりの時間が必要となる。
・　家族への説明が必ず必要。
・　家族への連絡。単身者の場合の確認。
・　家族や施設の職員との連携、情報伝達がうまくいかないことがある。
・　介護者なしで来院された時連絡が難しいことがある。積極的に家族が関わろうとしない場合がある。
・　患者本人は歯科治療をなんとかスムーズに受け入れているが、家族がストレスを抱えその状況を理解できず、本人の不利益をもたらしている。
・　治療の際に付添いの方がいない場合。
・　治療説明等ご家族と一緒に来院されない方、できない方は本人の（そのときの）周りの患者さんたちには事情が分からないため、トラブルになっているようなやりとりになってしまうところを見られること。
・　本人の回答で本当に進めていいのか考えさせられる。例)本人が自費を希望→本人の希望通りで良いか。
・　受付を済ませた後、付添人が帰宅（外出）してしまう場合、があり、治療の説明等に改めて時間を要する場合がある。一切を歯科医師任せとしている。
・　生活習慣の確認が困難である。家族や周囲の方の協力がないと非常に困難である。（歯科への通院、治療、予約、指導内容の実践）
・　全く話が通じない。認知症夫婦二人暮らし等、ケースによっては対応が本当に困難。社会福祉協議会に相談しても、本人の承諾がないとなかなか積極的に動いていただけない。
・　認知症の患者さまの家族が非協力の場合。
・　認知症家族への説明。治療許可。
・　付添いがないと全ての面で困ってしまう。
・　付添いの人がいないとき困る。同じことを何度も言う。
・　付添いの人と来る方はいいのだが、一人で来る人は自分が認知症らしい意識がないため、主訴が伝わってこない。「口の中が全部痛い」「入れ歯はいらない」等。
・　付添い者への理解が得られず、（治療内容等）説明に時間を要する。

【具体的事例】

・　一人暮らしで認知のある方、抜歯などの外科治療を躊躇することがある。
・　会話も成り立たず、拒否が強く体が動く患者は何もできません。患者家族の要望にも応えられず、無力感があります。
・　開口指示に従えず、必要な歯科治療を実施できないことがある。暴言や暴力があり、歯科治療の際に危険を伴うことがある。日によって治療の受け入れにムラがあり、拒否が強い場合は診療を行えないことがある。処置の導入までスムーズに移行できる方もいれば、そうでない方もいて、人によって対応の仕方を柔軟に変える必要がある。
・　義歯など咬合採得時正しく咬んでいただけない。口腔機能低下症の各種検査が正しく行えない。家人など、口腔ケア、ブラッシング、介助など協力的でない。拒否が強く、開口保持が困難で、治療が行えない方がいる。
・　口腔衛生管理が困難である。義歯作製時の指示が入らない(咬合採得など)。抵抗があることもある。付添いが必ず必要で説明も大変。
・　口腔衛生管理が自己でできない。
・　口腔衛生教育ができない。口腔内がいつも不潔である。
・　口腔清掃指導が難しい。
・　根面カリエス多発症例。コミュニケーション不足による治療方針の立てづらさ。
・　細かい充填処置や根管治療などが出来ない
・　治療に協力的なときとそうでないときがある。家ではわがままを通しホームケアが行き届かず、1ヶ月ごとに医院にてクリーニングしている。
・　診療日時を間違えて来院することがある。仮封をすぐに外してしまう。入れ歯をなくしてしまう。
・　通常の治療回数の 2～3 倍かかることがあるし（補綴（Cr、Br、有床義歯）、途中で治療をあきらめざるを得ないこともある。治療を安全確実に、一歩ずつ進めていくことができないこともある。
・　同じ話を繰り返す。予約の日時が分からなくなる。説明したことを忘れる。家族等へ同じ説明をする必要がある。義歯を壊して修理を繰り返すので、食事時しか義歯を装着できない。飼い犬に義歯を与え犬が噛んで壊すため、何度も修理を繰り返す。衛生観念の喪失から、口腔衛生不良となる。意思疎通困難になると、口を開けない。治療内容を理解できないため、治療に拒否が出るなどで治療困難、治療内容の変更、治療不可となることが多々ある。
・　特に独居されている認知症の方で、治療内容の説明や次回のアポイントの確認など苦慮することが多い。書面で手渡しても、それを紛失してしまったり、何度も繰り返しての説明になる。また、軽度認知症で本人に自覚がない場合の対応が悩ましいときがある。
・　独居、老々介護である場合が多い。日常同居していない親族が付添って来院することが多いので、口腔ケアができていないケースが多い。歯牙の破損→義歯作製となることが多くその繰り返しになる。義歯の着脱を 30 分以上指導してもできない。
・　独居の場合（家族が遠方など）、説明が十分に伝わらない。本人よりも家族との意思疎通が図りにくい。（本人への説明も含めて）
・　訪問で腫脹があり排膿（歯肉より）があるが、X-ray 治療不可。薬の飲みもしない。そのときに内科の先生に話しても、注射等ができないこと、大きな病院でも治療してくれない。※他の科、またはフォローしてくれる病院がないことが非常に困る。
・　明らかにブラッシングをしなくなり、口腔内のう蝕、歯周病などが急速に進行してしまう。動揺歯を連結固定している場合に腫れてくることが多い。
・　予約時間や日にちを間違えてしまう。忘れてしまう。治療内容が理解できない。待合室や診療室で失禁等してしまう。来院する際道に迷ってしまいたどり着けない。義歯を紛失する、上下組み合わせが分からなくなる（合わないものを入れてしまう）。セルフケアができない。
・　予約日時について、内容について、何度も電話をかけてくるケース。突然に怒り出すケース。衣服が大変不潔で、悪臭があり、前後の外来診療は普通に予定できないケースなどいろいろあります。
・　例えば義歯製作を依頼された場合、こちらのしてほしい開口とかが理解してもらえず時間がかかる。施設の方が付添いのケースでは、なかなか患者が指示通り対応してくれないことがあり時間がかかる。

【その他】

・　それぞれの患者さん対応について答えないと、こちらの協力が空回りしていると感じることがある。回数ばかりかかって、先へ進んでいかないこ。義歯を入れてもらえない。
・　支払った金額とお釣りと間違って高いとか、2 年前に義歯を作ったと言っていて、2 ヶ月前だったり、病気を隠したり、他の医院でした治療を当医院だとか近くの歯科医院と間違えて入ってくる。
・　歯科治療しても自力で歯磨きできず、セルフコントロールをどうするか模索中です。
・　歯科治療としてではないが、診療報酬の加算が必要と考える。認知症としての診断があるのかないのか分からないときがある。
・　処方した薬を飲み間違えてしまう。
・　担当ケアマネジャーがはっきりせず、必要な医療が提供できない可能性がある。
・　程度によってばらつきが多く、治療困難な場合もある。
・　認知症であるかグレーな方への対応、認知症であることの確認方法が悩ましい。
・　認知症による治療拒否により、十分な治療を行えない場合に、ご家族との希望に差違が生じること。また、臼歯部のう蝕処置など、切削が必要でも危険と判断し行えない場合、どういった対応をすべきか悩む。
・　認知症の程度によるというのが大きいですが、同じことの繰り返しになってしまうことが多い。（形だけしたことにする＝前にしてある）
・　病識がない。意思疎通が難。開口してくれない。介護スタッフやご家族の理解や協力が必要となる。

(19) 認知症の人の歯科治療に対応できない場合の対応

＜病院歯科＞

【その他の紹介先】

- 3 次医療である市民病院などへ紹介
- かかりつけ歯科クリニックに紹介
- かかりつけ歯科医院での対応可能なところまで行っていただく。
- 在宅訪問歯科を行っているクリニックへ紹介。
- 近隣の開業歯科医と個別に相談している
- 障害者を専門にしている近くの歯科医院に紹介している。
- 上司や歯科医の知人に相談する
- 地域の歯科医師会の担当者、他の病院歯科に相談する。
- 地域の障害者歯科診療所に相談
- 近隣の施設と協働して行う。
- 患者が認知症で係わるかかりつけ歯科の医療機関と相談する。
- 口腔外科疾患以外の一般歯科診療は障害者歯科や高齢者歯科等の専門外来を持つ歯科大学に依頼することもある。
- 外科的介入は当科で行い、一般診療は可能なかぎり開業医に依頼する。
- 当院こころの医療センター(精神科)へ対応を相談する。全身麻酔科で治療を行う。
- 当科が紹介される立場であるが、患者背景により近医を紹介する症例もあります。
- 当科では基本的に紹介制で有り、歯科治療対応でない場合、かかりつけ歯科に一度戻すようにしている。
- 当科は入院中のみの対応のため、緊急でなければ応急処置とし、退院後にかかりつけの歯科、もしくは認知症と受け入れてくれている病院へ紹介する。
- 老年歯科医学会の認定／専門医等の医療機関を紹介する。

【自院で対応】

- すべて対応しています。（他 1 件）
- できる限りのことを行う。（他 14 件）
- 一応現在は対応できている
- 何としても自設で行っている。
- 可及的当院にて対応している。
- 家族と相談し、できる範囲内で診療を行う。
- 家族様等の意見も聞き、できるところまでのことをする。
- 患者の状態に応じ、可能な範囲で可及的に処置を進める。
- 基幹病院のため、来院された以上は対応します。
- 基本的に可能な範囲で対応する。
- 基本的に対応している（他 6 件）
- 対応できなかったことはない（他 6 件）
- 対応できない患者は過去に存在しなかった。
- 対応できない理由により対応は様々。基本的にすべて対応する。(通院が困難などは近医に紹介する)
- 最終受け入れ機関のため対応している、次の紹介先はない（他 1 件）
- 当院が紹介を受ける側である。（他 2 件）
- 時間がかかっても対応できるようにしております。
- 自分のできる範囲で対応させてもらい、家族に説明させて頂いている。
- 出来る事をする（地域での最後方の病院なので）
- 症例が多いため大多数は対応しています。
- 上記で言うところの紹介先となるため何とかする。
- 精神科主治医や家族と相談し可能な範囲で処置を行う。
- 船橋市さざんか診療所へ紹介します。
- 全て受け入れている
- 他所が断って、最終的にたどり着いた患者さんが多いので、状態に応じた治療内容を家族の人に説明して治療に入る。不意の動作対応で歯科治療→抑制下での治療→定期的な口腔清掃のみ
- 対応が困難なのはどの施設でも同じだと思うので、当診療科にてできる限りの対応をすることになろうかと思います。
- 断らない
- 口腔外科疾患は断らず応需します。
- 基本的に抑制や処置前の充分な説明等、状態に合わせて対応はしています。
- 地方であるので他院に通院不可の方が多く、意地でも対応する。
- 当院歯科が精神科認知症病院の歯科なので、個々で対応できないときは全麻しかないと考えている。
- 当科で可能な限りしか治療を行うが、対応できない場合は口腔衛生管理などに切り替えてサポートしていく。
- 当科で対応できない場合、他施設での受け入れは難しいため、当科で対応します。
- 当科で対応困難であれば、どこでも対応困難なので仕方がない。
- 当科は地域の「最終」紹介施設なので、あらゆる社会資源を MSW と共に探って、自前で対応するしかない。
- 二次医療機関であり、基本的には対応する。（他 1 件）
- 入院中の患者メインなので、入院中に断ることはないです。転院時は転院先にレターします。
- 認知症があるためにお断りしたことはありません。全身状態の悪化などで対応できなくなる場合はあります。
- 認知症で治療をしないことはない。治療が不可の場合はある。
- 認知症の程度に合わせて自施設で対応します。
- 認知症を理由に断ることはありません。
- 抑制などを行い対応している（ただし抜歯等の外科処置のみ）
- 例えば義歯作製が難しくても、現状の口腔機能で食べていくための食支援につなげていくようにしている。基本的には断る事はない。
- P 処のみ等できることのみ治療介入する。

【院内連携】

- 院内ケースワーカーに相談する
- 院内コンサルテーション、かかりつけ内科など対診し地域連携とる
- 院内のしかるべき科
- 院内の医療ソーシャルワーカーに相談する。
- 院内の他科と連携を取る。
- 院内の内科や NSW に相談。
- 院内医科のサポートをつける。
- 院内居宅担当に相談して 1～3 へ。
- 院内神経内科等に対診、2 次的に対応を行う。
- 院内他科と連携し対処する。
- 院内他科と連携する。
- 当院の認知症専門部署に相談（精神科、心療内科へ相談する）。
- 当院精神科と連携します。
- 当院精神科に共診を依頼し、全身麻酔科での処置を行う。
- 当科の連携歯科医院へ紹介する。
- 当病院が精神病院であり、最終的な医療機関であり、院内医師と連携しすべて対応している。
- 病院内科医、精神科医に相談し、対応について相談し、その上で対応する。(当病院には神経内科医、精神科医がいらっしゃるため)
- 病棟生活医と連携し対応する。
- 法人内の施設の患者様が多いので、法人内であればまずは看護師やケアマネ等相談。

【多職種連携】

- ケアマネジャーさんや訪看さんに訪問歯科導入の相談をする。

・　ソーシャルワーカーに介入していただいております。
・　ソーシャルワーカーを介入させて治療する。
・　診察する必要があれば家族やケアマネ等に相談する。
・　認知症看護認定看護師に相談し対応を検討する。
・　MSW と相談する。

【地域連携】

・　地域包括支援センターと協力して対応する(治療含む)。
・　地域連携で対応
・　地域連携を通して探してもらう

【医科に相談】

・　患者さんやご家族のかかりつけ医科へ依頼させていただく。
・　主治医と相談する。
・　担当医師と対診し、方針を検討する。
・　認知症に対応されている医科の先生に相談する。
・　認知症の外来（精神科）に相談することもある。
・　法人の認知症専門病院へ相談し主治医の指示を仰ぐ。

【ご本人・ご家族と相談】

・　ご家族の方と一緒に受診して頂ければ対応する。
・　できることとできないことを説明し、了解の上、どうするかきめる。中断もあり得る。
・　可能な限り対応した上で家族などと相談。
・　家族、付き添いの方と相談
・　家族などに付き添い来院して頂く。
・　家族の意向を尊重(本人に決定能力がなければ)
・　後見人に説明して断る。
・　付き添いの方がいれば、説明し、できる範囲で治療を行う。

【その他】

・　大学病院なので受け入れている。家族に連絡する。症例に応じて専門家が対応する。院内の他科に相談や紹介する。
・　16 歳以上は不可
・　がんばる
・　どうしようもない時も断ったことはない。とにかく根気よく対応するのみである。当院では以前からほぼ毎日、外来入院の認知症患者の歯科治療を行っている。
・　なぜ対応できないかによる
・　まがりなりにも可及的に対応している。
・　ゆっくり時間をかけ、関係性を構築する。
・　医科に戻し、そちらで判断を求めます。
・　一般歯科治療はなく、抜歯などの目的で紹介患者のみ対応しています。
・　可能な対応は行うが、歯科治療が多く必要なケースの対応が難しい。
・　可能な範囲内での治療に留め、急性症状や著しい QOL 低下が生じた場合には全麻下での治療を検討。
・　緊急性があるときは大学病院、慢性に経過している場合は経過観察しながら投薬等で様子みている。
・　高齢者医療施設（要介護高齢者の療養型医療施設）のため、自施設で看護し、介護員と相談しながら対応する。
・　歯科治療は当院では抜歯のみなので、一般歯科を当院では担当することはほとんどない。
・　自施設で治療し在宅医へ返送する
・　状態にもよるが、必要な処置があれば全麻で施行する。
・　全麻下の歯科治療を行う。
・　当院では歯科治療は行っておりません。口腔外科治療は行っております。
・　当科では受け付けていない。
・　発達障害のお子様をメインに診療しております。もし依頼があれば、まずは診察させて頂きます。
・　病院歯科のため、ご入院中の対応となり紹介は不可である。よって何度か声掛けを根気強く行い、それでも難しければ介入不可という流れになる。
・　不明(少数のため)
・　当科で受けるが全身疾患との関係で医科対応困難な場合は断る。

＜歯科医療機関＞

【その他の紹介先】

・　校区に 1 つある○○県ではおたっしゃ本舗に相談
・　障害者歯科

【自院で対応】

・　当院で対応する（他 1 件）
・　できる限りのことを行う。(他 11 件)
・　できる範囲のことを家族に説明して治療を行い、できないことは病院歯科に紹介。
・　その人の状況に応じて当院で対応できることを模索し、その結果を本人または家族十分説明して処置を行っていく。
・　頑張って治療する。
・　往診にて対応（他 3 件）
・　時間や日数をより多くして対応する。
・　介助者が同行すればやる
・　付添人に説明し、治療する。(他 1 件)
・　今まで認知症ということで他医院に紹介したことはない。できるだけ自医院で対応しようと思っている。
・　断らない。診療室での問題行動が激しい場合は往診で対応する。

【多職種連携】

・　ケアマネジャー、家族等に相談する。(他 2 件)
・　患者様のケアマネジャーさんに相談する。家族同席で支援して頂く。
・　対応が難しいことを話して、自宅に来てもらっている看護師さん、ヘルパーさんに口腔ケアしてもらうようにお願いしたことがあります。

【地域連携】

・　地域包括支援センター、民生委員等と連携。
・　地域包括支援センターへ相談。
・　地域包括支援センター等と相談
・　民生委員と
・　社協や市のサポートシステムを利用。
・　町の介護支援事業所で月 1 回担当者会議があり、医師・歯科医師・ケアマネ・ヘルパー・保健師等で協議することがある。

【医科に相談】

・　主治医に状態を把握するため問い正すことあり、本人(患者)により対応できる。
・　神経内科の専門医にまず相談する。

【ご本人・ご家族と相談】

・　ご家族、ケアマネジャーさん等に相談します。そして紹介先を決めます。病院歯科か大学病院に。
・　ご家族等に同席してもらう。(他 3 件)
・　ご家族もしくは介護認定を受けていたら CM に連絡を取る
・　家族に相談（他 1 件）
・　家族に相談し、自治体等支援相談を紹介する
・　家族へ可能な限り、認知症対応法について説明します。
・　御家族とお話をして説明して、今後の治療方針を決める。
・　他の可能な方法を考え、ご家族・施設スタッフと相談し、別でできる処置を探す。

【その他】

・　そのようなケースはない。(他 1 件)

・　やれるだけやっていますが、タービンなど使用時危険なときは無理に。
・　断って自分で診療所に行ってもらう。紹介したら、紹介された方に嫌がられる。
・　近くの病院歯科に紹介するが、しっかり治療してくれない
・　ケースにより異なる
・　可能な範囲で対応し、難しいときには説明を家族に行う。
・　担当の方に連絡する
・　要介護 5 の認知症の口腔管理のみ行っている。

(20) 認知症の人の歯科治療に対応できない場合の受け入れ先として望ましい連携機関

＜病院歯科＞

【受け入れ先：自院で対応・院内連携】

・　当院が受け入れる側なので問が？院内 SW 通して、地域と連携している。
・　自院で対応。ケアマネとの連携。歯科で連携しても意味がない。
・　この地域では、最終的な受け入れ先であると考えているため、かかりつけ医とかかりつけ歯科医が連携して早期に 1 歩進んだ治療が行えて、認知症患者やその家族にとって、望ましい口腔管理が行える愚考しております。
・　なし。対応できない方を受け入れます。
・　院内の関連各科と連携し、処置にあたる。
・　基本的に当院ですべて受け入れる。
・　基本的に入院患者の診療を行っているため、病院内で対応する。
・　自院で可能な限り対応する。
・　自科が最終医療施設として機能している(地域において)。
・　上記で言うところの紹介先となるため何とかする。
・　大学等の高次医療機関が近隣にないので、なるべく当院で対応するようにしている。
・　全く対応できないという場合はないと考える。できる範囲で自院で対応する。
・　当院が受け入れている
・　当院が受け入れ施設ですので、今まで他院に紹介することがありませんでした。
・　当院で受け入れるしかない部分もある（大学病院であるため）。
・　当院は大学附属病院にて受け入れ先となる。
・　当科から患者を送ることはないので返答は難しいです.
・　当科が近隣歯科から相談され認知症の患者さんに対応する施設なので「対応できないから他に紹介」というのはありません。当院神経内科医師と連携し、何としても当科で対応します。
・　当科が受け入れ機関である。
・　当科で対応します。
・　当院当科が受け入れ先となっているため、当院で困難であればどうしようも無いと思っています。
・　当診療科にてできる限りの対応をすることになろうかと思います。
・　病院歯科なので可及的に受け入れている。
・　本学、他診療科（医科）との医療連携を行い、適切に安心安全な医療サービスの提供に努めます。

【受け入れ先：近隣の高次医療機関・病院歯科】

・　往診専門の歯科病院
・　もしどうしても必要で理解できずに治療できないとしたら全麻での対応となると思われるので、高次医療機関に頼むしかない。
・　近隣で受け入れ可能な大学病院がある。
・　歯科大学病院の障害者・高齢者歯科等の専門外来機関
・　障害者、認知症等、診療体制が整っている病院。口腔外科ではマンパワー、時間的制約もあり一般歯科治療して行くには限界があると思われる。
・　精神科病院に併設歯科にて認知症患者の歯科治療ができるようにすることが望ましい。当院（同一法人）は精神科病院歯科と連携しており、そこでの治療が行える体制を取っている。
・　静脈内鎮静法などが行える大学病院などの医療機関との連携。その他は可能な限りと当科で対応したい。
・　当院で難しい場合は〇〇大学医学部口腔外科、或いは〇〇大学高齢者歯科等と連携。
・　二次救急医療機関の口腔外科として対応できないものは、三次救急医療機関に紹介する。
・　日赤など
・　認知症治療を行っている病院（大学含む）の病院歯科
・　病院により患者層が違いますので、一概には言えませんが、一次、二次救急医療機関で病床数も少ない病院歯科であれば、比較的対応は可能ではないでしょうか。

【受け入れ先：近隣のかかりつけ歯科医療機関等】

・　かかりつけの歯科医院の先生がそれぞれ対応できるようになるべきだと考えます。

・　かかりつけ歯科医院など対応可能なところまで行っていただくなど、研修できるとよい。当科が一般歯科の対応が不可であるので、歯科医院へ紹介せざるをえない。
・　一般歯科治療であれば、近隣の歯科診療所が受け入れるべき。病院歯科であっても、一般治療の場合は、充分に時間を確保できないことがあるので。
・　患者さんのご地元で受け入れ可能な地域歯科診療所がある。
・　患者様が通いやすい場所にあり、認知症の方の対応ができ、ご家族に連絡しやすい歯科医院
・　近隣での対応可能な歯科医院があることが望ましい。
・　近隣で受け入れ可能な地域歯科診療所がある。
・　近隣で受け入れ可能な地域歯科診療所があることが望ましい。
・　近隣に、○○歯科診療所をいう、対応可能な施設があります。
・　近隣の一般開業医の先生で受けていただいている。
・　近隣の歯科診療所
・　在宅で対応可能な医院で対応頂く
・　在宅を中心に行うクリニック
・　在宅患者と施設利用者に関わらず、訪問を含めた可能なかぎりの口腔ケア実施と一般歯科への依頼。
・　地域の歯科医師会を窓口に対応できる歯科診療所を探してもらう事くらいしか思いつかない。なにせ当院は地域支援病院なので他に当たるといっても限界があり、当院で何とかしないとならないためです。
・　地域歯科診療所（いつも顔を合わせいる歯科医師)あるいは訪問診療歯科医師。昔からかかってる先生がいらっしゃればそこでみていただくのが一番安心されているように見受けます）
・　認知症ご本人、ご家族（付き添いの方）が通院しやすい近隣で受け入れ可能な歯科診療所や医療機関がある。
・　認知症に対応できる地域歯科診療所
・　認知症の受け入れ可能な地域歯科診療所があれば望ましい。

【受け入れ先：近隣の訪問診療を行う歯科医療機関】

・　近隣での訪問診療医への紹介
・　在宅や施設への往診が可能な歯科医院
・　施設入所などあれば、そこに来られている訪問歯科医による保存的な歯科治療介入。
・　地域の歯科医師会へ相談させていただき、往診などが可能なかかりつけ歯科をご紹介させていただくように病診連携を充実させていく。
・　継続して歯科治療が必要な場合、在宅の訪問歯科を実施している歯科医院
・　補綴（義歯等）にも対応できる訪問歯科。

【受け入れ先：その他】

・　○○県歯科医師会口腔センター○○
・　障害者歯科
・　障害者歯科が良いのではと思います。
・　障害者歯科を専門にする歯科医師
・　障害者歯科を専門に扱う診療所等があれば助かります。
・　歯科医師会運営の障害者歯科治療施設
・　地域の障害者歯科診療所との連携
・　全麻が必要な場合は、それが可能な医療機関に紹介する。
・　大学病院のみの集中ではなく、地域ごとに分散して施設があることが望ましい。一カ所大病院に集中すると、待ち時間や予約がすぐに取れないこと、遠方まで出向かなければなどの問題がある。
・　大学病院は口腔外科メインになってしまい、忙しいと思うのであまり紹介しても負担になるのかなと思うので、認知症に特化した診療所や訪問診療やってるところと連携が望ましいと思います。（老年歯科学会加入されている先生がおられるところ etc）
・　大学病院や高次医療機関でも歯科口腔外科では外科的なことや粘膜疾患などが対象となっていて、単なる歯科治療では受け入れてもらえないことが多いため、「高齢者歯科」や「認知症歯科外来」のような科を近隣に作ってもらいたい。
・　認知症の人の治療の相談ができるセンター等が近くにあればうれしいです。（できるかぎり病院歯科としては対応するようにしたいため）
・　認知症専門病院、施設、担当する訪問歯科と連携（移送可能であれば病病連携で口外処置実施）
・　必ずしも急性期医療の病院では障害者を含めた認知症患者の歯科治療施設として適切なことばかりではないと思われます。ある程度、このような患者の治療に特化された施設が必要と思われる。
・　訪問などがよいかと思います。
・　訪問は行っていないため、歯科医師会との連携が望ましい。
・　老年歯科や障害者歯科など、認知症の人も含む、それに特化した部所が必要で、出来れば大学病院などではなく、身近な地域の歯科があれば良いと思うが、むずかしいとも思う。

【体制・仕組みづくり】

・　近隣で受け入れ可能な地域歯科診療所があるかどうかわかるとよい。
・　歯科医師会の連携室で治療している医院等を紹介できるシステムがあればよい。
・　病院歯科や一般歯科で受け入れ OK の情報開示を。受け入れてくれても、家族が連れて行けなかったり、介護タクシー問題も出てくるだろうと思います。近くで対応。これが一番重要です。
・　訪問歯科診療をおこなっている歯科医院。それぞれの地域で認知症患者への対応が可能な施設やシステム作りが必要。
・　患者は今後、ますます増加すると思われるので、国策として専門医療機関を設置する。
・　（精神科等）医科と直接連携しやすい病院（歯科）あるいは診療所が望ましい。歯科診療特別対応連携加算の施設基準で、イ）の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係わる施設基準適合するものとして届け出た医療機関はもちろんのことだが、ロ）の条件では診療科だけでなく病院歯科、口腔保健センターも当加算の該当とすべきであり、受け入れ先を増やす、（診療報酬的にも）受け入れしやすい環境の医療機関を増やすべきである。
・　機関との連携の周知と認知症予備軍の方の予防が必要だと思われます。「歯周病と認知症の関係」がもっと広く認知され、精神科の Dr との連携が必要かと思われます。また、ご家族の協力度にも応じて「治療しない」の選択となる事もあります。認知度の程度に応じて対応の仕方も変わってくるため、どう対処すれば良いかのレクチャー等も、歯科医療従事者向けにして頂けると勉強になりますし、多くの歯科医師も対応が可能になるものと考えます。
・　高次医療機関が認知症の歯科治療に適しているわけではありません。口腔外科疾患の治療であれば、全身麻酔や鎮静法を利用して可能ですが、全体的に口腔を管理することは困難であると思います。むしろ病院から地域の診療所に多く紹介するシステムを構築する必用があります。
・　高次医療機関や大学病院なども、結局通院困難の問題があるので、なるべく多くの地域歯科医院が認知症の患者への対応力を向上して受け入れてくれること。また在宅医療を行う医療機関や地域の包括支援センター、訪問看護ステーション、ケアセンターなどと連携して訪問歯科診療を行ってくれる歯科医院を増やすことが重要と感じる。当院は精神科病院なので、かなり重度の認知症の方もおられるが、歯科治療上の問題よりも、そもそも歯科を受診しないまま口腔内が放置され悪化していくのを、もっと地域で早期発見できる仕組み作りの方が重要であると考える。
・　高齢者専用の歯科センターの設立を望みます。
・　受け入れ可能な医療機関がわかるとありがたい。
・　全国一律の制度は困る。医学部歯科口腔外科も専門はまちまちで、歯学部のない府県においては、歯科医師会立口腔保健センターは重要な 2 次期間保険医療圏ごとに市町村+歯科医師会運営の医科歯科連携機関が必要と思う。
・　当病院のような総合病院の歯科口腔科では、埋伏歯、外傷、口腔癌などの口腔外科疾患を中心に治療を行っており、歯科治療は入院患者の応急的な処置のみです。歯科治療を行う人員的余裕や技術はあまりありません。認知症患者の歯性感染症や外傷などには認知症でない人と区別することないように取り組んでいます。認知症の程度も様々あり、拒否が強い場合に保存療法が困難で抜歯となるような場合は、総合病院の歯科口腔外科で対応が必要と思います。通常の歯科治療ができない、行いにくいという理由で病院の歯科口腔外科へ、というのは無理があり、困難と思われます。治療内容は、歯科治療であるため、一般の歯科医が（歯科医師会を中心にでも良いと思いますが)、手間や時間をかけて治療を行うシステム作りをしないと病院歯科口腔科や大学病院だけでは対応しきれ

ないと思います。認知症の人の歯科治療を特殊化せず、歯科医や歯科医師会が取り組むべきだと考えます。

- 当施設は要介護高齢者の療養型医療施設であり、基本的に認知症が理由で他機関に紹介する事はない。大学病院であっても、その治療分野（専門診療科）だけではなく、高齢者や認知症患者に対応できる診療科に紹介できなければ、あまり意味はないと考えている。そういう意味で、認知症を含めた要介護高齢者を専門とする診療科の充実が必要と考える。

【その他】

- 大学病院は、認知症の人の治療よりももっと先進的な高度な治療に力を注ぐべきである。認知症の人には、歯科治療よりも継続的にみて、早めに治療する必要以上にはしないというスタイルであれば、大きな機関との連携も不要かと思います。
- いずれも内科か、精神科など総合的に対応可能な施設でないと、受け入れ不可能と思います。
- ケアマネジャーや認知症の外来の医師に連絡する。歯科医学的な高次医療よりは、かかりつけ機能のある歯科診療所で受け入れる整備に注力する為、患者の生活を守る介入が望ましいと考える。認知症で歯科治療が困難な方は他の生活場面でも困難が生じており総合的にサポートすることが本人の利益につながるし、結果として、歯科診療所で適切な医療を提供することにも貢献すると思う。歯科で発見のスクリーニングがなされて、専門につなぐような連携。(問診での聞き取り、未受診なら診断の為の受診勧奨)
- 16 歳以下の障害児の患者様を優先的に受け入れさせて頂いているから。
- 16 歳未満であれば対応します
- 医学部大学病院、歯学部大学病院は当地区にはないため。
- うちは精神科病院の歯科で、毎日認知症の患者を診ているので、対応できないことは今まで一度もなかった。
- ここの辺りでは、認知症の受け入れをしているところがほぼないように思います。口腔センターに頼むことがあるのは麻酔の専門医がいたり、笑気麻酔を行っていたり、一般歯科（C 処やギシなど）対応しているから…とのことになります。又、訪問や施設を提携している歯科医師が対応しているのかなと思います。
- そもそも歯科治療が必要なのでしょうか？流動食で良いと考えます。
- どこまで治療するか、ある程度の長期展望が必要と考えます。ずっと通院はできません。通院不可能になった時を想定して、口腔ケアを中心に往診も対応してくれる「かかりつけ歯科医」を早くから作っておくことが最も大事と思います。急性期のみ、高次医療機関・病院歯科、歯学部大学病院にたよる形。
- どの施設もいやなのではないでしょうか。外来でネグレクトの Pt を診てくれないとクレームなったことがありました。結局、施設に入居されました。口腔衛生状態が悪く、義歯洗浄や口腔ケアに時間を取られ、義歯調整にたどり着けないことがありました。時間がかかる上に収益がありませんし文句を言われるとつらいです。
- よくわからない
- 観血的処置以外は受けていない
- 近くに受け入れ先があるとご家族の負担も減るかと思います。安心できるかと思います。
- 近隣のかかりつけ医療施設・介護施設と協働して治療を行う。
- 軽症者は各医院で対応。中～重症者は、全麻または鎮静下で歯科治療をするため、歯科麻酔の Dr と運用すべき（堺市はそうしている）。
- 現在の所、認知症で困ったことはないが、コンサルトするならば高次医療機関 or 歯科医師会となる。
- 口腔外科は、歯科治療を専門とするところではないと思う。地域の歯科医院で受け入れ治療ができるよう対応力をあげてほしい。医科は認知症だから、とか障害児だからとかで”科”が分かれることはない。歯科だけが患者を断ったり専門の所へ紹介などしておりおかしいといわれている。
- 口腔外科疾患であれば当科で対応。
- 口腔外科的疾患については当科で対応。保存、補綴等の治療は行っていないので解答できません、
- 今までことわったことがないです。
- 歯科治療をメインにした場合、口腔外科では対応してません。病院、大学病院でも歯科診療は全く行っていないところもあることをご理解いただきたいです。
- 歯科的治療で治療しなければならないケースで、当科では困難な場合、例えば口腔外科の手術が必要であったり、癌等の疾病の場合、高次医療機関に紹介することはあるが、たいていの場合、院内の医師と連携し対応している。歯科医師は非常勤 3 名なので苦労はしているのが現状である。アルコール・薬物による精神病の○○県の最終病院であり、相応のアルコール性認知症の患者も多い状況であり、日々対応している。摂食嚥下機能療法にも対応している。
- 受け入れ先もなく、近くに大学病院もなし。
- 重度の認知症ならば障害者と同等に扱えばいいと思う。通常通院できるくらいの患者さんは一般歯科でも対応すべきだと思う。何でもかんでも二次医療機関に送ればいいという考え方は二次医療機関への負担が重くなりすぎる。
- 処置への協力が困難なケースが多いため鎮静下での処置など歯科麻酔科医の元での処置が必要となることが今後増えてくるのではないか。このため歯学部大学病院での診療の受け入れ窓口をより広く設けるべきと考えます。当院は、二次医療機関内の口腔外科ですが、一般歯科治療の受け入れまでは出来ないため負担の分担が必要と思います。
- 上記の理由で受け入れる所はありません。
- 全麻下手術を要する疾患お受け入れ先について、他県ではどのようにされているのかお教え願いたい。
- 定期的に全麻又はセデーション下での歯科治療が行える。日帰りの短期入院のできる病院歯科（全身管理の面でも）(口腔外科でない)。うちに来院されている認知症の患者さんは、急性期病院から入院期間の関係で放り出されたような形の方や、急性期で重度の認知症のため、退院を余儀なくされた方等も多く、全身状態がかなりシビアなため、歯科だけの判断で他の機関へ紹介できない。最近、歯科治療を行わない口腔外科の歯科医が増加している感あり、急性期で歯ロストあっても入院期間中義歯を装着しておらず、装着できなくなって転院して治療に当たることが非常に多くなった。認知症が進行した状態で義歯の受容が困難になるケースが多いのに。
- 当院は特別養護老人ホームを有しているため、認知症発症前のかかりつけ歯科医との情報の共有がスムーズに出来るように連携を取りたい。
- 当科は口腔外科診療のみで、一般歯科は原則的に行っていません。
- 入所施設や訪問歯科に相談してみる。
- 認知症だからといって必ずしも高次医療機関などへの紹介が必要なわけではないと思います。むしろその方の療養されている環境下で歯科治療を受けられるよう訪問歯科との連携が必要と思います。また通院可能な ADL の方ばかりでもありません。その意味でも地域で受け入れ可能な訪問歯科診療依頼先があることは重要と思います。
- 認知症であることが理由で歯科治療に対応できない場合はありません。
- 認知症といっても人によって程度が全く異なります。軽度ならかかりつけ医科、重度なら対応可能な施設にお願いしています。
- 認知症のみならず、知的障害や精神障害を有する患者の歯科診療を専門的に受け入れ可能な施設の設置や行政をまきこんでのシステム構築が望ましいと考えます。現状では県内に認知症患者受け入れ可能な機関はありません。
- 認知症の患者といっても程度があるため、家族の協力、本人が暴れないなどの条件があれば、開業医でも対応は可能であるが、そうでない場合は専門の訓練を受けたスタッフ及び設備がある場所での治療が望ましいと考える。当院では軽度の場合は治療しているが全身状態が悪い、開口保持が困難で治療時に予期せぬ動きをするなど危険が予測される場合は紹介している。
- 認知症の人を医療機関に連れて行く人手の問題があります。それ故治療はかかりつけの歯科医院が行うべきと考えます。病院（高次医療機関の）の歯科口腔外科は一般歯科治療を行うようには構成されていないですし。
- 病院歯科と地域診療所との双方向的な連携
- 病院歯科口腔科にて一般歯科治療は対応なし。抜歯などの紹介患者のみに対応しています。
- 法テラス。はじめに治療ありきではなく、治療をしないとオプションも視野に入れた総合的な見地から判断し、提案できる機関（現在はない）が創設される必要があると考えます。咬むことの改善→認知症の進行抑制と思われがちなテーゼを改めて疑うことも必要かと考えています。
- 本人やご家族の負担を考えると市町村を越えた歯科への受診は頻繁には行えないと思います。近隣

の歯科への受診や訪問診療を充実させる方が良いように感じます。歯科大のある大学病院であれば受け入れしてくれると思いますが、歯科大ではないと口腔外科の先生方しかおらず、基本的に口腔外科を専門にされているので、積極的に受け入れてくださるのか正直不安です。
- 離島の為、受け皿がない。今後の課題の１つと思う。

＜歯科医療機関＞

【受け入れ先：自院で対応】
- 依頼される側なので、認知症だから紹介するということはない。
- 外来で気になる様子が見られたら、まずご家族の連絡先を聞き、できれば家の様子を確認し対応を検討する。独居の場合、ご家族が遠方の場合はすでに他のサービスを受けているか、担当のケアマネジャーがいるかを確認する。担当がいない場合は地域包括支援センターに連絡し、今後の対応を相談する。今のところ以上のような対応をしている(訪問診療に移行する場合もあり)ので他院に依頼はしていない。
- 現在、認知症の患者さんには、できる範囲で対応して診療してます。
- 自院で治療可能であり、重症患者の場合は近隣病院と連携を取っているので差し当たって問題はない。強いていえば紹介先医療機関の治療を患者が独断で中断した事があったことがある。
- 自院にて対応する
- 田舎なので自院でなるべく対応せざるを得ない。地域の歯科医院が連携をとって、互いに対応できるようにすることが必要。
- 当院の治療で全く問題ない。
- 認知症の人の治療は、当医院の訪問歯科診療で対応できている。

【受け入れ先：近隣の高次医療機関・病院歯科】
- ○○大学障害者歯科、○○県歯科医師会障害者歯科診療所などに紹介。
- 医科と歯科、介護職員などと連携している病院・診療所
- 一次医療機関の一部として、当院に認知症患者が紹介されてくる。近くに○○大○○クリニック、○○大附属病院があるため困ることはない。
- 近隣に障害者歯科(大学からの派遣)がある。
- 幸い、同県内の大学病院に歯学部があり、そちらに紹介させてもらってます。
- ○○市民病院(病診、連携施設登録)、○○病院(老人病院)。地域医療のため、長期開業していると病診連携が必然的に生じるので、医科歯科連携はスムーズである。認知症患者でも術前に情報が得られることが多い。
- 神経内科と口腔外科もある総合病院や大学病院
- 精神科
- 精神科と歯科がある病院
- 設立の理念から考えても近くの○○病院に紹介するのが良いと伺っている。
- 同じ区内に認知症の専門病院があるので、そこに歯科を併設してもらい、専門医に常駐していただき、何かあれば相談できるようになるといいと思います。

【受け入れ先：近隣のかかりつけ歯科医療機関等】
- 1.近隣に受ける診療所があれば助かる。2.遠くに行けとは言えない。
- 近隣で受け入れ可能な地域歯科診療所がある

【受け入れ先：近隣の訪問診療を行う歯科医療機関】
- 近隣で受け入れ可能な診療所を紹介する。訪問依頼もできる。
- 通院の危険を考え、訪問診療での対応が望ましいと思います。

【受け入れ先：その他】
- あまり近隣とは言えないが、○○市歯科医師会の休日、障害者診療を兼ねたところに在宅歯科医療連携室があるので、重度の認知症患者はそこで診てもらうのが望ましい。
- ご家族の同意を得た上で、治療の必要性等を説明して受け入れてくれる機関があるとスムーズ。患者さまに近くで希望されるケースが多く、一度紹介してもすぐ来院される場合があるため、紹介するのも難しい場合がある。
- つきそいの方の負担を考えて、とにかく近隣であることが望ましいのではないか。
- 各地域の「保健センター」に歯科が関われるようにする(認知症対応として)。運営は公費を財源とするか…
- 近隣ではそのような医療機関はない。ケアマネなどとの地域連携
- 県の障害者医療センター、歯科大学病院の障害者歯科
- 高齢者歯科、障害者歯科、訪問歯科に特化した歯科医院に対応をお願いする。認知症の方は通院するにしても、ご家族など介護者の付添いが必要なケースが多く、介護者の負担を軽減する意味でも訪問歯科への導入を積極的に行った方がいいと思う。訪問歯科に積極的に取り組んでいる歯科医院（歯科医師）であれば、その経験からしてもほとんどの認知症の方への対応は可能だと個人的には思っている。
- 市内の専門診療所
- 歯科医師会の先生に紹介する
- 自治体等の認知症窓口を通じて対応可能な歯科を紹介することで、ハブの役割を果たす機関が他の職種(多職種)とをつなげてくれるのではないか。
- 受け入れ可能な大きな病院というより、受け入れができる診療所を増やすべき。対応が難しいというより、診療するのにメリットがないため、やらない、受け入れない診療所が多すぎる。
- 全身麻酔での治療ができるところ
- 地域包括センター
- 地域包括支援センターと相談するが、歯科治療できなくても、認知対応の相談は可能になる場面あり。
- 地元の歯科医師会での連携
- 地方都市では高次医療機関、病院歯科等はないので、口腔保健センターに歯科医師が常勤に口腔ケアについて衛生士とともに治療を行う。

【体制・仕組みづくり】
- これからますます増える認知症の方への対応は、歯科のみならず、それこそ医科歯科薬、介護、看護全体で診療に対応する必要があると思うので、専門病院や専門施設が必須と思われる。
- 専門の医療機関の設置
- 専門の施設があっても良いかと思われる。
- 認知症になると通院が大変になるので(回数や場所も含め)通所のデイサービスなどで訪問歯科を受け入れる制度ができると良いと思います。
- 認知症の治療や精神疾患の病院の歯科を充実させ、そこに紹介するシステムが理想的だと思います。総合病院の歯科口腔外科でも認知症を入院できない病院では対応できません。
- 有病者歯科や高齢者歯科にくくるのではなく、認知症歯科として受け入れる機関がほしい。口腔外科は認知症の勉強や経験が豊富なわけではない。
- 認知症患者の受け入れができることを、しっかり情報として提供してくれる病院、診療所があると助かります。

【その他】
- 完全なる最終治療を目指さず、バランスの良い内容を目指しているので年相応の、無理のない治療を行っている。治療に限界あるときは食事の形態による栄養バランスを優先している。そのため認知症を理由に外部と連携することはない。
- 近隣に歯学部大学病院がない
- 地方においては通院が可能な距離に大学病院はない。口腔保健センターに認知症対応のできる常勤医がいない。以上より、受け入れ先はないものと困っている。
- 現在、当地域では全身状態に問題なければ全麻下で C の治療が可能です。
- 自分で外に出て受診できる人に関しては家族と相談しながら、治療させてもらっているが、認知症の方をみてくれる歯科があったら、活用するかもしれません。
- 重度の方は精神科と連携もありますが、そこまでして歯科治療が必要か、難しいところです。残根が多く、腫れのひどい方などは口腔外科に依頼し、全身麻酔で 1～2 回で残根全て抜いていただいたことが何回かあります。（持病をお持ちで、訪問で抜歯が難しい方も）
- 大学の口腔外科は本来の役割とは違うのではないかと思う。
- 病院歯科や口腔保健センター等は遠くにあるので、近くに専門の受け入れ施設があることが望まし

い。
- 摂食嚥下訓練や口腔ケアは毎日の積み重ねが大事なのですが、月に 1～4 回しか当院では見れません。嚥下機能検査は病院でしたけど、その後のリハビリは認知症が進行している方は自分で実行することはできません。家族やスタッフが、食事量が落ちているのを不安に思うことが多いです。摂食嚥下訓練が、日常的にできるような機関と連携できることが望ましいです。
- 当院の地域では高次医療機関以外の施設が近くにないので、「望ましい連携先」だけで考えれば第 1 に歯学部大学病院(いろいろな歯科専門がある)、第 2 に口腔保健センター(機能にもよる)、第 3 に高次医療機関，第 4 に医学部大学病院。
- 当県には歯学部がない。

(22) 受け入れ体制・システム・工夫等

【設備・環境等】
- ユニットが高齢者でも座りやすいバリアフリーのものを使用しています。認知症を診ている先生方も多く、相談に乗ってくださいます。
- 診療器具などの誤嚥や突発的な体動に対して対応する。例）小器具には全てフロスを結び着けておく（ガーゼ類にも）。例）チェアタイムが短くできるようになるべく間接的作業にできることは置き換える。
- 当科では①リスク管理②感染管理③栄養管理の 3 つの視点を強化した診療システムを構築しています。1．公益財団法人日本医療機能評価機構認定第 PA39-4 号、主たる機能：精神科病院（認定 4 回目）。2．医科・歯科の情報共有（電子カルテ）、主治医・看護師による歯科紹介状システム。3．入院時口腔内診査システム（主治医による歯科への紹介）4．嚥下回診、画像検査（VF,VE）（岡山大学病院スペシャルニーズ歯科センター、医療支援治療部の非常勤歯科医師による診療）。5．病棟における歯科衛生士による口腔ケア。6．マニュアルの整備。・歯科診療マニュアル・摂食嚥下障害への対応マニュアル・言語聴覚士マニュアル・口腔機能低下症マニュアル・歯科医療安全管理マニュアル・感染管理マニュアル・非常勤歯科医師向けの歯科診療マニュアル・口腔ケアマニュアル。7．歯科ヒアリハット・医療事故検討委員会の開催。8．専門分野の知識・技術を有した複数の歯科医師による診療（一人の患者に対して分野ごとに専門の歯科医師が治療を行う。岡山大学病院クラウンブリッジ補綴科、スペシャルニーズ歯科センター、歯周科、医療支援治療部の非常勤歯科医師が在籍）。9．日本老年歯科医学会認定医・専門医・指導医が在籍。10．日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士が在籍。11．院内の会議、委員会への参加（医局会議、病棟会議、教育委員会、広報委員会、病院感染防止対策委員会、医療安全管理委員会、栄養委員会、褥瘡委員会）。
- 当科は当医療圏の基幹となっており、すでに歯科医師会との体制が構築されています。
- 当科医員の多くが､障害者歯科学会、老年歯科学会、摂食嚥下リハ学会など専門性を持った者が在籍している。また、地域医療包括ケア推進会議、地域個別ケア会議に委員として参加することで、協力体制を構築している。
- 予約時に十分なお時間が取れる枠での診療体制とすることが可能。ご本人を含み､ご家族や施設の方との情報共有を大切にし、治療中は診療室内にご家族が入れるようにしてあります。
- 予約枠（時間）とスタッフ（人）を準備する。家人を交えて綿密な話し合いをする。

【医療従事者の研修等】
- スタッフに学習させて対応する。ソーシャルワーカーと連携をとって対応する。
- スタッフに対応力の講義をし、知識の共有。担当医と連携を取る（院内・外）。家族と連携を取る。
- スタッフの学習は不可欠。個室の使用。
- スタッフの対応力の強化。
- スタッフの対応力を促す。
- スタッフ間での認知症に対する知識、および対応力の向上。認知症患者似合わせての予約の調整。
- スタッフ含め協力体制は整っている。
- スタッフ教育。
- スタッフ全員で研修会に参加する。院内での連携をさらに強化する。外部の病院歯科に見学に行く。
- 医局員の認知症対応力の更なる向上を目指す。院内の医療連携の更なる推進。
- 現在行っている対応の継続となる。スタッフの認知対応の経験を生かす。困難な場合の他病院との連携構築。
- 口腔外科治療を行っております。歯科医師、看護師、衛生士の認知症対応力の強化が重要と考えます。
- 歯科医師、歯科衛生士の対応力の向上。認知症の病態についての研修。
- 歯科医師会との連携システムが嚥下の分野で行われているので、認知症患者さんに範囲を拡大することで､協力体制を構築していきたい。
- 講習の受講。主治医、家族との連携。
- 歯科医師会の認知症対応向上研修を受講しているスタッフを増やす。
- 診療に携わるスタッフ間での情報共有や症例を重ねて、経験を蓄積することが重要と考えます。
- 診療所スタッフに認知症の知識、対応の共有。（勉強会など）一般の歯科医院との連携の構築。

・ 数名のスタッフが研修会を受講しているが、今後も継続し、さらに対応能力を向上させていきたいと考えている。
・ 患者さんの行動・言動を否定しないように対応力を強化する。重度になる前から口腔ケアを受け入れてもらえるように環境整備する。
・ 治療を導入するにあたり、対人援助論に基づくコミュニケーション能力を高める。
・ 対応法の熟知、人員の確保、スピーディな診療体制、見守り強化。
・ 地域の歯科医院との連携体制の構築。勤務する歯科医師の教育。
・ 認知症に対しての学びの機会を増やす。
・ 認知症の対応力は県内で最もあると思っています。院内外、特に歯科医師会との連携システムは行政を含めて構築中で、それなりの成果を上げています。
・ 認知症の有無にかかわらず対応している。可能な範囲で良としている。
・ 認知症への対応に習熟したスタッフを中心に、受け入れ体制を拡大していく。
・ 認知症への理解を進める。
・ 認知症医療中核病院に指定され、認知症関連疾患センターも開設されているので、院内研修なども実施されており、医科歯科スタッフとも対応は可能です。
・ 認知症患者の対応について勉強する、共有する。
・ 認知症患者への対応を職場で学習する。
・ 認知症患者対応力強化。
・ 認知症対応力研修会の参加（受講）
・ 認知度進行度に合わせた、歯科治療を説明できるようなプレゼンテーションスキルを身につける。認知症の患者を受け入れることを院内外にアピール。近隣の医療機関、地域住民と協力体制を整える。

【医科・院内連携】

・ 医科との連携、認知症対応の知識・技術の共有。
・ 院内の認知症ケアチームに協力を依頼する。
・ 院内外との協力、スタッフ教育、施設への呼びかけ。
・ 院内外との協力体制を強化する。
・ 院内外にかかわらず、連携を取り、対応が困難なために治療を断らないよう、診療科スタッフに認知症に対する知識や対応力を身につける。
・ 院内の関連する診療科との協力体制を構築する。医療ソーシャルワーカーとの協力体制をつくる。
・ 院内外の協力体制のシステムを作り対応。多少の慣れも必要だと思います。
・ 院内外の協力体制を構築する。
・ 院内他科との連携
・ 高度認知症の場合は、特別病棟（精神科専用病棟）での受け入れを行っている。
・ 治療内容を検討し、精神科・心療内科医の協力等の認知症対応チームの支援が必要な場合は、治療前の介入を依頼する。
・ 主治医との情報共有により対応する。
・ 精神科などと連携して行っていく。チェアータイムを十分にとっていく。治療が怖くないように優しく接していく。
・ 精神科への連携、笑気・鎮静・全身麻酔など薬物療法の応用。
・ 個室や時間の余裕、人員を確保するなどこれまでと同様歯科のスタッフのみの受け入れ体制というより、病院スタッフ全体の全ての Kr への対応力の向上が本質的。さらに専門者がいれば外来に応援に来てもらえると治療時のみでなく、家族、今後についてスムーズになるよう働きかけられるかもしれない。
・ 他科との協力体制を構築する。
・ 他科と連携して認知症の勉強会を行い、対応力を鍛える。
・ 地域医療連携室が窓口となり対応している。
・ 当院には併設老健施設（一般棟、認知棟）があり、特に認知棟スタッフが認知症対応に慣れていて、困った症例があれば、速やかに応援してくれる体制がある。
・ 当院の中に精神診療科および認知症センターが併設されている。そことは連携している。
・ 当院は脳外科イベント後のリハビリ入院者が多く、全スタッフが高い対応力を持つ。そのため特別な工夫などは行っていない。
・ 当院精神科との連携をより強固にしていく。
・ 当院精神科にコンサルトする。
・ 当院通院中であれば医科連携をしていく。Ns の応援を要請する。
・ 同一法人精神科病院の併設歯科と連携し、当院で難しい症例は送るようにしている。
・ 認知症対応可能な専門医（内科医）との協力体制が整っている。
・ 認知症と診断した医科医療機関との連携。
・ 病院として認知症の受け入れに積極的なので、必要時は認知症看護認定看護師等と院内連携して対応が可能。
・ 病院を通じて、民生委員などの手配。他スタッフとの共同診療。
・ 病院医師に相談可能。
・ 病院歯科なので併科受診を希望されると断れません。（口外ではありませんから）知識のアップデートと、日々の経験と後は体が勝負です。
・ 病院歯科口腔外科のため入院等も可能なため、外来で治療困難な症例に対しては入院にて治療を行っている（全身麻酔など）。また、外来の場合も予約時間を長く確保し治療を行っている。
・ 病棟看護師や関連施設看護師より連絡を受けることは随時可能である。また、入所、入院し、必要があれば歯科検診を行っており、月 1 回歯科会議で報告している。
・ 当科は精神病院内の歯科であるため、認知症の対応に慣れたスタッフが協力して治療している。

【ご家族・キーパーソン等との協力】

・ これまで通り患者側（キーパーソン）のニーズに合わせた歯科診療を検討する。（鎮静下での診療を含む）口腔ケアについては地域との連携を図る。
・ ご家族、ケアマネジャーの協力を得る。場合により、治療時の同席や抑制の協力を得る。施設長、看護師より患者の特性についてヒアリングを密に行う。
・ ご家族の協力が必須のため、ご家族に対し対応力を促す。スタッフの理解、協力。ケアプラン等に組み込めるようケアマネジャーへの協力体制。
・ ご家族の付き添いがあれば対応する。
・ 家族がついていれば、今まで全てうまく行えている。
・ 家族の同意を得て適宜抑制帯、開口器等を用いる。患者対応スタッフ人数を増やす。
・ 家族や付添い等、患者の周りの人も交えて治療方針などを話し合っています。
・ 介護者ヘルパー等と協力体制の構築。地域での見守り体制の構築。
・ 施設職員、家族等の付き添いの人と来院してもらい、説明了承を得てから治療している。
・ 認知症 Pt 一人で来院しなければなんとかなる。一人の場合は家族に連絡する。
・ 福祉・介護専門職と連携したり、家族等の付添いを協力してもらったり、スタッフが治療しやすい環境を整えることで、受け入れを検討したいと思っている。
・ 診療科スタッフに認知症対応力を促す、院内外との協力体制を構築するといった内容と同様にこちらも学ぶだけではなく、周囲の協力もできる限り行ってもらっている。

【治療について】

・ あくまでも観血的処置のみ
・ あくまで口腔外科であるので、外科的なことで手一杯であるが、もし歯科医師の数が今後増えたり、当院に派遣していただけるのであれば可能である。
・ かかりつけ医が外来治療困難と判断して、口腔外科への紹介となっているので、基本的には全身麻酔下での治療となります。
・ 医療保護入院が可能。全身麻酔下での歯科治療（外科含む）が可能。
・ 基本抜歯対応になります。
・ 受診患者の大半が高齢者のため、認知症の有無で対応に困ったことはない。対応として予約時間には余裕を持って予約を所得しているため、一人一人に時間をかけて対応診療を行う。
・ 受診前に判明していれば、時間の調整や付添いとのコミュニケーションを図る。受診後に判明の場合、かかりつけ医に対診する。
・ 説明は必ず家族や施設職員を交えて行う。処置の際に体動が大きい場合には、鎮静や全身麻酔下での

処置を検討する。
- 全身状態にもよりますが、全身麻酔下での処置として対応しています。根管治療などは行わず、抜歯もしくは保存（C 処置など）での対応としています。
- 全身麻酔および静脈内鎮静法下での治療が可能である。
- 全身麻酔にて対応する。
- 地域連携室を通してご家族と相談し、納得していただける治療方針を固めて治療に臨むよう工夫しています。
- 鎮静が必要な場合の院内での体制構築。

【その他】
- “治療困難”の理由によりけりです。
- かかりつけ医との連携。
- すでに歯科診療において認知症対応可能な体制にあるので、この旨の広報をさらに検討したい。（認知症対応力向上研修を修了した機関の案内リストには載っているが、これに基づいて紹介されることはほとんどない）
- ただし、外科処置を除く一般歯科治療は今まで紹介ないが、仮にあれば原則お断りする。理由として、当科本来の外科治療に支障を来すようになる可能性があるためである。
- ただし口腔外科が中心なので、歯科治療を行う機会は少ない。（口腔外科疾患ほどではない）しかし、認知症 Pt は普通に診ている。特に体制を変える予定はなく、現行通り。（当科スタッフ以外の多職種で対応）
- マンパワー、時間がかかるが採算は低いことを事務に理解してもらった上であれば受け入れ可能と思います。高次医療機関の協力医と今後も連携を取っていければ、紹介先としての機能を十分果たせるものと思います。
- 可能な事例については、可及的に対応。
- 外来通院の Pt で外科症例なら対応。院内医科入院 Pt の入院中の口腔管理、歯科治療について対応。
- 各職種との連携を図る。
- 基本的に認知症の方を治療しています。困ることは、かかりつけ医へ戻す際に相手先から断られることがあります。
- 元々、認知症の入院患者さんも多い病院なので、患者さんによってどのような治療ができるのか日々スタッフとコミュニケーションを取っていく。
- 現行以上の対応は難しいが、可能な限り、可能な範囲での治療を行う。
- 現在も受け入れており、医科スタッフ等と連携して、できる範囲で治療を行っている。
- 現在考慮中です。
- 現状で受け入れています。
- 工夫としては患者の生活環境（介護含む）に悪影響をきたさないよう十分に配慮すること。
- 今までに上記での直接紹介はないが、歯科医院でトラブルの後、当院を受診する Kr の方はある。多くは家族の付添いがあることがあり、本人のみではなく家族、キーパーソンの関与は大事と考える。
- 時間を十分に取っておく。
- 紹介をいただければ受け入れします。
- 障害患者と同等の対応をとることになると思われます。
- 精神科の中にある歯科のため、入院患者さんには認知症の方が多数いらっしゃるため、その方たちへの治療等はすでに行っています。外来患者さんで認知症が理由での来院はまだございませんが、受け入れ可能です。ケースワーカーもおりますので、医療連携も行えます。
- 精神病院併設の歯科なので、認知症の患者さまへの対応は慣れている。
- 積極的とは言いがたいが、医科（院内）と連携して行くことで、入院・外来通院患者の対応は現行通り続けていく予定。
- 積極的に受け入れることはどうか分かりませんが、相談された場合、診察することはまず行ってみます。その人の状態により、可能な治療をまずは少しずつ試してみるところからだと思います。主訴（痛み等）があれば、その対応を可及的に行ってみることも必要と思います。徐々に慣れることができるかを見ていきます。
- 多くのスタッフが確保できる時間に受け入れするようにしている。
- 多職種で連携する。
- 地域に根ざしているので、やるしかない。
- 地方歯科との連携をより強固にする。
- 当科では現状認知症の口腔がん症例に対する治療をどのように進めるかが課題。（今後間違いなく増加するため）
- 当科では認知症の程度にかかわらず、ほとんどの歯科治療が可能です。が、一般的な歯科処置については認知症を受け入れることが可能な診療所との連携を図っていきたい。
- 当科で急性症状等の対応を行った後は、地域診療所での管理体制がスムーズに移行できるよう連携を強める。鎮静法などの行動調整を併用する場合の入院管理体制。スタッフ教育。
- 当科は外科がメインのため、認知症だからと言って処置で困ることはほとんどなく、家族とコミュニケーションを取って治療しています。
- 当科は口腔外科に特化した診療を行っており、これまでも積極的に認知症患者の外科的治療について受け入れている。反面、一般的な歯科治療については一切対応していない。
- 特に特別な体制は取っていない。脳神経内科からの依頼の患者は普通に受け入れている。日常的に高齢者（認知症のあるなしにかかわらず）を受け入れている。
- 特別なことはなく、患者さんのスピードに合わせてゆっくりと行っています。必要に応じて全身麻酔下や鎮静下で一度に治療を行うこともあります。
- 内科、麻酔科、事務などとの連携を深める。
- 入院加療が必要な場合の入院体制の強化。一般歯科治療を行ってくれる施設との連携。
- 入院患者のみ対応なので、当院精神科に入院すれば可能。
- 入院全身麻酔の症例は対応。一般歯科は大学病院障害者歯科へ紹介。
- 認知症ケアカンファレンスを行い、多職種より他場面での情報を交換する。得られた情報により、歯科治療時に応用できないか、または、時間帯等検討する。
- 認知症と診断を受けた病院との連携システムを構築する。現状でもご家族さま、施設職員さまと協力して治療を行っているので、それより具体的に（プロトコール等を作成して）整えていく。
- 抜歯および外科的処置は受け入れる。当院は認知症の口腔がん患者の治療を行っている。
- 別段他の一般患者と変わらないのであれば、認知症であることを理解した上で対応すれば良いだけではないでしょうか。
- 訪問歯科ですでに対応している。
- 面倒でも最善を尽くすのみ。

(23) 受け入れ困難の理由

【治療等について】

- 一般歯科治療は行っていないため（口腔外科のみ)。(他 19 件)
- 一般歯科治療に対応するスタッフの不足。認知症患者対応スキルの不足（研修不足等)。
- 救急な症例のみに対応する。かかりつけの機能がないため。
- いわゆる歯科治療をほとんど行っていないため。口腔と摂食嚥下のみ。
- がん専門病院のため、一般的な歯科治療を原則受け入れておらず、応急的な対応・口腔管理に留まる。
- 口腔外科で手がいっぱいです。当科は口腔外科のみを行っています。歯科治療は紹介元（かかりつけ歯科）にてお願いしてます。
- 口腔外科のため、基本的に一般歯科診療を行っていない。開業歯科で対応困難な場合のみ受け入れて入るが、人員、器材等不足しているため、なかなか難しい。
- 口腔外科業務に支障をきたしかねないと思われる。抜歯等の外科的治療は受け入れ可能と考える。
- 口腔外科疾患には対応できるが、一般歯科診療に専門とする診察医が不在の為
- 口腔外科処置は何とか行いたいと思っている。その後の連携歯科を探せるかどうか。
- 健常者も含めて原則として、一般歯科診療に対応していない
- 疾患次第、認知症有無にかかわらず一般歯科は行っていない。
- 全身麻酔での処置なら可能かもしれないが、全身状態が悪ければ難しい。また、認知の程度により他科との連携が必要になる。口腔外科であり、基本的には、通常の歯科治療は行っていない。
- 地域連携により、口腔外科診療は受け入れています。一般歯科治療は地域診療所に依頼しています。
- 投下は口腔科診療を専門とし特化しているので、口腔外科疾患については受け入れるが、一般歯科的治療は受け入れていない。
- 当院の医科への通院入院している方であれば問題なく受け入れ可。院内連携としても重要と考える。地域からであれば、例えば抜歯などの単処置の紹介であれば受け入れ可だが、いわゆるかかりつけにはなれないため地域へお戻り頂く。
- 当科は口腔外科診療に特化している。そのため認知症高齢者に多い顎関節脱臼の手術治療は積極的に受けている。しかし一般歯科診療は行っていないため、このような症例の受け入れは不可能である。
- 当科は口腔外科的疾患は認知症の方でも治療しておりますが、その他の治療し保存、補綴治療については専門外のため、かかりつけ歯科での治療をお願いしております。
- 認知症に限らず一般歯科治療は受け入れておりません。口腔外科疾患については従来通り受け入れます。院内外との協力体制を構築することは、地域での勉強会等を通じて進めていくとよいと思います。
- 入院患者のみの対応で外来患者をとっていないため。(他 6 件)
- 入院患者の歯科治療と近在歯科からの抜歯依頼で受け入れ困難です。
- 急性期病院であるため、病院として積極的に受け入れる姿勢がない。
- 自院における周術期の患者が治療対象のため。
- 当院は入院患者のみの対応としているため、近隣歯科で治療が困難かつ当院入院中であれば受け入れることは可能であるが、入院されていない場合は受け入れは困難となる。
- 当院歯科口腔外科は当院治療患者・入院患者に対する周術期口腔機能管理を中心とした口腔管理を行うために開設されており、一般外科からの受け入れは困難。
- 当院入院中の患者の歯科治療を基本的の行っており、他院より歯科治療のみの患者受け入れを行っていないため、外来受け入れのシステムが整っていない。
- 当科の対象患者は基本的に入院患者のみなので、システム上対応していません。しかし入院した認知症患者には十分対応したいと考えております。
- 当科は当院に入院中の患者のみしか受診できないため、外部より認知症が理由で歯科治療が困難となった患者さんの受け入れが困難なため。ただし当院に入院中で認知症の患者がいた場合は受け入れ可。
- 病院としては地域医療支援病院であるが、歯科は週 2 回非常勤歯科医師で回している状態である。入院（予定）患者のみ対応しており、現状として他施設からの受け入れは認知症に限らず困難である。
- 病棟の診療をメインに行っているため(病棟には多くの認知症患者がおります)
- 産婦人科単科の病院なので、医師も認知症までは対応していない。
- 治療内容が可能なものに限り受け入れる。
- こども病院であるため、高齢者自体、診療しておりません。
- 重症心身障害者の入所施設内の歯科であるため、積極的に受け入れることは困難ではあるが、対応可能な患者さんに関しては受け入れており、当科で対応困難と判断した場合には、病院歯科へ紹介しています。
- 小児リハビリ病院のため、小児科・整形外科より院内紹介がないと受診できないため。
- 小児病院のため認知症患者≠小児に限られるため、わかりません。
- 小児病院の歯科として、当初から想定していない。
- 障害者専門の病院であるため。
- 職域病院のため
- 当院は保健医療機関ではあるが、職域病院としての役割が大きく、認知症患者の受入数が非常に少ない現状である。
- 当院歯科は、精神疾患が原因で入院されるので、歯科的要因による入院は困難なため。
- 当園はハンセン病療養所で有り、外部からの患者の受け入れはありません。
- 当園は国立ハンセン病療養所であり、園外の患者は受け入れていないため。
- 当科は障害者歯科であり、入所患者、外来患者で予約、診療がいっぱいである。中途障害である認知症まで手が回らない状況である。ただし、先天的に障害があり、その方に認知症が発症した場合は、その限りではない。
- 当科は療済センター内歯科のため、初診（新患）として 18 歳未満の発達障害のある方を受けています。そのため認知症の方がいらっしゃることはないと思います。ただし静静や全身麻酔ができますので適宜対応するかもしれません。
- 病院として急性期の対応が主であるので、その流れの中では困難である。残念ですが。
- 病院の事業部、院長、理事長との相談が必要なため。
- 病院運営者の判断による。

【設備・環境等】

- チェアーが数少ない
- ユニット 2 台のため、対応できない。鎮静法など応用下での治療ができない。
- 環境が整備されていない。
- 周辺の施設、外来、入院患者が来院されており、現状で予約が取りにくい状況が続いている。新患はお断りしている。また 1 日あたり非常勤の歯科医師 1 人、非常勤の歯科衛生士が 1 人のため、マンパワーがないこと。またユニットが 1 台しか使えないことなど、十分な設備がないため。
- 診療ユニットがなく、長時間のチェアタイムを確保することが困難です。
- 全身麻酔や静脈内鎮静で処置が適応となる場合もあると思われるが、そこまで設備がない。また常勤がいないので管理不十分となり得る。
- 当歯科室閉鎖の為、受け入れできない。
- 処置の内容によって鎮静下での処置も考えられるが、当科単独での処置は難しい（麻酔科人員、器材確保など)。
- 全身麻酔や鎮静を行う必要があると設備や人員不足により、受け入れ困難となる。
- 鎮静等が必要な場合、静脈注射などはできないため、認知症の程度や処置内容によっては難しいと思われます。

【認知症の重症度による】

- ケースによって異なるので分からない。積極的には受け入れないが紹介があれば可能なかぎり協力していく。
- 可能な範囲で受け入れ、困難であれば高次へ紹介
- 個別の症例により判断するため、画一的には回答できない。(他 2 件)
- 困難となった理由によっては対応できる場合もある。
- 今までは認知症が理由でお断りしたことはないが、その患者さんの認知症の度合がわからない為、

診療室に来院できるのであれば診察してます。
- 診療時に指示に従命できるか否かによる。
- 程度による。鎮静、全麻が必要なレベルなら設備の整ったところでやるのが重要だし、それをそろえるのは難しい。
- 当科へは歯科治療目的に紹介されることはありません。舌癌・歯周癌の治療・精査依頼で紹介されます。認知症の程度により受け入れ可能か判断して家族付き添い等の条件全て満たせば受け入れています。
- 入院中の方に関してはなるべく対応できるよう努める。認知症の程度、治療内容により対応可と不可の場合がある。可能な範囲では対応予定。
- 認知の程度と症例による（他 3 件）
- 認知症の重症度評価によって、歯科治療の方法も異なってくる。また診療施設の選択されるべきと思うが、スクリーニングシステムはない、管制する部署がないのが実情。
- 認知症の程度によると思います。咬み合わせが必要なときに“咬んでください”が出来ないのであれば歯科治療そのものが必要ないのではないかと考えます。

【その他】
- 「積極的」に受け入れはしたくない。しかし紹介された場合、断ることもない。やむを得ず責任を持ってすべての症例に対応する。
- 「積極的に受け入れる」ことはできないが、可能な限りは対応していく。ただ、あまりに言動が攻撃的な場合は対応できる設備がないため難しい。
- できるかぎり治療を行うが、指示が全く入らない患者さんの場合、治療によってはできない。鎮静法が必要な患者さんは専門外なのでできない。
- まず対面して判断すべきでは？口腔・栄養・オーラルリハビリ等歯科関係者に対しても理解がやや浸透して来つつあるが、他団体への浸透が不足し、連携が進んでいないような印象を受ける。国の施策として推進してほしい。歯科医師会だけでは限界があり、効果は薄いと思う。
- 院内のニーズに応える優先順位あり
- 外部から積極的には受け入れないが、当院医科に入院中の患者や併設の老健の入所者はたとえ認知症であっても当科で受け入れるようにしている。
- 看護体制(病棟管理)に関しては、必ずしも適切ではない。継続的歯科治療を行うための(このような患者に対し)しか器材の準備がない。
- 急性期病院の入院中患者を中心に診療しているため、入れ替わりが激しく、それだけでもやるべきことが多い状態です。外来部門を大きくするには Dr1 人では無理そうです。
- 現状、人員不足の為、受け入れ困難です。
- 今後、地域関連病院と連携し協力していきたいと思います。
- 歯科外来は週 1 回のため、積極的な関わりがしにくい事情があります。すでに神経内科の外来があるため連携は可能。
- 歯科大学病院の有効な患者受け入れをより期待したく思います。紹介内容によると考えます。当科は口腔外科のため開業医さんからの一般歯科診療（認知症のため）の治療までは受け入れることは難しいと思います。
- 事故発生時の責任問題
- 時間と余裕のある範囲内なら対応します。（他 1 件）
- 治療困難な場合は紹介を受けても、そのままの事例も多いため。
- 自院で診療してもらえば良いと考えるため、積極的には受け入れない。紹介は受ける。
- 自院に来院される患者さんは見ますが、紹介を受けるほどノウハウはない。
- 実査に来院されたならば、病院の立ち位置より受け入れざるをえないと考えてはいる。
- 週に 2 回しか診察していないので、予約の空き状況とから余裕を持った診察時間を確保できるかわからないため。
- 障害者さん（身体、知的）メインで診ているので、診ることは出来ると思いますが、もし訪問となると時間的にムリです。1 人 Dr のため、治療予約の間隔が 2-3week ごとになります。
- 障害者歯科分野を発展させ病院の科として作る。もしくは、歯科口腔外科に配属させる。
- 時間がない、人員不足、余裕がない、収益性がないといった問題はあるが、受け入れた患者さんに対しては対応している。現在のところ、今までに受け入れられなかった患者さんはいない。
- 精神科病院のため、院内紹介に限り診察を行っている状態。院内紹介であれば、認知症患者でも受け入れています。
- 積極的ではないが受け入れはする。
- 積極的な治療を家族が希望されても、患者本人が激しく拒否される場合がある。鎮静療法を用いれば、治療できるかもしれないが、ノウハウがない。なので、口腔ケアで維持するだけとなる。
- 積極的な受け入れという表現には達していないので。
- 積極的な受け入れは困難であるが、可能なかぎり対応している。
- 当院では附属病院での診療も現状の人員で行っており、今後積極的な受け入れは難しい。
- 当院には認知症病棟があり、入院患者、外来通院患者の対応は行っている。紹介があれば受け入れは可能だが、積極的にとまで言い切れないため。
- 当科の本体である精神科にまず受診していただいた上で、精神科の主治医となった医師との相談の上であれば受け入れ可能である。今まで前例はないが今後は前向きに検討できる。
- 認知症が理由で治療を断る事はないが、他院の認知症患者が当院に集まることは、現在の診療ペースが保てなくなる恐れがある。
- 認知症ケアの専門スタッフ数が限られている。救急時等は対応が難しい。抑制なども対応困難。

(24) 認知症の人の歯科治療に関する課題

＜病院歯科＞

【インフォームドコンセント】

- インフォームドコンセント（他２件）
- インフォームドコンセントが困難。ひいては治療進行に支障を来す。
- 外科暦処置に対する IC。
- 治療に対する理解と同意の手取をどうするか？（特に独居や身寄りがない場合）
- 治療内容の説明、同意、術中の協力がいずれも困難。
- 説明と同意。本人の意思。
- 説明等がどれくらい伝わっているか分からない。
- 同意の取り方。
- 同意をどのようにして得ていくか。意思疎通困難マニュアル等ありますが、それに基づいて行っていますが、本当のところは自信ないです。
- 認知症患者の自己決定能力とインフォームドコンセント。収益性がない（認知症患者の対応が診療報酬の点数に反映されていない。）。

【意思決定】

- ご本人が本当に希望されている治療の把握。
- ご本人との同意が確実でないため、ご家族やキーパーソンと確実な連携が取れるように注意を払う。治療者と受け手との間に認識の違いが生まれないようにする。
- ご本人の意志決定支援に対する教育と情報（医療者、家族全ての関わる関係者）
- 患者さん（+ご家族）と一緒に相談して、最善と思われる治療を提供できれば良いのですが、それがかなわないことがあります。
- 患者とのコミュニケーションの問題。インフォームドコンセント・・・認知機能低下や意識障害などのために患者の意思確認が困難な場合、以前の患者の言動などを家族からよく聴取し、家族などとの十分な話し合いのもとに、患者自身の意思を可能な限り推定し、治療を行わなければならない。治療中における患者の体位や開口の保持。
- 患者とラポールを確立すること。
- 患者の尊厳を大切にしたときに、拘束してまで治療の必要があるか。本人ではなく、家族への承諾になる。
- 患者自身の希望が一貫しないため、長期的な治療計画が困難。
- 治療内容の理解が難しいと思います。それにより、治療方針も決めづらくなると思われます。
- 治療内容を失念していることがあるため、文書や繰り返し説明を行う必要があり、家族や歯科以外のスタッフとの連携が必要とされる。
- 治療方針についてや、治療内容について意思統一が得られないことが多く、つきそいもその都度違うとなかなか進まないこともある。家族が認知症のことを知らなかったり、家族も共に認知症で、他に親族がいないこともあり、認知症センター等と連携も必要なことがあり、開業医院では対応困難なケースもあるのでは？
- 主訴がうまく伝えられない。予約通り来院せず、治療計画が立案しづらい。従命が困難な場合がある。説明を忘れ、説明用紙も見当たらなくなり、トラブルになる。→開業で十分時間を確保して対応するには診療報酬に限界がある。
- 生命予後と家族の希望、本人の希望をどこまでかなえてあげられるかだと思います。
- 認知症患者の理解の有無。代理人からの許可。
- 抜歯依頼だが、ヘルパーの方と来院された際に、キーパーソンの方は抜歯に同意していただいているのか確認が困難。
- 本人、介護者や施設職員等、本人を取り巻く人も含めて意見調整が必要になってくる。
- 本人・家族への説明、理解度。治療のゴールライン（どこまで治療するか？）。
- 本人が望んでいることを把握することが困難である。
- 本人の意思がなかなかしっかりと把握できないことだと思います。
- 本人の同意を得にくい。治療内容、回数が限られる。
- 本人の理解、協力が不可欠。地方は特に人材が不足。時間、手間がかかる。
- 本人の理解が得にくく、治療の進行が遅くなりやすいことです。

【治療方針立案・内容等】

- お話したことなどを忘れてしまったり、義歯をなくしてしまうことが多い。
- ご自身で口腔ケアをすることが上手にできなくなる。歯科治療の必要性を理解していただくことが困難と思われます。何かノウハウがあれば教えてください。
- 意思の疎通が難しい。
- 意思の疎通を取ることが困難ゆえ、適切な対応を取ることが難しいことがある。現在、DH が一人であるため（DH の確保が困難）、治療介入等時間がかかる。
- 意思疎通、開口保持、体幹維持の困難。家族、施設の協力の有無。
- 意思疎通が困難。治療に協力性を得られにくい。主訴の把握が難しい。
- 意思疎通が困難であること。
- 意思疎通が困難な場合が多く、どのように対応するのが一番良いのか分からない。
- 意思疎通が難しいので、治療中の開口継続の指示が伝わりにくい。突然気分が変わって怒り始めたりするので、できるだけ優しい対応で時間（チェアタイム）を短くする必要がある。
- 以前どこでどのような歯科治療を受けたかを聞き取れない。
- 医療者の指示が理解できない。体動がある患者をどこまで治療するか。
- 何度も同じ説明をしなくてはならない。
- 介入の程度や治療のゴール設定。
- 開口、開口保持困難。持続的な唾液の吸引。治療時間を短くするための歯科材料の開発。歯科治療の複雑さ。どこまで加算するかの見極め（ゴールをどこにするか）。
- 開口をしてくれないなどこちらのオーダーが入らないことで、歯科治療が困難になることがあるので、そこはどうすればいいのか課題かと思われます。
- 開口維持が困難なことが多い。
- 外来での対応は困難（症状による）。
- 患者への負担を少なく（回数・１回の時間）、最大限に治療効果を得ること。
- 患者自身で口腔ケアを行うことができないとき、口腔衛生状態を良好に保つことが困難になること、どこまで治療を行うかの判断が難しいこと。
- 既往や処方薬、予約に関してスマートにできれば良いと思う。
- 記憶力がないため、なぜ治療が必要なのかの理解が難しいように感じたときの対応が難しい。何度も同じ説明を行い、対応しています。
- 義歯の管理、同意確認などご本人だけでは対応できないことも多い。支援される周りの方、環境にも左右されてしまう。
- 義歯の対応が難しい。家族の理解と同意。（施設入所中の患者の場合は特に難しい）
- 義歯の紛失が繰り返し起こる。現在の治療のしばりは６ヶ月は製作できないことになっている。（保険内の話ですが）
- 義歯作成可能の線引き。小義歯の扱い可能な口腔機能の線引き。（感覚、誤飲の可能性）積極的抜歯が必要な残根（半分埋まっている、炎症の起因になるような）保存か否か。
- 口腔ケアや治療がおろそかになりがちなので、積極的な治療（ケア）を心がけていきたい。
- 口腔外科的に治療が必要な場合、入院や全身麻酔など受け入れ体制を確立する必要がある。
- 口腔内の清掃不良（本人が自身でケアできないこと）による歯、口腔環境の不衛生。患者の非協力があるため、鎮静下での処置が対応できる人、施設の拡充が必要と思います。
- 高齢の患者が多いので、入院や転院が必要なケースが多く、施設への転院となるケースもあるが、どの施設でも十分な歯科治療を提供できるわけではないので、必然的に継続治療や良好な口腔環境の維持が難しくなる。
- 高齢者での義歯紛失は QOL の低下につながるので、義歯を紛失しないようなシステム（義歯に発信装置を埋め込む、携帯で場所が特定できるなど）が必要と思われます。
- 骨吸収抑制薬を内服している人も多いと思いますが、きちんと口腔管理がなされておらず、また、薬を飲んでいるかどうかも理解できないため、ARONJ を起こしやすく、重篤化しやすいので、この

点を改善していくことが必要と思います。
- 指示が通らないこと。（例えば義歯製作時での咬合保持や顎位の正確性を見極めるのが困難、また、製作後の使用が適切にできるのか、管理ができるのかという問題）衛生管理が困難である。
- 指示が通らないことが多いため治療が困難。
- 指示が入らない場合と失行状態の判別をつけるのが困難なケースがあると思います。
- 指示に従えない場合には、家族の同意を得て処置が必要であるが、施設の人しか来院していないなど家族が未来院のことが多く、治療開始まで時間を要する上、治療時間も多く必要である。
- 指示動作に応じられない場合の対応や周囲の理解、協力など。
- 歯科治療における理解力がなくなる→治療が進まない、突然に怒り出す。
- 歯科治療を行っても、またカリエスになる。再発のリスク高い。
- 歯科疾患に対する病識がない、または低い。訴えと症状に乖離がある。
- 治療に対する協力をいかにして得るか。協力が得られないならば、どのように進めていくか。（コマニチュード等の方法論を活用しています）
- おとなしい方は良いが、暴力的な方は治療困難なことが多く、対応が課題です。
- 治療のゴールが見えること。
- 治療のゴールの設定が分からず、一人の判断では進められない。
- 治療のゴールを定めづらい。（口腔内診療がろくにできない状態で紹介元での治療立案ができない）治療の協力を得づらく、全身麻酔下での処置を行わざる得ない場合もあるが、姑息的対応になる場合もある。
- 治療の範囲とどこまでにするかは課題です。
- 治療への協力、理解度の問題。一人で来院できない場合の介護力の問題（老々介護、独居など）。
- 治療もですが、ご自宅での口腔管理が難しいと感じます。
- 治療を行っても、毎日の口腔ケアが不十分になりやすい。
- 治療方法が限定される。
- 自宅や施設での口腔ケアの継続啓蒙。
- 症状が感じにくくなったり、訴えることができなかったりするため、歯科治療への本人の理解・受け入れが難しかったり、家族の理解・協力が得られにくかったりすること。セルフケア能力が低下するため、治療とともに、日常の口腔ケアがうまくいかないと治療自体はうまく進まなかったり、治療後にすぐに悪化してしまうことがあり、口腔ケア介助について介助者への指導、介助者の協力が必須であるが、それがなかなかうまくいかない場合が多いこと。
- 症状が進行してから受診される場合が多く、定期ケアをもっと充実させる必要がある。
- 信頼関係の構築。
- 摂食嚥下リハビリをしにくい。
- 短い時間での治療が求められるので、どこまでやるかが問題（課題）である。
- 特に義歯の取り扱い。
- 日々の口腔ケアが重要となるため、家族の協力や負担が問題となる。
- 日常の口腔ケアの面で本人が非協力的で、介助者によるケアができないと、口腔衛生状態が保てないこと。
- 日常的なブラッシングなどのケアが本人への指導だけでは改善しない場合、家族や入所施設職員への協力を求めるが、十分な協力を得られないことが少なくない。
- 入院患者はある程度状態が管理されているので、病歴確認可能だが、外来患者については、全身状態の確認が難しかったり、遅れることがあり、歯科治療を進めるのに支障が出ることが多い。どこまで治療するか（できるか）の判断。
- 認知の方は、1）身体に触られることに抵抗を示す。2）治療に強い抵抗を示す場合が多い。3）他人に指図されたり、構われるのを嫌がり抵抗する。4）口腔内に入ってきた者を反射的に噛んでしまうなど歯科治療を行いにくい面があるので、多職種と家族との連携を密にして対応して行く必要がある。そのシステム作りが課題である。
- 認知レベルにより協力動作が得られないこと。指示に従うことのできない方→義歯新製のケース、義歯修理のケース。
- 認知機能検査その他の主訴検査の（イ）が歯科でも算定できれば、積極的な根拠を持って医科紹介ができるようになるのではと思います。
- 認知症で独居の場合の対応。説明や予約等ご家族と一緒に来てもらうことが望ましい。
- 認知症とひとくくりに言っても、徘徊や暴言・暴力等、認知症の種類や症状によって大きな差があり、個々人に対する対応が必要な点が難しい。
- 認知症の症状、レベルに応じた治療のゴール設定。（例えば抜歯して義歯作製まで行うべきか、抜歯のみ行い後は定期的な口腔清掃支援で様子を見るのか。義歯を使いこなせるのか。）
- 認知症の状態をよく理解し対応する。（医院の受入量越えているようなら無理せず、高次医療機関を紹介する。）
- 認知症の人で骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（骨髄炎）をきたした患者さんへの治療やケアが大変です。食支援の問題含め、今後対応に苦慮する症例は増えてきます。また、残存した歯が影響して、粘膜損傷したり食べにくかったりした場合の抜歯の可否について、治療困難となるケースが多く困っています。
- 認知症の方の場合、特に行動的な方は治療中に徘徊等の行動を行ったり、治療拒否等の行動で治療が危険を伴うこともあるから、本来ならば付添い看護を行う人が、横で治療中に見守りを行うと安全に歯科治療ができるかと思われます。
- 認知症の方の要介護度によっても口腔内が悪化する期間が異なってくるため、口腔衛生状況から要介護度や自立度を読み取ることが必要で、それによって治療方針が変わってくると考えます。よって、あらかじめ要介護度を知っておくことが今後の治療において有効、かつ、課題のものだと考えます。
- 認知症の方は、自発性低下、手指動作の巧緻性低下、視空間認知障害等の特性から、歯科的には疾病予防としてのセルフケア不足、修後物の形態への配慮、義歯の修理か新製か、抜歯の基準、医科的（全身既往）としての誤飲、誤嚥予防、行動調整が課題と考えます。
- 本人がどこまで義歯使用に対して、うまく対応できるのか？するか？については使ってみないと分からない点。
- 本人が認知症としての自覚がない人、もしくは初期に来られるケース（かかりつけ医として長年フォロー中の患者に認知症を疑うケース）への対応に苦慮する。
- 本来なら保存できる歯を抜歯しないといけない。
- 理解の低下。（本人のみの説明困難）治療困難（口を開けない、拒否等）、脱感作が必要な場合もある。口腔内保清持続困難（治会が依頼時は汚れ多くなる）、介護者への指導。
- 理解力・認知力にかなりムラがあるため、説明・処置に多大な労力を要す。安全に行うためにはマンパワーも必要だが、精神疾患に対応しないために加算も取れず、一般の歯科医院で対応させるには無理がある。せめて、認知症加算のようなレセ上の対応を考慮していかないと、ますます増加する認知症患者の診察には対応できない。
- 理論的な説明を理解してくれない。

【ご家族・介護者等への説明・協力】
- 「認知症の人」の家族とのコミュニケーションが円滑に行くか。例えば義歯治療の場合、「健常者」と同程度の「結果」を得られるものと思い込んでいる家族がまれにいる。家族にどの程度困難であるかを、理解してもらう必要がある。
- ゴールの設定をご家族と話し合う。
- ご家族の協力。
- ご家族の協力と理解。
- 可能ならば家族の付添いによる患者の精神安定が重要です。
- 家人の協力。
- 家族・周囲のサポート。暴力に対する対応。診療に対する報酬。
- 家族との信頼関係構築が重要。
- 家族との連絡をスムーズに取れるようにする。プラークコントロールいかにするか、評価の仕方。
- 家族に十分インフォームドコンセントする必要がある。
- 家族の協力。
- 家族の協力とコンプライアンス。
- 家族の認識、協力をどのようにして得るのか。スタッフの知識、技術のレベルアップ。

- 家族の理解、対応、補助が必要。
- 家族の理解。コール設定。
- 家族等の協力が得られない場合、かなり治療が困難となると思います。
- 介護（介護者）は絶対必要。
- 介護者のブラッシングスキル、デンタル IQ の向上。
- 介護者の歯科治療への理解と協力。
- 介助者のレベルが重要だと思われる。毎日のケア、歯科治療の必要性の判断、定期的な通院の介助など介助者が必要。
- 患者ご本人との意思疎通が困難な場合は、周りの人も交えての話し合いが大切です。
- 患者さまのご家族の協力が十分に得られない、得にくいことがある。
- 患者本人、家族、医療従事者それぞれの治療に対する解釈モデルの隔たりが大きい。
- 協力できない家族の代わりに誰かが付添わなければならない。
- 協力を得られないことがあること。
- 軽度で自立している患者さまが、どこまで治療に対して理解しているのかが判断が難しいので、ご家族や施設の方との連携がとても大切であると思います。
- 口腔外科手術に対するファミリーの理解度。
- 施設に入所される場合、家族と連絡を取り合うことが難しい。
- 治療には説明等を理解していただく付添いが必要なことを、家族・後見人に伝えること。
- 治療のゴール設定を家族とこまめに相談することが必要と考えます。
- 十分な歯科治療ができないことを理解してほしい。（家族に）
- 診療時間がかかる。家族の協力が必要、得られない場合苦労します。
- 相談する家族がいない（独居）。または、家族も認知症。
- 当院では治療困難で高次医療機関へ紹介したいが、付き添い家族が遠いから連れて行けないと断られる。
- 当院は障害者専門の施設で、「認知症的」な人は多数来院します。当然、家族や公的なサポートが得られている人ばかりです。認知症でもそういう境遇の場合は問題ないと思います。それ以外の方は・・・難しいです。
- 認知症の患者さまへの治療可能な部分と、ご家族の期待とのギャップ。
- 認知症の人の家族等の歯科治療についての理解（同伴して一緒に治療説明を聞いてくれる等）（認知症がありそうだが一人で来院する方もいるため）。
- 認知症患者の家族など、治療に関して説明できる人との関係構築。
- 認知症患者本人とは意思疎通が困難な場合、家族との話し合いが特に必要と考える。
- 認知症本人と介護者、家族の希望が違うことが多い。本人よりも周囲の人の理解が課題ではないかと思う。
- 非協力的な家族の場合、トラブルになる可能性がある。
- 必ず誰か家族（またはサポートしてくれている人）を連れてきてくれることが大事ですが、ADL が自立していて耳が元々遠い人などは、家族のサポートが不十分なことも多いです。（歯科治療に限ったことではありませんが）
- 病状にあわせて無理のない治療を行う、その際、家族の理解を得ておく。
- 付添いが必要なため、頻回受診が困難。
- 付添いの方がおられない場合の意思の疎通。
- 付添がなく来院し、認知の可能性があると判断した場合の対象の仕方を、ある程度マニュアル化した方がいい。
- 保護者・後見人等がいない方への対応には苦慮すると思われる。
- 保護者がいない人が単独で来院されたときに、種々のトラブルが生じている。
- 本人の家族・施設スタッフ・ケアマネ等の協力がとても重要だと思いますが、なかなかうまくスムーズにいくことができないことがあります。
- 本人の状態と家族の希望がなかなか合わせられず、時間がかかることが多いです。一般的な診療のようにスムーズにどんなことも進められないことを多くの人に理解していただければ良いなと思っております。

【歯科医療従事者の労力】

- ガイドラインがあっても、個別の対応が診療場面では必須のことが多く、そのかかる手間、人的資源に対する評価がなされることが今後求められると思う。
- できることできないことへの説明。トライしたものの認知のためうまくできなかった治療に（義歯製作の途中中断など）時間はかかるが、そこに対する保険点数の評価がない。
- まず認知症について、歯科医療に関わる医療者が理解する。人手がかかるので積極的に加算取れるよう周知していく。治療方針を Pt が決められないので、周りのキーパーソン、保護者、ケアマネさんに説明して、ベストではないにしろ良い選択ができるよういくつか方法を明示できるようにする。
- マンパワー。手がかかる分（時間と）の診療報酬。
- マンパワーが取られてしまう、なのに点数がない。
- マンパワーが必要で、また急性期医療施設にはなじまない医療サービスと思われます。
- マンパワーが不足していると難しい。
- マンパワーに応じた診療報酬を付けていただきたいです。
- マンパワー不足の解消。
- スタッフの教育。マンパワー。家族との協力。
- スタッフ教育とマンパワー、収益性（他の患者を診る時間が取れなくなる）。
- スタッフ全員が対応に関する知識を習得できる場がない。
- 一人の患者を診させていただくのに、マンパワーと時間が大幅にかかること。
- 加算等で対応する医院にある程度収益を補償する必要がある。現時点では善意で扱っている。
- 教育、スタッフ数。
- 金銭的に援助して臨床の形を法的に決める。
- 私立のためにどうしても収益性に関連付けざるを得ない状態である。対応の保険点数の向上および、訓練の場があれば良いと考える。
- 歯科の診療報酬自体がディスカウントされすぎていて、スタッフの労力に報われる呻吟が払われない。賃金が安いと募集しても応募もない。いつも自己犠牲の精神で診療にあたってくれているスタッフに申し訳ない。自分自身も認知症の患者さんから、殴られ、蹴られ、暴言を浴びせられることも多々あるが、我慢・忍耐の日々なのだが、どうにか環境が変えられる報酬体系にしてほしい。
- 歯科治療より、身体管理の一部として口腔機能の管理について保険適用するには、時間と労力がかかるので手厚くしてほしい。
- 歯科専任看護士の充実する診療点数の設立。歯科専任看護士の学術団体の設立。歯科麻酔の更なる診療点数の設立。
- 時間・労力対コストで割が合わず切り捨てられる懸念。程度・症状が患者それぞれで、一般論で論じにくい。
- 時間、介助者の有無。
- 時間、人員を要する。また、それにある診療報酬ではない。
- 時間、人手が必要な割に、見合う収益が得られない。
- 時間がかかる、人員不足、収益性がない、処置同意が困難なときがある（付き添いが身内でないとき）、重症化したときの受け入れ先がない、認知症以外の合併症の対診が困難なことがある。
- 時間がかかる。
- 時間がかかるため、他の治療がストップしてしまう。時間をかけても問題ない収益性があると良いと思います。
- 時間がかかる割に、保険点数が認知症でない人と同じ点。
- 時間と人員と法的な治療者側の保護（承諾したことを覚えていないため）。
- 時間と人員を要するが、それに見合う診療報酬が得られない点。
- 時間と労力が割かれるが、保険点数上のカバーがない。
- 時間を要するのにコストが低い。
- 治療に際し、人手および時間を要すこと。
- 治療に人手、時間がかかる。予防も難しい。
- 治療に要した人員や材料が評価されてほしい。（実費相当額をチャージできるようにしてほしい）
- 十分なマンパワーで対応できる体制を整える必要性。

- 信頼関係の構築。人員、時間、収益性など全て。
- 診療報酬が低い。健常な人をたくさん診ないとコストがペイできない。
- 人員、時間をとられるため、認知症加算が点数に必要と思います。
- 積極的に認知症に対する知識やその対応を増やして、さらに人員も確保しないと受け入れることが難しいと思う。
- 他患者の時間、労力まで割くことになること。
- 対応できる歯科医師、歯科衛生士の育成。診療報酬での適正な評価。
- 点数が低い。家族の理解。
- 認知症の歯科治療は、診療時間、マンパワー等でそれ以外の人に比べ多くを要するため、加算等が望ましいと考えます。
- 認知症の人の治療を行うためには、治療だけではなく治療前の説明（本人・家族）も重要であり、時間的に余裕が必要。しかし、現在の診療報酬では経営が成り立たないため、敬遠されてしまうのは当然と思う。
- 認知症の人の場合、その日の状況によってできることとできないことが違うことが良くある。採算性を含め時間や人の配置に苦慮する。認知症を理由に診断を断ることはないが、この部分が解決するなら、研修も含めもっと積極的に取り組むことができる。
- 認知症の方にしっかりとした医療を行うとなると、時間的、人員的なコストがかかってしまいます。何らかの加算がなければ積極的な取り組みは難しいのではないかと思われます。
- 認知症の方の診察や治療には、より多くの手間と時間が必要なため、それに相当する加算が必要であると思う。
- 認知症患者は治療時間もかかり、理解もできないことが多く、労力もかかるがそれ相応の点数がなく収益が見込めない。

【歯科医療従事者の認知症対応力向上】

- スタッフの教育。
- 安全性の確保。チーム医療でさっと診療しなければならないか、固定の手技など。知識経験不足など。
- 医療従事者側の認知症に対する正確な理解と対応の訓練。認知症の人の側（家人など）の全ての治療が可能でないことの理解。労力に見合った報酬。
- 研修医レベルでの教育の質を向上させること（全身疾患のは医療などを含む）。
- 歯科スタッフの認知症に対する理解。地域間での協力体制の強化。
- 歯科医師、医師を含む医療スタッフへの教育（知識・実践）。
- 歯科医師が認知症の人の歯科治療に対して消極的。歯を治すことしか考えられない者が多い。
- 歯科医師のスキルアップ。
- 歯科医師のスキルアップ。歯科衛生士の教育。歯科・医科・薬科・地域・社会の連携。
- 治療に限界があり、家族の理解が必要である。卒前歯科教育の充実が必要である。インフォームドコンセントの取得方法を定めてほしい。
- 障害者歯科に対する博識が少ないため。
- 職員、スタッフ、家族の理解と協力を向上させる。より効率的な歯科治療のシステム、設備、器具の開発。
- 対応するスタッフの教育を行う。
- 当科スタッフ全員が、認知症についての知識と対応方法についてさらに深める必要がある。
- 認知症についての理解。
- 認知症に対する基本的な対応法などの専門的知識の習得。
- 認知症に対する知識の不足。
- 認知症に対する理解、および対応するための知識の不足。
- 認知症への接し方を学んでいる（コマニチュード等の）医療従事者が少ないと思います。
- 認知症対応力の向上。

【歯科の受け入れ体制・連携等】

- すべての歯科医療機関が受け入れるべきだと思う。高齢化社会が進む昨今、収益性がないなどの理由で、認知症の歯科治療を特別に扱うのはいかがなものでしょうか。
- できうる限り開業医で頑張ってほしいのが現実である。開業医は面倒な患者を診ようとしない。当県の大分口腔保健センターも本来、障害者（心身障害）のための歯科診療所として開設したが、開業医から送られる認知症の患者の治療に時間をとられてしまい、本来の障害者・児の治療ができない現実があります。地域の開業医であるならば、地域の認知症患者に対しても手厚く、気長に診療すべきと思われる。
- 医科歯科のみならず、歯科での受け入れ体制の構築が必要。収益性を考えた保険点数の評価がないと継続は困難。
- 医科入院の Kr で退院時に地域の歯科（在宅等含む）あてに情報書いても返事がなく、その後本人が受診したのか、そもそも受診していないのか分からないことがある。
- 一般歯科治療と同じ内容の治療でしたら、家族のかかりつけ医で同じように治療できる体制を整えることができるような支援があると良いと思います。
- 過疎地域において、どのように認知症の人の歯科治療を充実させるか。（行政の支援が必要になると思います。）
- 各県に受け入れられる施設リストを作成する。
- 学校教育を充実させ、かかりつけ歯科医が診療に当たるべきであり、高次医療機関への紹介は機能分割への崩壊につながる。
- 現在、一般開業医、病院歯科でそれぞれそれなりの対応をしているが、今後認知症の方が増えると対応できなくなるのではないか。
- 誤嚥、誤飲のリスクがあり、治療時に細心の注意が必要である。かかりつけ歯科で、認知症を扱える歯科医院が少ない。
- 受け入れ施設の充実。
- 受け入れ施設や対応できる医師が少ない。
- 専門の公的な病院の歯科で治療ができるとよい。
- 専門的な知識・スキル。受け入れ先（対応先）などの連携・システム構築。
- 専門的施設の必要性。
- 他機関、地域、行政との協力関係を密に築くこと。
- 多職種との連携が難しい。
- 対応できる施設が少なすぎること。
- 対応力を有した施設が少ない。認知症に対する知識不足。精神科 Dr のマンパワー不足。後方支援病院でのシームレスなフォロー体制構築の困難性。
- 地域での受け入れ先がない（少ない）。
- 地域によっては紹介先が遠くて困ることがある。
- 地域差もあると思うが、もう少しいろいろな職種が連携して診療できるようになってほしい。困っているときに、協力せずにその人まかせにされては困る。
- 地域歯科は必須で、地域歯科医師会と基幹病院歯科との連携強化の推進。
- 通常の歯科において、一般の患者と並行して診療を行うことは、危険性もあり困難。（専門の受け入れ機関を作ることが重要では？）
- 都市部は認知症専門の部署があれば対応できるかもしれないが、地方ではそのような方は病院歯科に集まる。可能な限り対応はしているが口腔外科では人手が足らず、救急対応も行い、外科も行い、認知症患者の対応はなかなか困難である。開業医でも診られるようなシステムがほしい。
- 当院で治療を行うが、義歯などは作製していないので、その受け入れ先がほとんどない。受け入れ施設の確保が困難です。
- 当院は口腔外科的治療をメインに診療を行っているため、観血処置後にしっかりフォローができる方が同伴で受診してもらいたいと思う。
- 認知症の方への歯科治療に専門知識を持って対応する必要があると思われるため、どの歯科医院にも対応できるものではないと考えます。認知症の方へ対応できる歯科医院が、どれだけあるのかという点は課題と考えます。
- 認知症を理由に診察、治療を断る歯科医が多い。診ても薬だけ出して根管開放しないなど、歯科医側の問題が多く、悪化して医科経由で病院歯科に回ってくる。一部負担が集中していると感じる。
- 認知症患者の対応に関して、スタッフの対応、病院自体の受け入れの可否で、提供できる医療の選択

肢が狭まってしまうこと。
- 必要であれば行うが、全身管理、入院が必要となった際は様々な専門院外との連携。
- 病院歯科設置の普及。
- 未診断の認知症を減らすための社会全体の努力と、多職種連携を採算性を損なわず実施できる保険点数や補助金の整備。

【その他】
- コミュニケーションの困難さ、口腔ケアの担い手（家族、介護士等）への指導など。
- かかりつけ医による十分な口腔管理。
- かかりつけ医の対応を向上していく。
- 当科のように精神科医師をはじめとする多職種の連携による対応ができるか否かが課題である。私もここではできるが、別の医療機関では困難な場合が多い。
- 認知症の診断。医科歯科連携。病病連携。福祉との協働。
- 「認知症」だけ区別することは無意味であり、患者さんそれぞれの状況に合わせた対応が必要だと考えます。
- 「認知症」と改めて取り上げていらっしゃるが、これは移行的な疾患であると思われ、我々歯科医師は 100%の出来を求めるのではなく、その方にできる範囲をその方に合わせて行うことはやむを得ないことと思われる。そうでなくとも、虫歯、歯周病をこちらが驚くほど放置なさっている「正常」な方がいらっしゃるのですから・・・・。
- 1. 口腔内リスクの管理の視点を持った地域歯科医療の構築：入院中における合併症の発症や口腔に関連する医療事故を未然に防ぐため、入院前の段階での早期発見が入院後の重症化予防にとって重要である。2. 不随意運動、オーラルディスキネジアへの対応能力の向上：ディスキネジアが出現する患者の歯科治療には、治療リスクを回避できる高度な治療技術が求められることから、技術取得の講習会が必要である。3. 新人の歯科医師、歯科衛生士の認知症対応能力の向上：(1) 認知症の病態理解：精神科病院には、精神疾患や認知症の進行に伴い人とのコミュニケーションが困難となり、他の身体科の医療機関では対応が困難になった患者のみが入院していることの理解が必要である。認知症の歯科医療に従事する歯科医は、これらの疾患と病態を理解した上で患者に対応することが求められる。口を開けてくれない、声を荒げるといった拒否行動は心理的な抵抗ではなく、あくまでも中核症状としての認知症が根底にあることを理解した上で治療にあたる必要があること。(2) 向精神薬の理解：日によっては、向精神薬や眠剤等の影響により覚醒不良の場合もあり、歯科治療時には誤嚥などに注意すること等、薬剤による口腔・嚥下への影響に関する理解が必要である。(3) 歯科心身症、口腔内異常感症、口腔内セネストパチーについての理解：精神科・認知症の人の歯科治療を行う上では、歯科心身症、口腔内異常感症、そして、これらと鑑別を要するドライマウス、口腔ガンジタ症、舌痛症などの病態理解が重要である。歯科心身症とは、口の中に何らかの症状を訴えるにもかかわらず、検査をしても問題が見つからず、うつ病などの心因的な要因に由来している病態である。口腔内異常感症も、同様に、口腔内に異常がないにもかかわらず異常な感覚を感じる場合であり、例えば、口の中がざらざらする、ネバネバする、といった症状を訴える。従って、患者が訴える部位に明らかな所見がない場合や、ドライマウス、口腔粘膜疾患等が認められない場合には、心因的な要因も考慮する必要があり、精神科医に相談することも必要である。例えば、義歯使用時の痛みや違和感を訴えていても、義歯の精度に問題はなく、明らかな原因が見つからない場合には、容易に義歯調整を行うべきではないなど、このような点を理解する必要がある。4. 認知症の人の歯科治療方針と技術：診療を行う上で、精神疾患、認知機能、基礎疾患、ADL、歯科受領能力、家族の負担金支払い能力、家族の協力度、そして入院病棟の環境面などを総合的に判断して治療方針を決定する経験と技術。5. 他職種とのコミュニケーション能力の向上：上述の全ての点に共通するが、他職種とうまく連携するためのコミュニケーション能力が求められる。
- 8020 の見直し。
- いい物ができることを心より願っております。よろしくお願いします。
- コミュニケーション。義歯の作製をしても使用しない。家人との協力も必要。
- カテーテルを抜いたりするので、抑制帯などの工夫は必要である。
- すでに 16 年間行ってきている。医科側の意識の向上。
- それぞれの患者に適した対応と治療を行う。
- 悪化するまで放置されていることが問題だと考えます。
- 開業医より困った症例が送られることが多いが、治療目標をどこにするかで診療内容が変わってくると思われます。当院ではやはり抜歯が多いです。
- 外来に通院されている認知症の患者さまは、ほとんど通常通り治療できている。一人で通院できない方はご家族と一緒に来院し、やがて病状悪化か、ご家族の都合か不明だが、来院しなくなることが多い。おそらく、施設などに入られる方も多いのではないか。通常の歯科外来よりも施設や家庭への訪問診療においてノウハウが必要になってくるのではないでしょうか。
- 口腔内の諸問題を全て歯科医院に押しつけて、帳尻を合わそうとするのはやめてほしい。日常生活での口腔ケアをしっかりとやってほしい。
- 最小限の介入で効率を高める方策。
- 最低限必要な設備の把握と用意。マンパワーの確保。研修の受講。
- 思うようにいかないところ。
- 施設、環境整備も必要ではあるが、認知機能が低下しつつある患者に対し、「認知症になっても困らない口腔環境を構築していく」意識を、歯科医師全般に持ってもらう必要があると考える。残根や無理な保存治療をしない、義歯を作成するなど。
- 施設から入院してくる患者さんの場合、いつも同じ施設から来る方たちで口腔内が崩壊しているパターンがあります。介護の現場での日常的な口腔ケアレベルが上がると良いと思います。
- 歯科医師が積極的に認知症患者の歯科治療に関わる場合、患者の自己決定能力を鑑みて適切な説明と同意およびそのプロセスの指針を提示していく必要がある。
- 歯科治療なのだから、地域歯科医師が対応してほしい。(何でも困ることがあると病院へ丸投げするのはやめてほしい)
- 歯科治療を行うことが、患者本人の QOL 向上に本当に寄与するのかきちんと判断すること（判断することができるのかということ）。
- 持続性が難しい。
- 治療のみならず、日頃の口腔ケアも困難な場合が多く、福祉と医療の情報共有や連携体制に課題を感じています。
- 社会的な多職種連携が不足している。MSW に協力をお願いする。
- 受診促進。
- 終末期の倫理、臨床倫理委員会への参加。
- 住み慣れた環境の中で、質の高い医療を提供すること。
- 精神疾患の患者対応で手一杯。
- 認知症が軽度・中等度の段階で歯科治療を完了させ、その後はケアだけで良い状態を保てる口腔内状態を作ることが重要です。そのためには、予後が悪い歯の積極的な抜歯も必要と考えます。
- 認知症が軽度であれば、通常通りの治療は可能と考えます。認知症が進行した場合は、家族の意向が大きく影響しますので、そこが難しい点かもしれません。
- 認知症が重く暴れたりされると治療が不可能になるので、そういったときの対処の方法があればいいかと。
- 認知症が進む前から、歯科治療や定期検診が必要。
- 認知症が進行すると治療困難となるケースが多いので、普段からの口腔ケアを心がけてもらう。
- 認知症が進行するまでに、口腔環境を整えることができる体制（行政も含む）づくりが必要。
- 認知症といっても人により様々ですが、ご家族が一緒に住んでいる場合で協力的であれば、ほとんど問題なく治療ができると思います。しかし、老々介護状態や説明・同意を得られる身内の方がなかなか連絡を取れない場合や、協力をしてもらえないことが増えているように思います。
- 認知症となってから新たに歯科介入するのは困難を伴う。発症前よりかかりつけ歯科医をもち、歯科受診になれておくことが重要と考える。
- 認知症となる以前に、どれだけ口腔内の状態が良好に保たれているかが大切だと思う。(認知症の方は、口腔内の状態がすでに劣悪なことがとても多いと感じる)
- 認知症と言っても軽度認知障害から重度の寝たきりで何もできない人までさまざまであり、一概には言えない。病状や程度がひどいものは、誰がやってもまともな治療にはならないのが現実である。
- 認知症になる前に、治療を済ませておけるよう促す。

・ 認知症になる前の口腔環境整備がなされていないこと。セルフケアが困難になることを想定した歯科医療が提供されていないこと。(例えば機能していない残根を残しておく、入れ歯安定剤を使用していても義歯調整しないなど) 歯科医師がじっくりと患者と向き合い治療した場合、特に開業医の場合、費やした時間に対する報酬・利益が得られない現状。
・ 認知症の種類、重症度、性格別に対応マニュアル、ガイドラインの必要性。→歯科治療例が増えるのでは？義歯以外の治療に関して、困難症例が多い。口腔ケアでも協力が得られない症例もある。
・ 無理にしか治療をするのは「虐待」ではないかと思います。
・ 認知症の進行に伴い歯科受診が途絶え、口腔内の疾患が重症化すること。通い慣れた歯科医院で治療あるいはケアを受けることが、認知症の方の歯科治療において基本的なことだと思います。専門機関だからといって、治療困難な状況は大きく変わりません。
・ 認知症の人がこれから増えてくると考えられる。早く認知症に関する薬剤承認が望まれる。どうしても治療しなくてはならないが、拒否された場合は、静脈内鎮静法や全身麻酔等特別な方法がとられると考えられるが、その体制の確立が望まれる。
・ 認知症の人の口腔管理で大切なことは、口腔内清掃である。認知症が進むと、自ら自主的に口腔清掃を行う人はいない。少ない。誰かが代わってやってやらなければならないが、それのできる人はいない。認知症の人の歯を毎日磨く。どうすればこれができるようにできるか。国が取り組むべき課題がこれである。当院は歯科のある一般病院だが、高齢で動けない入院患者の口腔清掃を行っているが、点数がない無料奉仕である。こんな馬鹿な話があるか。外部の歯科医師が往診に来れば、訪問診療料 1100 点の他に衛生士による口腔指導料 360 点が月 4 回算定できる。ところが自院の歯科医師が自院の患者の口腔清掃を行った場合は算定がない。こんな不合理があるものか。「認知症の支援に十分な体制が整っている」とはいえない。「認知症の症状に応じた継続的な口腔栄養管理を実施する」ための国家の根本的な体制が何一つ確立していない。個人歯科医師の犠牲に負うばかりとなっている。何をどうすれば良いか、誰も何も分かっていない。認知症の人の口の中を毎日清掃する。どうすればこれが可能となるか。
・ 認知症の人の歯科治療について、そのステージごとでの治療方針を策定し、啓蒙する必要がある。→自院の例として、拒否、体動が強いのに加え、指示 (特に開閉口に対しての指示) が入らない場合、一般治療は不可。症状ある歯牙は抜歯を第一選択。(どんどん抜歯を選択し、他者から管理されやすい口腔内、歯性感染症を起こしにくい口腔内環境が必要)
・ 認知症の人の治療が困難であるとの誤った認識。
・ 認知症の人を診断できる医療機関 (医師) が少ない。心療内科だと行ってもらいづらいというのもあるし、本人に自覚がないと「認知症の検査をしましょう」ということになかなかならない。
・ 認知症の方の多くは、認知症を治したいのであり、歯科治療による効果があったとしても包括的治療として組み込まなければ、自己負担金額発生する場合などでは、患者自身に支払い決定なく、家族か後見人などが判断するため、歯冠補綴や義歯製作など高額負担では拒否されるケースが見受けられること。また、精神科病棟に入院していた認知症患者を専門に診る病院 (歯科)、診療所への診療報酬を検討すべきである。
・ 無理な治療はしない。家族、施設スタッフが無理なく行える介助の一助になるように、訪問歯科医自身の問題。訪問して何か治療、ケアを実施しているのか疑問に感ずるケースが多々あります。
・ 認知症の方は歯科医療上の問題よりも、むしろ地域の中でその人らしく安寧に暮らすために必要な口腔管理を行っていくという視点が必要です。そのためには病院歯科ではなく、地域に密着した歯科診療所の役割は大きいと考えます。しかし、診療所での認知症の方の歯科治療が進まない理由は、診療報酬の少なさが最大です。大幅な点数アップがない限り、割に合わない仕事を引き受ける施設は増えないと予想します。
・ 認知症の方への治療も地域で継続して行えるよう、保険点数を上げる (付ける)、研修会を行うなど、敷居を低くして地域の歯科医療者の皆が取り組みやすいようにしていければと思う。
・ 認知症患者の治療に対するインセンティブ。歯科サイドの知識・意識の向上。
・ 認知症早期の段階での介入が望ましいことの啓蒙が必要と考える。
・ 保険点数増加。
・ 老々介護となっており、介助できる若い人が応援、サポートして病院に同伴できる体制が望ましい。
・ BP 系製剤の詳細が分からず (特に注射)、観血処置後に症状が出て困ることがある。内服以外にも本人が覚えていなくても分かるようなシステムがほしい。
・ MCI の方の前兆がわかりづらい。
・ MSW と歯科の連携不足。介護保険の歯科への浸透が必要である。

＜歯科医療機関＞

【インフォームドコンセント】

・ インフォームドコンセントとその記録。ご家族との密な連携。
・ 同意書や重複の事務作業に関してもう少し簡略化を認めるとか配慮がほしい。診療以外に時間が割かれてしまう。

【意思決定】

・ 介護者との同伴での来院が望ましいが、認知症の自覚がない方にどのようにしたらうまく伝えられるか (歯科の治療内容、認知症かもしれないこと) が課題です。
・ 外来については介護者の同席が必要である。また、重症と思われる場合には同意書等が必要となってくるのでは？治療そのものはほとんど変わりないと思います。
・ 患者の所属 (ケアマネジャー・家族) がはっきりせず、本人の歯科治療における意思決定がはっきりなされないことがある。例) 1 日目受診「入れ歯を作ってほしい」一人で来院、2 日目受診「入れ歯を作ってほしいと言っていないので、歯の治療費を返してほしい」など。
・ 患者本人が認知症であることを自覚できていないことが多く、また、歯科医師には認知症の診断ができない。また、紹介する話をしても受け入れてもらえず、治療を断ろうにもそれも受け入れてもらえない。無理な要求をされて、できないといっても理解してもらえない。全くコミュニケーションが取れないので、本当に困っています。
・ 患者本人の口腔の状態などを説明しても、その場では分かってくれるが次に来たときは忘れていたり、聞いていないと言われる。そうならないように書面に残そうとすると、「必要ない、分かっているから」と言われると何もできない。難しいとは思うが、ご自身の現在の状態をしっかり分かった上で、そういった方に対応できるような場所があればいいと思います。
・ 認知症はいろいろな病気の集合体ですので、歯科治療について認知症の人の思い (一人で考えない) と家族の思い (生活での影響等) について、歯科治療において何が希望かを事前に知っておく必要がある。本人の人はほとんどがプライドを持っており、本人の前での話を避けるため事前の問診票記入が必要だと思う。そして、来院時には身近な介護者の同伴が必要である。地域ケア会議 (特に地域ケア個別会議) への参加は、時間的余裕が取れないのが現状である。
・ 付添いの人が同伴していれば良いが、一人で来院した場合説明が伝わらない。治療方針の決定、承諾が取れない。意思の疎通が取れない。
・ 本人が一人で突然来院された場合、こちらから事情を説明する方が分からず、何も対応できないことがある。
・ 本人による同意を取れないときの治療。

【治療方針立案・内容等】

・ ゴールをどこに設定するか。
・ どこまでできるか？どこまで治療すればいいのか？とても難しい課題です。痛み、急性症状をとって、あるがままの状態でいいのではないかと思います。
・ なるべく診療するよう努めています。無理な場合は、できるだけ近隣で紹介しています。無理な場合とは、介護者の負担が大きくなってきたという場合です。認知症で治療に困難を来したことはあまりありません。
・ より重度の認知症患者が来院したときに、対応可能か不安があります。
・ 意思の疎通ができない患者に対するアプローチ。
・ 胃ろう患者の口腔管理を依頼されたが、開口させるのに苦労している。少しずつ開口させることができるようになっているが、歯科治療はできないと思うので、予防方法・その他の講習でもしていただければ良いと思う。
・ 一人暮らしの老人、近くに子供や親族がいない人、病院にかかったこともなく、何も薬を服用していないような人は困ります。抜歯等をどうするか不安である。
・ 開口維持をするための装具等があれば良いかもしれません。

・　観血的な治療を行う際、指示が入りづらいので、認知症ではない患者さんを治療するのに比べて、慎重に行わなければならない。
・　義歯の管理、誤飲等。咀嚼能力低下による誤嚥の問題。治療に対しての同意を取りにくい（説明に時間がかかる）。ご家族と一緒の来院なら良いが、一人で来院された時の対応等、認知症なのか本人の自覚はないので見極めが難しい。
・　義歯管理。口腔ケア。
・　拒否の強い方の治療や口腔ケア。嚥下訓練を依頼されても指示が入らない。
・　近年高齢者の残存歯数は増加しているが、それに伴って根面う蝕も増加している。認知症高齢者のう蝕治療は義歯や歯周の治療と比較してとりわけ困難で、う蝕治療が狭小な空間で患者の協力を得ながら長時間の作業が必要だという特殊性があることを恨まざるを得ない。定期検診受診者も認知症になると定期検診を止めてしまうため、急速に口腔状態の悪化を招くケースも見受けられる。施設への入所等あっても管理の継続はできない。口腔衛生指導も困難で、呼応食う衛生状態の改善が期待できない場合が多い。要介護状態になった場合に、口腔ケアを提供する仕組みができていないと感じる。本市においては通所事業所二カ所で利用者対象のフッ化物洗口を行っている。認知症に罹患する以前より高齢者のフッ化物洗口が普及することが望まれる。
・　口の中を触られるということに対して怒りをあらわにされる方への対応。
・　口を開ける、閉じるなどの指示がうまく伝わらないことが多く、印象のとり方、バイトのとり方など、うまくできる方法の模索、確率が必要と思われる。また、予約という概念はまわりの人の助けがないとほぼ難しいので、その辺もいい形がとれると良さそうです。歯科に来たということも認識しづらく、治療している間だけでも歯科に来ていることが認識できるサインなどがあるといいと思います。
・　口腔機能低下症の診断に必要な検査（指示が伝わらず）行えず、点数の算定が困難など。実態に応じた診断、病名が付けにくい。拒否があるときの抑制について、事前に同意を得る必要がある。家人の協力が得にくいことが多く、治療が進まないことが多くある。先生の当たり外れがあるようで、よく診てくれる先生もいれば、すぐに断ってしまう先生もいる。
・　口腔清掃ができない（意思疎通ができないと）、治療もできない。
・　口腔清掃上体が著しく低下する。義歯の装着が受け入れられない。口を開けていただくことから困難な場合もあり、一つ一つ施術に時間がかかる。
・　残存歯数の多い患者さまの症状が進行していった場合、ご家族になるべく抜歯を勧めているが、その基準がないので困っている。
・　指示や約束事を忘れてしまう。歯磨きさえしなくなってしまう。
・　指導しても次回来院時には忘れている。
・　歯科治療（口腔ケア）をしているときに、しっかり口を開けてくれない。拒否が強くなる。それに対する対応。
・　時々認知症の方が、怒りっぽいときがあり、付添いの方とともに歯科医師の責任にする場合がある。
・　治療に対する協力。
・　治療に対する理解が得られにくく、指示が入らず危険を伴うことがあるため、安全にご本人にとって苦痛にならない治療を行うこと。
・　治療内容や説明に対する理解。
・　治療内容を理解してもらえない。
・　自覚症状を訴えることが難しい方が多いため、周囲からの聞き取りや客観的な検査による情報収集により診断することになる。治療中の急変への対応が不安。環境によって正確な聞き取りが困難なケースもあり、治療計画を立てる際に難しさを感じる。通院が難しい。（連れてきていただいても、毎回「初めて来た」、「こんな所いやだ」などをなだめるところから始めるので時間がかかる。）ご家族の協力がなかったら、歯科の治療は開業医では難しいと思う。
・　主訴がはっきりしないことが多く、問診が難しい。介護者に確認しても分からないことが多い。義歯の使用が難しくなるケースが多い。装着しなくなる。
・　全身管理に注意して治療を行う。（ストレス的な身体も考えて）
・　独居の認知症（軽度）の方は特に困難。アポイント忘れる。説明忘れるなど。
・　独居の方の治療法の決定について、今は保険治療のみ説明しているが、健常者と同じように自費の説明もすべきであるが、どうしたものか。認知の程度にもよると思いますが、医師の裁量でしているのがいいか悪いか、しょうがないか、と迷うところです。
・　入れ歯の非装着。口腔ケアの問題。予約日・薬の管理について。
・　口腔機能低下症の診断においても、認知症のある方は、検査自体を理解できず、口腔機能低下症と診断することが難しい。状況により、口腔機能低下症や特別対応加算などの算定ができるように、要件を見直す必要があると思います。
・　認知症が進行した場合、歯牙が残存していることが今後増加すると考えられます。治療の回数が増え局所麻酔では対応できなくなると思われますが、全身麻酔で対応できる病院が少なく、また施設などでは予防に対する意識も少ないため、治療が困難でどうすることもできない方が、増加していくことが考えられます。
・　認知症で長く関わっていると、必ず治療しなくてはいけなくなります。虫歯で歯が折れたり、腫れたり、痛みの出る場合等口腔ケアを行っていても昔のように短い関わりではない長いスパンでその患者さんを診ていく方法がとても難しい。長い関わりの方法を考えなくてはいけないと思います。
・　訪問診療では患者さんがいますが、こちら側の言ったことに対して反応してくれない。（口を開けて→逆に口を閉じて食いしばって開けてくれない）入れ歯がどこにあるか分からない。
・　本人の理解を得ることは困難なので、周囲で支えるしかない。ある程度、治療のレベルを下げざるを得ない。家族などの周囲の協力、理解を得ること。
・　本人は本当に困っているのか？という疑問がつきまとうことがある。

【予約・支払い等】

・　アポイントの日程・時間・治療内容について理解ができない。同じ日に何度も来院されることがある。
・　お金の管理が大丈夫か？いつまで通院できるのか？行き帰りにトラブルが起きないか？
・　その時々でできることできないことがあったり、予約時間の把握ができなかったり、といつも同じ状態ではないため、臨機応変に対応する必要がある。初期の認知症の場合は、予約が分からなくなっても、ご家族が認知度に気づいていない場合は、対応することが難しい。
・　意外と会計もうまくできない。財布をなくすなど。付添いなどのサポートが必要。

【ご家族・介護者等への説明・協力】

・　キーパーソンの方の協力が必須と考える。認知症についても「話しても無駄なのでもうやってしまって」という方と、「ご本人の意思をくみ取りたい」という方とで、こちらの労力も大きく異なる。
・　ケアマネ、主治医（医科）とのスムーズな連携、情報交換のしやすさ、家族への対応（老々あるいは認認の場合のサポート体制の構築）
・　ご家族の認識のずれが、あるとき理解を求めづらい。
・　ご家族の方と連携して投薬したものをしっかり飲めているか、義歯等をしっかり入れてくれているか、家でも管理してもらうことに協力してもらうこと。
・　ご本人さまの協力も必要であるが、そのご家族、施設職員の歯科治療の重要性あるいは必要性について周知いただくことが大事と考えます。できれば、医療側から歯科治療を勧めるのではなく、患者側から治療、口腔ケア、健診等をご希望していただくようになればいいと考えます。
・　ご本人の思いとご家族の希望どこまで同じ方向に持って行くか（すりあわせていくか）
・　セルフケアを含めていろいろな管理ができなくなるので、どうしてもご家族のサポートが必要になるが、独居やご家族が遠方にお住まいの場合には様々な配慮が必要になる。認知症になっても心身ともに健康に生きていくためのサポート機関の一つとしての歯科の役割を認識し、積極的に関わるべきであると思う。
・　できるだけ初期の段階でご家族の協力を得るなど、サポートをしていただける方との連携体制の構築。
・　できる治療とできない治療をご本人さまをはじめ、ご家族さまとお話をしっかりする必要があります。お支払いなどに関しては、特にご家族さまやケアマネさまと相談し、トラブルのないようにしていかないといけないのかなと。院内が無理な場合は、訪問での対応に切り替えていく予定です。
・　できれば付添いの人に来てもらい、治療の困難な場合や内容の説明、次回の予約などを聞いてもらいたい。
・　家族、ケアマネジャーとの連携が難しいことがある。

・　家族、周囲の人との意思疎通、情報の共有が大事。
・　家族が介護している場合に、口腔疾患により家族への負担が増えたり、患者さん自身の負荷がある場合に、意思の疎通が取れなくて家庭での状況が分からない。義歯の装着に関しては、患者本人の使用が望めないが（望まない）、必要性はあり、家族の手伝いが必要となるがその点の患者への負荷のあり方。
・　家族さまの通院負担。
・　家族とのトラブル防止が最も重要であると考える。
・　家族との連絡（施設入所者で家族の付添いがない場合）。治療介入のタイミング。
・　家族のサポートが得られない場合にどうするのか。
・　家族の認識（患者の認知機能レベルの把握）。表面上はわかりにくい認知症の場合、自費診療説明を本人にすると家族が困る等。
・　家族の理解が得られないと、様々なトラブルを誘発する可能性がある。認知症に対する地域の理解を深める努力が必要。
・　家族の理解と協力（他 2 件）。
・　家族への理解と他医療機関、介護、ケアマネジャーとの連携。
・　家族や施設からの付添いの方に丁寧に説明しながら、治療や次回の予約を決めておりますが、症状が重症なのに本人が改善や肥料に協力する態度がないときは、本当に困っています。口の中に切削器具を入れるのでとっても危険です。人件費を考えても保険では赤字だと思います。
・　家族思いとの差。
・　介護者へ認知症患者の口腔内の特異性（訴えがない等）の承知。
・　患者さま本人への説明が難しいため、ご家族や施設スタッフとの情報共有が課題ではないでしょうか。
・　患者さんご本人さん向き合う。時間がかかっても、ご本人さんが納得する治療を目指すが、ある一定の限界はご家族さんに説明する。
・　患者のご家族を含めた治療への関与を求めたい。
・　基本的には認知症対応力を向上させることで処置はできますが、どうしても難しい場合などに、しっかりと家族の方々に理解していただくことが重要と思います。
・　口腔衛生状態が悪い気がします。患者さんの家族のケアも必要かと。
・　施設（グループホーム）の人の協力。
・　治療が必要でも本人の受け入れがないと何もできないことがあり、家族の協力が絶対必要です。
・　通院に本人の状態をよく把握している人が付添ってもらえると、本人の気になっていることが分かって良いと考える。
・　通常お一人での来院は当院ではありません。必ずそのご家族のかたに同伴していただくようにしています。しかし、訪問の場合は単独もあるため、その際も施設であればそのスタッフ、居宅であればその家族の立ち会いが大切かと思われる。
・　通常認知症の方は、家族がついてくるので、指導しても覚えてくれないことはあるので困ることはあるが、問題ではない。問題は一人で来院される場合で、その場合は 5 倍くらい難易度があがる。
・　同意書や重複の事務作業に関してもう少し簡略化を認めるとか配慮がほしい。診療以外に時間が割かれてしまう。
・　同行者が必要。（他 1 件）
・　認知症の人の日々の生活状況をよく理解している方が、歯科治療時に付添ってくださると非常に助かります。ただ、諸般の事情で日々の生活状況を知る方が、歯科治療に付添ってもらうことは困難なことが多いです。
・　認知症の人は口腔内が清潔に保てず、歯う蝕・歯周病が急速に進行します。担当している医師に口腔内に関心を持ってもらい、家族に指導してもらう、家族は口腔ケアの方法と練習を歯科医に教わり、日々実践していくことができれば良いかと思います。
・　本人だけでなく、家族の治療への理解が欠かせない。しかし、家族がおらず本人のみの場合は担当しているケアマネ等に説明するが、家族との対応と異なることがある。
・　本人だけで対応するのは困難なので、ケアマネジャーや介護できる方の付添いや立ち会いがあれば特に問題ないと考えます。薬の管理も必要になるので、介護の介入が必須と思います。
・　付添人とのコミュニケーション。
・　本人のみでの治療が無理ならば、付添いが必要であるが、家族や市などで連携していく。
・　本人の意思疎通が取れない場合。ご家族と連絡を密にすることが必要（もしくはケアマネジャー等）だが、なかなか連絡が取れないことも多く、今後の課題だと感じる。

【歯科医療従事者の労力】

・　一人暮らしの方は現病歴の把握が難しい。治療を拒否される方もみえるし、口腔内清掃が不十分のため治療効果が得にくい場合がある。
・　右側が痛いと言っていたと思ったら左側が痛いと患者本人が言ったりすることで、診断に苦労することがある。付添いの方への説明であったり、治療するにしてもかなりの診療時間を取られてしまう。円滑に診療を進めていく難しさがある。また、スタッフもまだまだ経験不足な部分があるので、対応する側の知識や技術がまだ不十分なところもある。
・　治療に関して指示が入らないので、咬合採得時などバイトが正確にとれない。治療に対する協力が得られないので、通常の処置が困難となり、どうしても完全な処置が難しい。体動の抑制が必要なため、スタッフが多人数必要で治療、時間がかかる。
・　治療の説明をするのに時間がかかる。口腔内清掃が不十分で、カリエス、歯周病リスクが高くその認識がない。
・　治療よりも不理解や非協力的なキーパーソンへのストレス。
・　診療時間がとても長くなる。拒否をされることがあるのと患者からの暴力もある。治療の説明を二重に（家族）して説明しないといけないので、時間と手間がかかる。意思疎通がよくできないためストレスと時間がかかる。
・　対応した時間に応じた保険点数の設定。処置に対する評価のみでは完全に赤字である。
・　点数的サポートがない。
・　同意書や重複の事務作業に関してもう少し簡略化を認めるとか配慮がほしい。診療以外に時間が割かれてしまう。
・　認知症患者の症状やその日の状態により、治療時間が長くなったりするので、訪問診療が 20 分間診療により点数の単位があるのは理解できません。医科ではあり得ない。歯科だけ 20 分の差違とは？また、認知症に限らず高齢者の治療で、特に在宅や訪問診療の場合、長時間の治療を行うと、患者の体力的な負担が大きくなります。患者も協力的ではなくなります。それらの評価は？
・　時間がかかるので加算がほしい。
・　治療における労力が倍かかる。ケアマネとの連携をしっかりと取り、家族との連絡を密にしないといけない。
・　忘れていることが多いため、同じことを何回も説明する必要があり、2 回目以降の説明をする時間が省けない。
・　本人と家族の治療に対する思いの違いがある場合は時間がかかる。
・　問診が困難。同意を得るのが難しい。書類が多く時間を費やす。対応加算がほしい。（時間がかかるので）

【歯科医療従事者の認知症対応力向上】

・　グループホーム等の施設での訪問診療では、職員の声がけでスムーズに行くことが多い。認知症の種類や特徴の対応について、歯科医師や歯科衛生士が十分に理解する必要がある。そのための研修も必要であると思う。
・　研修機会が増えるといいです。具体的な症例が多い研修を望みます。
・　実際に現場でどのような状態になるのかを経験しないと、いつまでたっても対応力は向上しないと思います。通常の診療よりは確実に対応に労力を要するため、保険制度なども変わってほしいと思います。
・　認知症に対する理解を高める必要がある。
・　認知症の原因疾患とは別に人間関係障害や生活環境障害が、精神的身体的に大きく影響を及ぼすことから、歯科医療従事者が認知症の方への接し方、対応の仕方を習得する機会を増やす必要があると思う。
・　認知症対応力向上研修を今回初めて知った。早急に研修を受けるよう努力したい。

【歯科の受け入れ体制・連携等】

- ガイドラインができていないため、個々の診療所によって対応が統一されていない。
- ケアマネと相談したりするが、施設に入ってない人は、他の歯科医療施設（大学、病院歯科）に通院が難しい。特に独居老人の場合は、治療もふくめ難しい。
- できるだけ各歯科医院で対応するが、時間・人手は必要なことから保険点数を見直していただければ、対応する歯科医院も増えると思う。
- 医科サイドが歯科に対する認識度が低すぎる。口の中を必ず見る専門家である歯科受診を必須とする。認知機能の低下は、まず生活面に現れます。日常の歯磨きがおろそかになり、口腔の衛生状態が悪くなることからも、認知機能の低下が分かるのです。
- 医科との連携の期間が少ない。医科との連携のパイプ役がはっきりしない。認知症の方かどうかはっきりしない。認知症の方のキーマンの方との連携がうまくいかない。拒否の場合がある。
- 医療機関だけに任せるのではなく、家族や地域包括ケアなどと関連した機関との連携が必要であり、その啓蒙が広がってほしい。
- 一般歯科医院の対処不能な場合の連絡先として、専門性を持って行っている方々を幅広く紹介してもらうことと思っています。
- 各施設に１名歯科衛生士がいてもいいのでは。
- 居住地で通院できる歯科医院、往診してくれる歯科医院があること。認知症にかかる前に診てくれたかかりつけ医が継続して診れる体制や保険制度の確立。
- 歯科治療に対応できない場合の受け入れ先として、訪問で対応してくれる機関があると助かります。
- 診療報酬の柔軟な対応、加算。独居の場合の後見人。
- 他職種連携。
- 多職種との連係が大切と考えます。
- 地域に診療拠点を作り、認知症対応に長けたスタッフ・必要器具を配置し、一括で対応する。各開業医レベルに求められる基準を明確にし、そこまでは各診療所で対応し、それ以上は上記のような拠点で対応するなど決まりがあれば良いと思う。
- 中程度の認知症の場合、独居であることも多く、行政の介入がないと（介護がつかないと）治療途中で来なくなったり、訪問診療への移行が不可能。
- 認知症ある方全てが、介護保険の認定を受けているとは限らないので、見た目だけでの判断は難しい。歯科治療において認知症の疑いがあると思われた場合、包括支援センターなどの行政機関等への照会等の連携の際でも、診療情報提供料のような算定ができれば良いと思います。
- 認知症の程度によっては、受け入れできる専門外来の少ない点も課題に挙げられる。
- 認知症の度合いやコミュニケーション可能かなどにより、どこまで治療ができるのか考えないといけないと思いますが、患者の状態を把握している担当者との連携がないと、実際には治療は非常に難しいと考えます。医科歯科のみならず、多職種連携のできる体制が必要だと思います。
- 認知症の方の歯科治療は一般の治療と異なり、完璧な治療が行えない場合があります。痛みがないようにする、まず噛めるようにする等の処置に済ますことが多々あり、通常の保険点数が当てはまらず、何も点数が取れないことがあります。そのような状況に対応できれば助かります。また、施設基準の条件クリアが難しく、地域連携などなかなか進みません。訪問治療を行っていると（在宅でも施設でも）、かかりつけの先生、ご家族、CM との３者が主な連携先です。
- 認知症の方の重症度は大体雰囲気で分かることもあるが、客観的な診断の根拠となる資料を見れることはまれで、家族も同行してもよく分かっていないこと多い。医科・介護関係職種との情報共有が気軽にできれば楽だと思う。
- 認知症の方は日常の口腔ケアを自身、もしくは介護者が十分行えていないことが多く、口腔疾患の進行が著しい。歯科治療後も定期的な口腔ケアの介入が必要であるにもかかわらず、保険診療ではその点を評価されておらず、現状との乖離を強く感じる。認知症の人に対する保険診療の評価・算定項目の追加が今後の超高齢社会を支えていくために必須であると思われる。現状の保険診療ではほとんど評価されていないにもかかわらず、善意に基づいてきつくて大変な認知症の方に対する歯科治療を行ってますが、対応が難しい、コストパフォーマンスが悪いと言う理由で対応を放棄することは簡単です。そうならないための保険診療の整備を強く求めます。
- 病院で入院可のところに歯科を作り、連携するのが理想と思います。

【その他】

- かかりつけ医との連携を取り、全身疾患と絡めて管理していく必要がある。
- その程度によるので具体的には難しい。
- ただ認知症といっても程度も状況（家庭環境）、付添い等それぞれ千差万別である。
- ほとんどの歯科医院が診療しないこと。あいさつだけして算定する例も多い。
- やはり口腔ケアが行き届いていないのが一番です。それによって様々な疾患にもかかるし、何より誤嚥性肺炎のリスクがあるので心配です。
- 医科・歯科・家庭連携。
- 軽度なうちの受診による口腔機能の確立。
- 軽度なら問題ないが、抵抗、不穏の場合は難しい。
- 軽度の方の歯科治療はご家族の方の協力でなんとかできますが、重度の方で拒否が強い方には何もできないこともあります。そういった方へのアプローチの仕方に悩んでおります。
- 研究所はいつもお疲れ様です。現場は日々の治療とコロナ対策でアンケートを書く余裕もなく一苦労です。認知症の方の歯科はどこまでするのかの判断が大事と思います。無理にしないという選択も大事ですね。
- 現在はまだ外来で来院される認知症の方は少数なので、対応しておりますが、将来人数が増加することを想像しますと、他の患者さまの治療時間に影響を及ぼすことが心配です。
- 現在来院する認知症の患者さんは軽度で、その場での対応が困難なことは少なく、付添いがいらっしゃるので受付なども支障なく行われています。
- 口で伝わらなくとも、なんとか伝える方法の模索。
- 口腔ケアができない人も多い。
- 口腔ケアが認知症の進行度によって難しくなるので、通院ができるうちにできる限りの治療を済ませておくべきである。しかし、一人暮らしの方はそれも難しくなって、さらに重度になってくると、口腔内の状況が崩壊してくるケースも多くなるのが課題だと思われる。口腔内の清掃不良や咬合崩壊でひどくなると、誤嚥性肺炎など全身の健康状態にも悪影響が出るので注意が必要である。往診で口腔ケアをするのは一つの解決策であるが、誰がどのように実施するのかも大きな課題である。
- 口腔衛生指導を行っても、患者さんの認識が薄く、口腔清掃不良の改善ができない場合が多いこと。
- 口腔衛生状態を維持するのが困難な場合が多い。
- 口腔管理が自分ではできず、他者に口腔ケアを依頼することも拒否されることが多く、自院にて悪化させないよう続けようとするが、中断することで悪化してしまうことが多い。
- 口腔疾患を増やさないよう、歯科治療・口腔清掃指導・口腔ケアを継続して行うことが重要だと思います。
- 口腔清掃が自立しているとの説明（家族から）をされるが、不潔状態が多い。
- 高齢者で認知症の方のうち残存歯が多数ある方は、口腔清掃ができなくなる。家族へ説明しても本人の口腔清掃ができていない。残存歯がどんどんう蝕になり、治療しても追いつかない。最後は口腔外科に行ってもらい、全部抜歯ということがあった。口腔管理が重要になる。
- 高齢者の多く（特に訪問診療）は認知症または MCI と考えていつも治療を行っています。他の有病率も高くなることから、認知症も他疾患に包括して対応すべきと思っている。特に認知症だけで困り、他施設を紹介した経験はない。高齢者を治療する際には、程度の差はあっても認知症・MCI と思って対応すべきではと考えている。
- 最近では施設では介護の方や口腔内、義歯とも良く管理されていますが、在宅では全て介護者にかかっているので、介護者に対する教育・理解が必要かと思いますが、認知症になる前までの家族関係が一番大きいので、介入は少し難しいかと思います。認知症の方で、今まで治療できず口腔外科等に紹介したことはありません。難抜歯とかと違い対応が難しいかと思います。ご家族、施設、介護士さんで認知症という認識がある場合は、無理な治療は望まれません。
- 最後までなるべく経口摂取できるよう努力する。
- 在宅での口腔ケア、義歯の取り扱い等日頃の QOL（Dental IQ は望めない）をどうするか。このままではマンパワー不足は否めないと思います。できましたら、いずれ○○県で是非平野先生のご指導を賜りたいと思います。
- 施設への入居者であれば、治療に関してだけならば訪問診療は可能だと思うが、独居あるいは付添

いなどの介入がなければ、本人とのコミュニケーションが取れない場合が課題だと思われます。また、治療にあたるドクターだけでなく、介助するスタッフにもある程度の知識や経験も必要かと。

- 歯科医院としてどの程度介入すべきか。
- 歯科治療の必要があって、口を開ける、歯を触られることの認知。
- 時間がかかるから保険点数を最低 2 倍にして、テープ・ビデオをとり、問題があれば証拠を残す。
- 家族と一緒に来てもらう。爪でひっかくから何回も行って、慣れてから治療するようにする。義歯は 6 ヶ月間作れないのに、別の歯科医院で 6 ヶ月以内に作っているのを忘れてる。義歯を作っても投げて破折した。
- 治療があちこちで受けられるのも大切だが、ヘルパーさんや看護師さん、多職種の方への口腔ケアの大切さを伝えるのが大事と思う。だいぶ理解が進んでいるが、現場ではまだまだ面倒くさいことになっている。コロナ感染だけでなく、菌やウイルスの入り口なので、口腔ケアが全身管理に必須だと思ってほしい。また、口腔ケアの方法をもっとわかりやすく伝えていくことも大事だと思います。
- 治療に通ってくれる人はそれなりにできると思いますが、あきらめて（？）そのままほったらかしになってる人もいると思います。
- 治療の受け入れ体制。コンプライアンス。治療後のケア。
- 治療中などのトラブルの事例を知りたい。
- 重度認知症患者において、自身で症状を訴えることが困難であるため、歯科診療依頼時には重症化しているケースが多いが、介入の意図が理解できないため強い拒否を示すことがあるが、習慣という感覚は残っていることが多いため、介入の意図を理解できる初期のうちより定期的な歯科介入を継続することが重要であると考える。
- 初期の患者は治療、ケア等の対応はできるが、後期はケアも困難になってくるので、今後統一見解がほしい。
- 進行した状態では治療が困難になることを社会に伝え、できるだけ早段階で歯科にかかっていただくこと。特に必要であれば抜歯等外科的処置が早めに必要であることを国民に伝える必要があると考えます。
- 早めの歯科治療が必要。施設でも定期的な歯科医による検診や訪問歯科診査を充実させる。
- 他の施設や医院が具体的な事象に対して、どのように対応しているのか知らない。テキスト通りではなく、リアルな対応策に対しての情報を共有すること。例：WEB 上での書き込み型の情報共有等。
- 対応マニュアルを読みましたが、あまり現場で役立つ内容とは思えません。外来診療も通院回数に限界があります。訪問診療で摂食嚥下障害を有する認知症患者が多く、対応に苦労しています。
- 対応方法に答えが存在しないこと。
- 大きく治療に困ることはないが、外来時など他の患者の見る目などが少しある。
- 定期的なケアが必要だが、医療介護職の理解が低く、継続できない。
- 投薬管理が難しい。口腔ケアが不十分である。本人による口腔ケアが難しい場合に家族が行うのか、介護担当のヘルパーや施設職員が行うのか、口腔ケアをお願いしても行ってもらえない場合もあり、また、行ってくれてもスキルに差がありすぎる。注水下での治療は難しい。摂食嚥下機能に問題がある場合、内科主治医だけでは不十分な場合、管理栄養士等などとの連携が難しい。遠距離介護のキーパーソンとの連絡がスムーズにできない。認知症について家族がまだ受け入れられていない場合があり、治療方針、内容の説明、理解が難しい。
- 当医院においては、付添いなしで来院される認知症の方はいません。おそらく、口腔内に問題がある潜在的な方は相当数いると思われます。それらの方を掘り起こし、歯科受診を勧めることは望ましいことと思いますが、そのようなことが可能になった場合、地域の歯科でどのくらい対応できるのかがかなり不透明な問題です。付添いの方がいらして来院されるのは、生活環境にかなり恵まれている方だと推察されます。ちょうど折り目にホチキス針があり、けがをする恐れがあるので針を外して郵送します。
- 当院では、認知症を理由に治療を断念したケースは 1%に満たない。開業以来長年にわたり認知症を診てきた結果、院長もスタッフも認知症の患者を普通の患者と同等に診れるようになりつつある。積極的に関わり、認知症患者に対する偏見をなくし、理解することが肝要と思われる。
- 当院で治療が難しいと判断した場合、家族がいる場合は良いが一人暮らしの方は相談することもできず、総合病院以外紹介先がないため対応が難しい。当院は総合病院が遠いため、交通手段も困る。高齢の認知症が多いため、ケアマネとの連携にて対応する以外方法がない。
- 同居の家族の人がいても、その方が認知症だと認知していないことが多く、どうお伝えしたらいいか悩むことがあります。ある程度の年齢が来たら、認知症の検査を国民に義務づけるなどの対応が必要かと思います。
- 認知が出てこられたなと思えた時は、まず通院していただける範囲で積極的な処置をして、口腔内全体を安定させて、あとは出来るだけ月 1 回は来院していただけるようにご本人もしくはご家族にお話します。無歯顎の方は義歯の洗い方を徹底的にお話して、有歯顎の方にはブラッシング法を徹底的に実施してもらいます。お元気なうちに口腔内状態を整えておく事。
- 認知の診断に際して主治医の診断に誤診が見られるケースが多々ある。このため対応に困難を生じるケースが出てくること。近隣の歯科医療機関は認知症患者の対応が難しいと思われるが、正しい対応ができていないと感じているケースによく遭遇する。
- 独居老人みたいに孤立させないこと。ケアマネジャーとのつながり、社会とつながること。
- 内科、主治医、ケアマネ等の連携。
- 認知の程度によると思うが、ご本人が認知の自覚のない方、周囲の理解のない方の治療が難しいと思います。
- 認知症というくくりで安易に歯科治療困難者にしない。医療従事者側の覚悟と技量を身につける方策を考えるべきだと思います。
- 認知症と歯の数関係をもっとアナウンスすべきだと思います。
- 認知症になってからでは遅く、軽度認知症（MCI）・健康なときから治療を整えておくことが大切です。特にインプラントケアは多くの問題を生じます。また、義歯はできるだけシンプル、大きいものを製作しておく必要があります。クラスプは凶器になるし、小さいと義歯は誤飲リスクが高く危険です。歯科医療機関ではなく、認知症対応医療機関などで投薬などにより改善を図る努力がいります。認知症レベルの高い人には、治療よりも介護スタッフなどの連携、管理栄養士との協力により食事形態、摂食の協力が必要です。誤嚥性肺炎など口腔機能維持ケアに努力することが大切です。
- 認知症になる前から口腔状態を把握しているかかりつけ医がいて、認知症になった場合には家族と連携して口腔管理をしていく必要があると思います。
- 認知症になる前から歯科医院できちんとメンテナンスを受けるよう、啓蒙に力を入れる。認知症に関わる人たちとの連携を強める。
- 認知症の影響で、セルフコントロールが行えず口腔状態が悪化していても、家族が介入することなく時間が経過することによって、かなり悪化して初めて受診されるケースが多いこと。特に軽～中程度の認知症の方に多い。
- 認知症患者歯科的対応は、保存・補綴などの一般的治療中心ではなく、認知症患者の特性を十分把握した上で、気道感染および口腔疾患等の感染予防と口腔機能の維持向上を目的とした口腔ケアに、より重点を置く必要があると思います。
- 病態予後を予測した治療。他院での治療内容が分かるデータベース化。認知症に対応できるできないの標榜。
- 平時から、かかりつけ歯科医で治療、定期健診をしていない患者で、中～重症の方の一般歯科での受け入れに難あり。公的機関もしくは専門的な歯科での受け入れ、加療が必要と思われる（中～重度）。軽度の場合は一般歯科での治療は可能と思います。
- 保険制度で対応すべき項目の設定。
- 保険点数低すぎる。
- 補助の確保が難しい。
- 訪問診療を含め認知症患者の診療を、外来健常者と同じようにきれいに治療しようとしすぎているのが妨げの理由になっている。これは保険診療がルールにしばられているため、保険ルールにのっとった治療を余儀なくしているに他ならない。認知症患者の治療には、ルールにしばられすぎずルールを求めすぎないよう、しばりをゆるくすることを要望する。
- 本人・家族などの同意など。あらゆることが課題である。
- 本人が認知症と認識していない場合の対応。
- 本人家族の自覚がない場合。

5. 実測調査：認知症高齢者の口腔管理ニーズに関する実態調査

(1) 概要

A 県の認知症高齢者を含む施設入所者（療養型病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホーム、通所介護事業所）を対象に、実態調査を実施した。

認知症重症度(Clinical Dementia Rating; CDR)別に、歯科治療・口腔機能管理ニーズおよび必要性について検討を行った。

(2) 調査結果

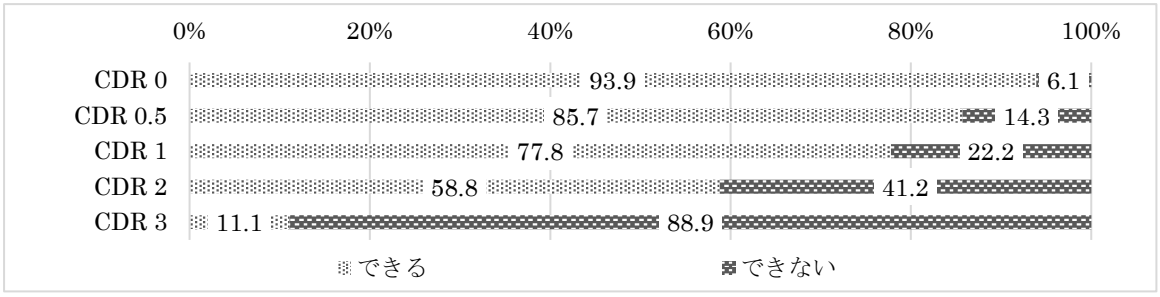
(ア) 対象

施設入所者 404 名（男性 101 名、女性 303 名、平均年齢 86.6±7.8 歳）を対象とした。

(イ) 口腔清掃行為の自立度

口腔清掃行為の自立度を CDR 別に検討したところ、認知症重症度が重くなるほど「自立できない」の割合が有意に高かった（p<0.001）。

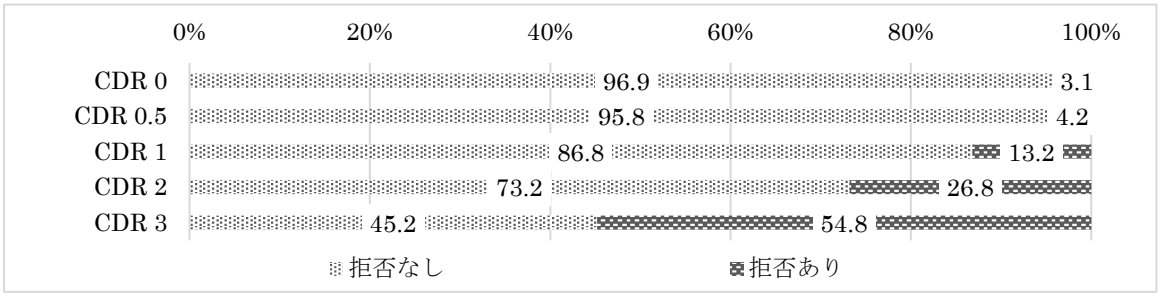
図 1 口腔清掃行為の自立度



(ウ) 口腔ケア介助の拒否の有無

口腔ケア介助時の拒否の有無について CDR 別に検討したところ、認知症重症度が重くなるほど「拒否あり」の割合が有意に高かった（p<0.001）。

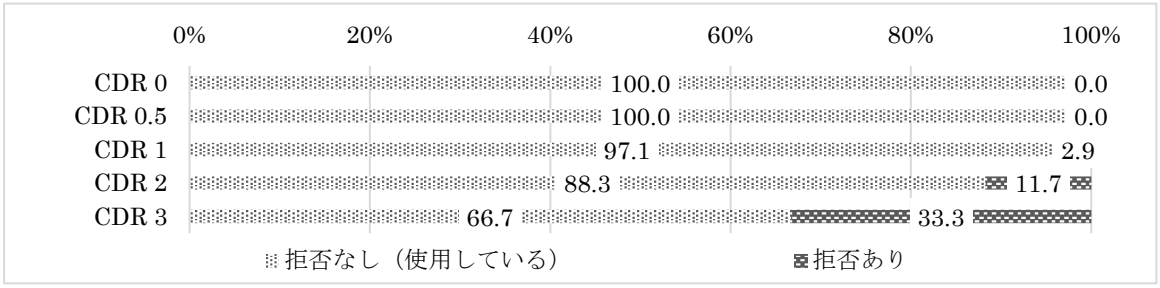
図 2 口腔ケア介助の拒否



(エ) 義歯使用の拒否の有無

義歯を所持している対象者のうち、拒否により義歯の使用困難である者の割合について CDR 別に検討したところ、認知症重症度が重くなるほど「拒否あり」の割合が有意に高かった（p<0.001）。

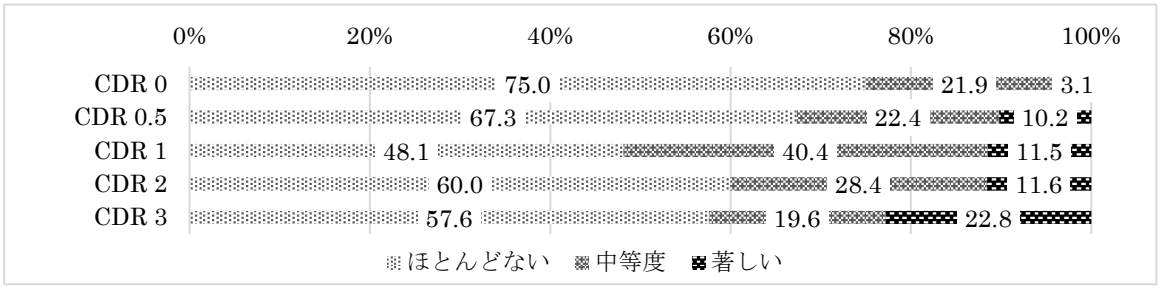
図 3 義歯使用の拒否



(オ) プラーク（歯垢）の付着状況

プラークの付着状況を 3 段階で評価し、CDR 別に検討したところ、認知症重症度が重くなるほど「著しい」の割合が有意に高かった（p=0.006）。

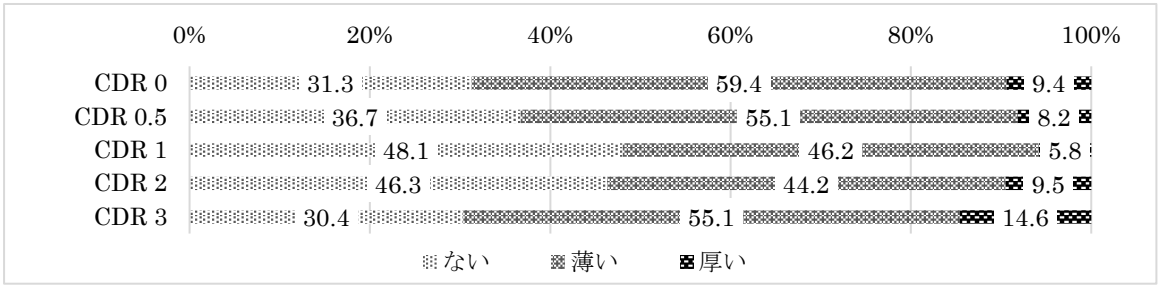
図 4　プラークの付着状況



(カ) 舌苔の付着状況

舌苔の付着状況を 3 段階で評価し、CDR 別に検討したところ、認知症重症度が重くなるほど「厚い」の割合が高い傾向にあった（p=0.154）。

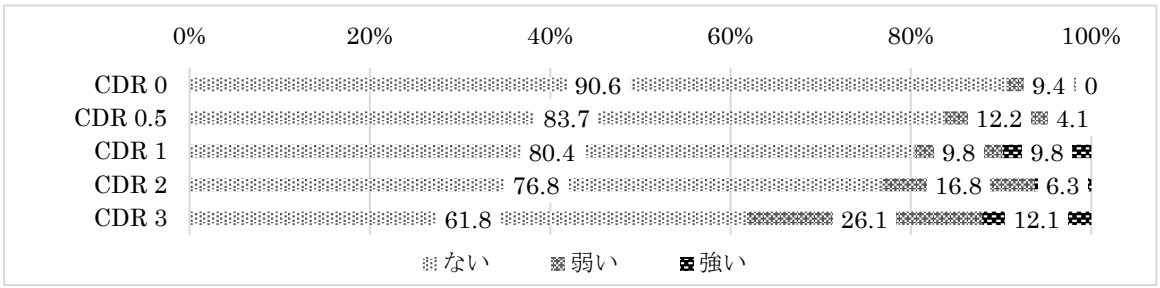
図 5　舌苔の付着状況



(キ) 口臭の状況

口臭の状況を 3 段階で評価し、CDR 別に検討したところ、認知症重症度が重くなるほど「強い」の割合が有意に高かった（p=0.005）。

図 6　口臭の状況



(3)　考察

口腔衛生状態は、認知症の重症度が高いほど悪化する傾向が客観的データにより確認された。また、認知症の重症度が高いほど口腔清掃行為の自立困難な者の割合が高まるにもかかわらず、ケア受容が困難になる割合も高まることが本調査結果でも確認された。

介護保険施設入所者で義歯所持している者の割合が約 5 割（52.2%）で、認知症が重度になると約 3 割が義歯使用困難となり口腔機能低下のリスクが高まることが推察された。

今後、実態調査で口腔関連状況等が把握された集団を対象に、口腔管理マニュアル等の有効性の検証も実施する必要性がある。

第 3 章　調査事業 2 結果

1. モデル事例：青森県三戸郡地区
2. モデル事例：東京都豊島区
3. モデル事例：東京都板橋区
4. モデル事例：岡山県・鏡野町
5. モデル事例：香川県西部
6. モデル事例：香川県まんのう町

1. モデル事例：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。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 2）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 3）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も、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 1　青森県における各市人口と歯科医師会会員数

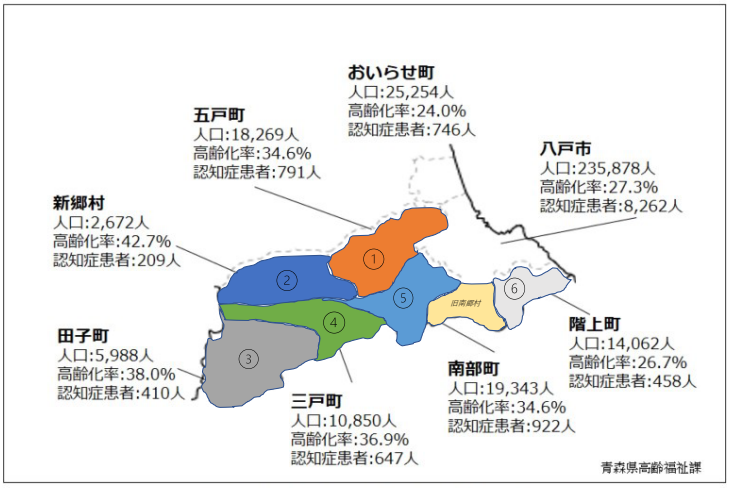


図 2　平成28年4月1日時点の人口と高齢化率及び認定調査に基づく人数

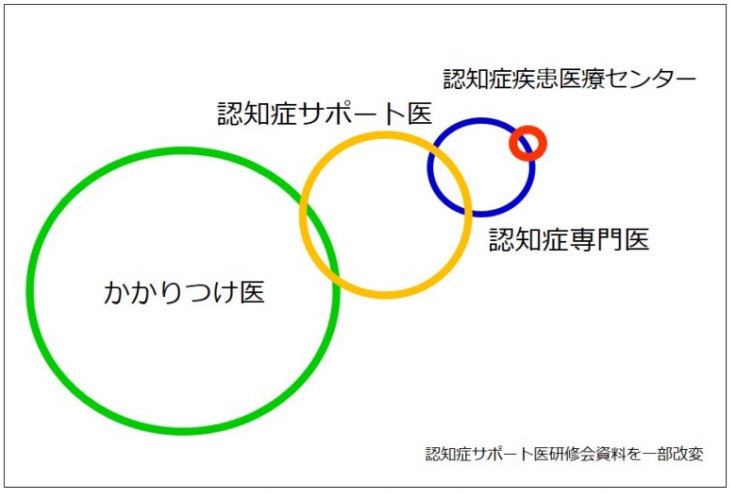


図３　認知症施策における認知症サポート医のイメージ

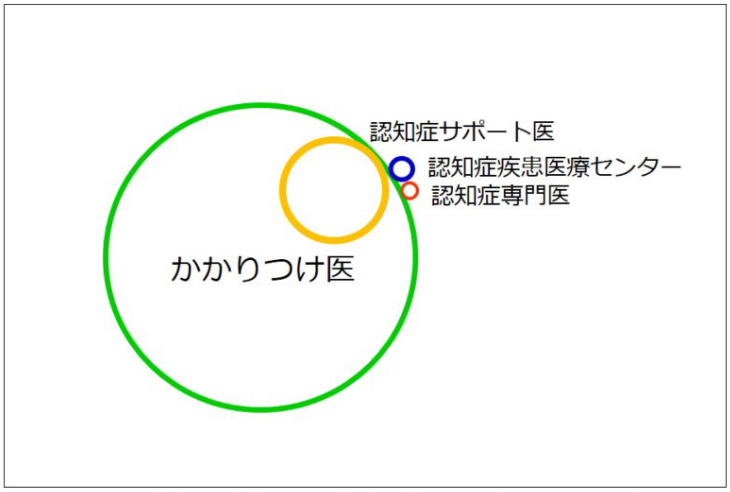


図４　青森県郡部地区での認知症サポート医と専門医のイメージ

(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、老齢人口が飛躍的に増大するの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・介護職が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）

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、各自の役割は何で、何処に紹介していけばよいのか等、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11,806 名であった。（図 6）

図５　各種研修会（三戸郡歯科医師会・八戸市医師会主催）

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
・階上町（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 日右下の大臼歯部に物が入る為、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 大臼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言っているとのこと。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ていくと介護士・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醸し出す。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思われたが、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るかは、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し止血を行った。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る様子、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、本人は痛いと身をよじるが暴れない。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 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ことが増えてはいるが、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。

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。

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、口唇を指で触っても嫌がらない程度まで脱感作を行い、歯肉に表面麻酔い、器具を使用せず術者の手指で歯をつかみ抜歯を行う、周囲歯肉腫脹があったため抜歯直後は出血するが、止血の際は嫌がり暴れて3人で抑えたが、そのままガーゼを指で抑えて止血を行った。

症例２　T.S　S31　65歳　女性

(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」（図 8）で診療可能な歯科医師等を確保及び資質の向上を図る。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

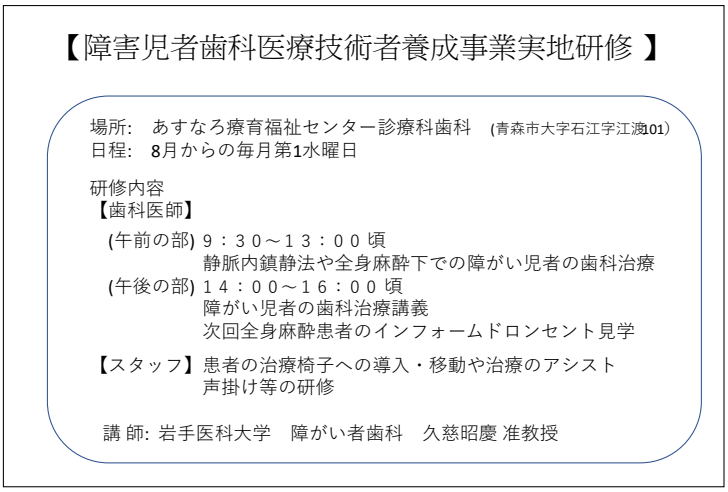


図 8　青森県歯科医師会の取り組み

(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みえる。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ると考えているし、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「顔の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。

2.　モデル事例：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

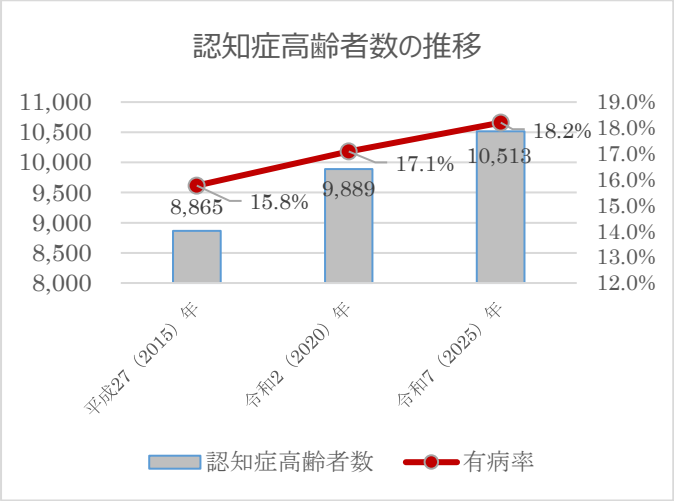
(1)　地域の基本情報

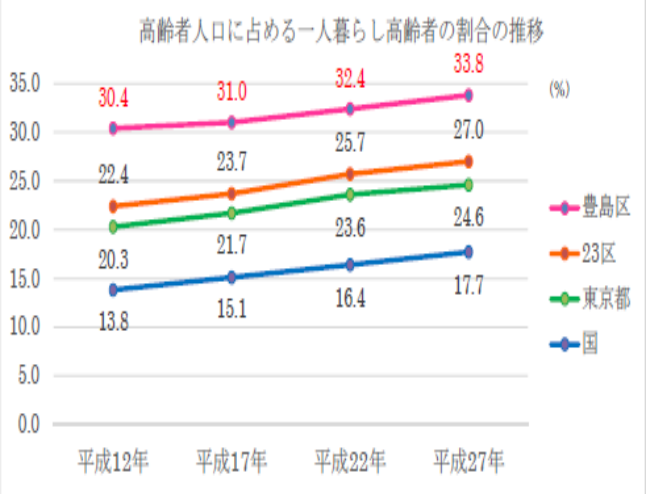
地域	東京都豊島区
区市町村人口	287,300 人（令和 3 年 1 月 1 日現在）
うち 65 歳以上高齢者人口	57,293 人（構成比 19.94%）
区内の認知症疾患医療センター	豊島長崎クリニック(地域連携型)
区内の認知症サポート医等数	東京都健康長寿医療センター(地域拠点型)
同歯科診療所数	認知症かかりつけ医 68 名（医師会ホームページより）

(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、不安に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。

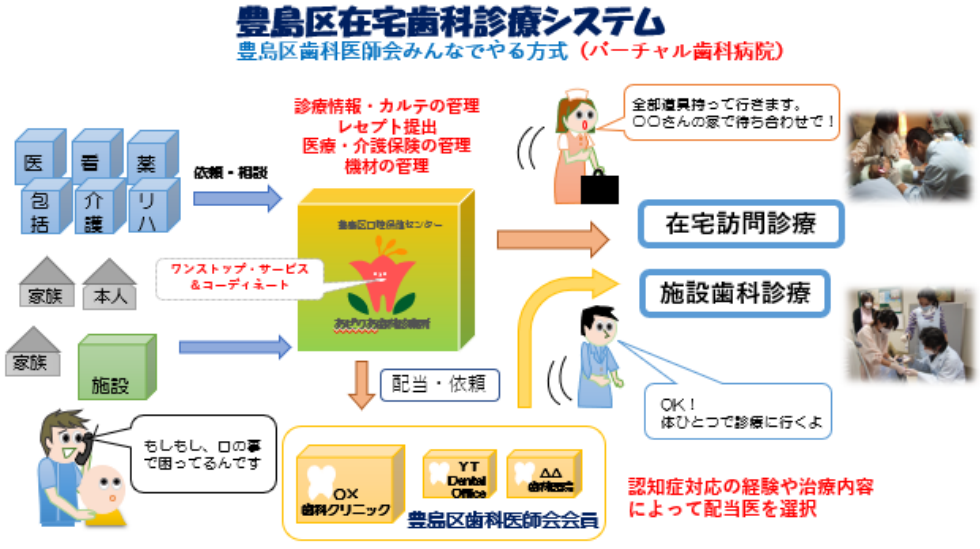
③認知症ケアパスは、関係機関と調整を行いながら 3 年に 1 回改訂し、認知症に関する基礎的な情報とともに、具体的な相談先や受診先の利用方法等が明確に伝わるように工夫します。
④「認知症コーディネーター」が、認知症で対応困難な事例に対し、他関係機関と連携支援を行い、適時・適切な支援を受けられる体制を構築します。
⑤医療機関、高齢者総合相談センター、介護サービス事業者等地域の支援機関同士の支援及び、認知症の人や家族を支援する「認知症地域支援推進員」相談業務を充実します。
⑥医療・介護従事者向けに、多職種協働研修・ライフサポート研修を実施し認知症対応力の向上を図ります。
⑦高齢者総合相談支援センター（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。

口腔保健センターが歯科のハブとなって地域の認知症に関する医療提供体制の中核である認知症疾患医療センターと、区、かかりつけ医、高齢者総合相談センター、認知症関係機関等との連携を強化し、地域の介護・医療資源等を有効に活用するために ICT を活用したネットワークづくりも推進している。



（4）　活動内容・成果

症例１　「ICT を活用して多職種が関わった事例」

高血圧、脳梗塞後遺症、嚥下性肺炎、嚥下障害で入院中、認知症高齢者自立度Ⅱｂレベル、ＨＳＤ－Ｒ＝５点の中～重度認知症の 70 代男性。

病院では胃ろうをすすめられたたものの、患者本人の「食べたい、家に帰りたい」という強い意思を、看取り覚悟で尊重したいというのが家族の思いだった。この段階では HPN（790kal）で、経口は内服時の３％とろみ水のみという状況だった。

退院後、患者宅を毎日訪問した看護師からは「ただ状態を見るとむせも発熱もないし、痰も増えない。『食べたい』という気持ちに応えたい。」ということで医療専用 SNS（MCS®）を通じて主治医、訪問看護師、薬剤師、ケアマネジャー（以下ケアマネ）に加え、歯科医師、歯科衛生士、福祉用具専門相談員、言語聴覚士（ST）が加わったチーム M が結成された。

初診時口腔内

歯科医師による義歯調整

チーム M としての初回訪問時、歯科医師が義歯の調整と嚥下機能のスクリーニング検査を実施し、まずは 1 日 2 食、1–j 程度のゼリーと 2%とろみ液を交互にとるよう介護者へ指導を行った。その結果をもとに MCS 上でカンファレンスが行われた。ST は間接訓練として自主トレ方法をアドバイス、薬剤師は輸液・服薬を管理。ケアマネはヘルパーや訪問入浴の手配、チーム M と家族間のサービス調整などをタイムラインで行った。このときに役立ったのが、MCS 上で文書や画像がアップできる機能で、口腔ケアの手順書、車いすのポジショニングの結果報告、カロリー・水分・嚥下状況のチェックシートなどがわかりやすく共有できた。また電話やファクスで情報をやり取りしていた頃に比べ、患者の体調もすばやく把握できるようになった。続いて耳鼻科医と管理栄養士がチーム M 加わった。

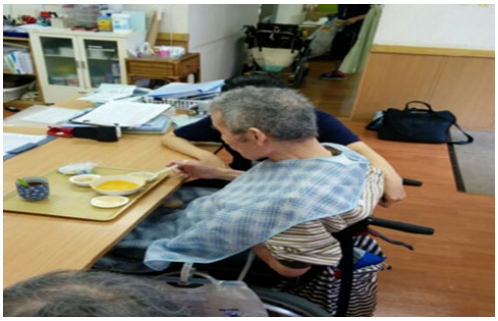
耳鼻科医による VE 検査の結果を共有し、チームで検討した結果、1 回量はキープしたまま、食形態を 1 日 2 食から 3 食に増やすことが決まる。また、より詳しく患者の状態がわかったことで、チーム M のゴールが明確になった。

耳鼻科医による VE 検査

・嚥下訓練により嚥下機能を向上させる。
・嚥下の様子と食事形態を確認しながら、安全に食事をステップアップ。
・摂取カロリーが増し栄養状態が改善したら、IVH を抜く。
・IVH が抜けたら、以前のようにデイサービスやショートステイを利用する。
・介護負担を軽減し、患者の生活の幅を広げ、豊かな在宅療養につなげる。

これらの目標を MCS を通じて全員が共有し、チームが一丸となって目標達成に向けて動き始めた。

1 日 3 回食になった後の状況や、「3 回食べられてうれしい」という患者の感想もすぐにタイムラインで共有される。HPN 抜去に向けて、管理栄養士から家族への食事指導も始まった。食事形態やカロリーについて、各職種から方向性や指示、アドバイスが書き込まれ、食事の状況に応じて新しいサービスも開始される。ついに退院 140 日目に IVH を抜去し、IVH 管理のための訪問看護は終了となった。栄養状態やリハビリ時の状況も改善され、食形態もアップしていく。162 日目にはデイサービスも開始された。



デイサービスでの食事

このように場所や時間の制約を受けずに多数のメンバーで情報を共有でき、添付された写真や動画で具体的な状況が MCS を通じて確認できた。

ICT ネットワークの導入で、スタッフ間で情報共有をするために費やしていた時間や手間が大幅に軽減され、患者にとって最適なタイミングで迅速に対応することが可能になる。また、互いに情報を共有することで、専門職の質、医療の質の向上にも確実に寄与する。

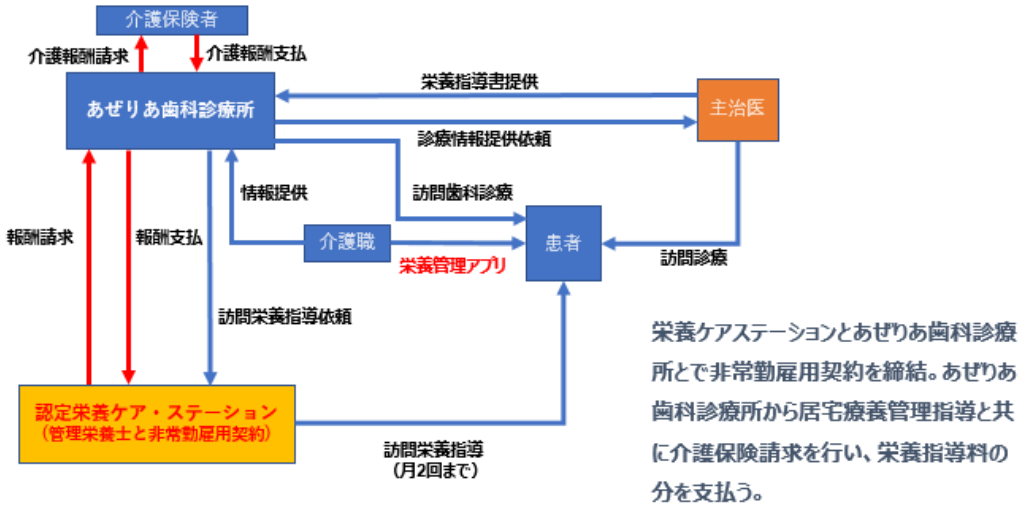
今後ますます増えていく地域の認知症高齢者への在宅医療や医介連携に、ICT は大きな助けとなる。

症例 2　**「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、全顎無歯顎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

症例 3　**「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。

初診時口腔内

これまで、2019.5.13　初診でカリエス処置終了後、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。

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。

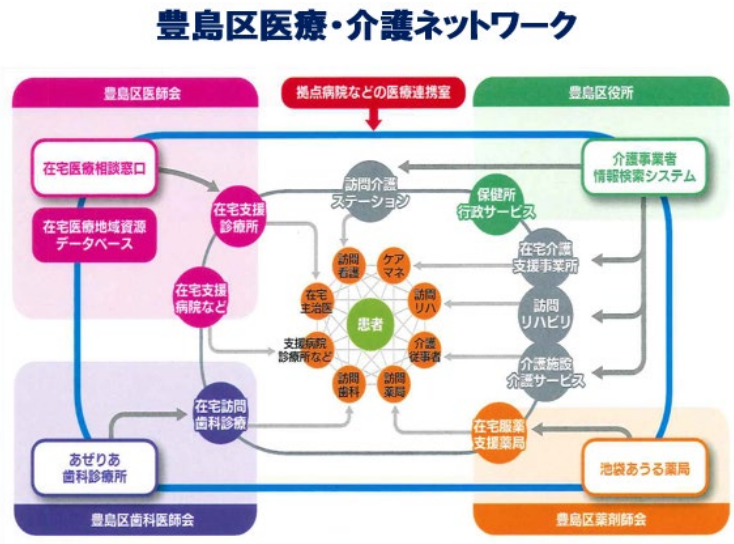
歯科治療や口腔ケアは不要不急のものではなく、感染予防の点からも必須行為であり、感染対策を十分に行えば、歯科治療は何ら問題ないので通常通りの処置を続けるべきである

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によって支えられている。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。



(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い「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レー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。そのための人的費用補償も併せて認められるべきである。

3. モデル事例：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、認知症の状態に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に実施した。

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。

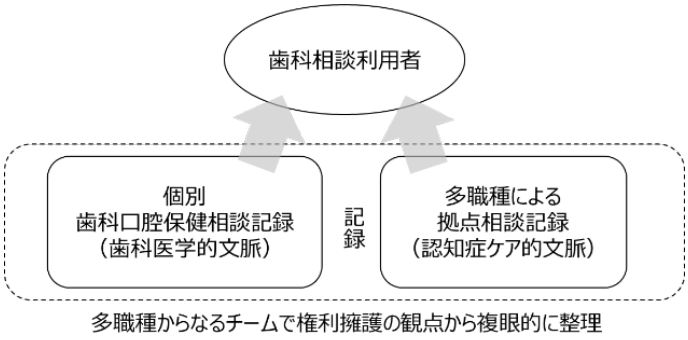


図 1　相談記録の構成

以下に特徴的なケースを提示する。

症例 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たうえで、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る。

症例 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

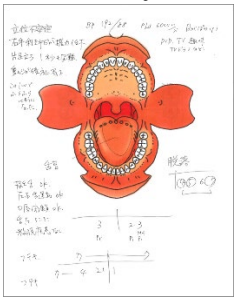


図 3　訪問時 C 氏スクリーニング時のメモ

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にあり、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)　歯科医師会・歯科診療所としての役割・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。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.

4.　モデル事例：岡山県・鏡野町

認知症の人に対する「社会資源が多くない地域」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、

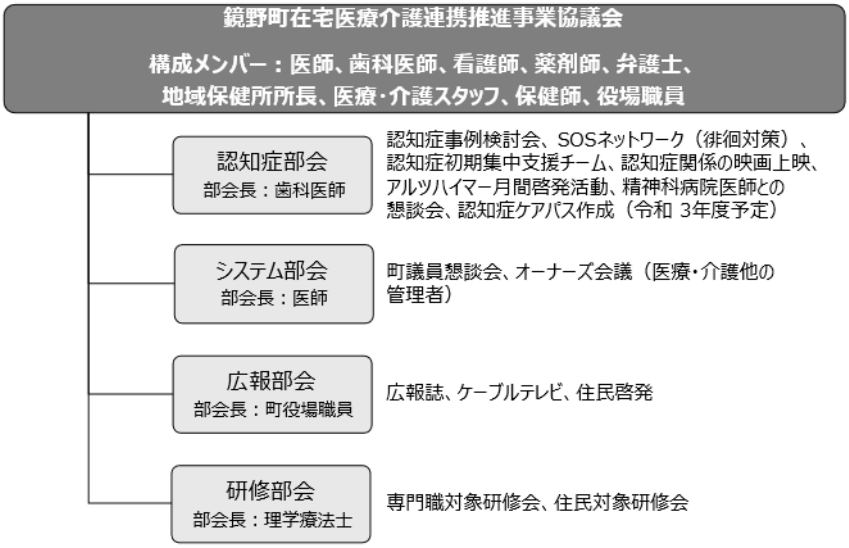
介護計画にも加えていた。

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る。

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、私的に行っていた。
（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て、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

症例 1　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、食事に対しての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、指導されたリ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、その後に起こりうる虚弱–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

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。

症例 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。」という意味があり、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ることになる。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ると思う。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。

5. モデル事例：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医科・歯科共に行っており、急性期医療だけで無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。

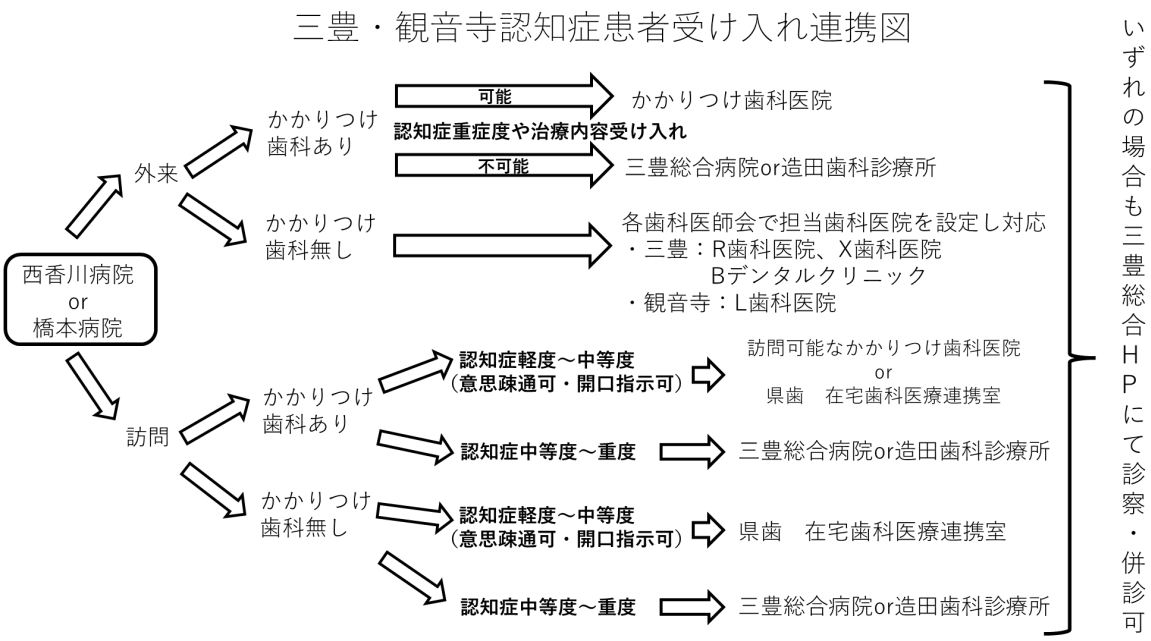
(3) 認知症疾患に関する医療介護連携・地域づくりのプロセス

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とのことから、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臼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齲蝕処置のみ行い、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っ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うけた。

・経過

口腔内は 2 歯の残存歯および残根も数歯認めた。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との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かと思われる。

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。

6. モデル事例：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%）
区内の認知症疾患医療センター	うち琴南地区 1,026 人（構成比　50.8%）
区内の認知症サポート医等数	回生病院（坂出市）
同歯科診療所数	もの忘れ相談医等　町内 0 名（中讃地区に 21 人）

(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、移動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ることが当地区の特徴と思われる。体制のシェーマは図 1 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

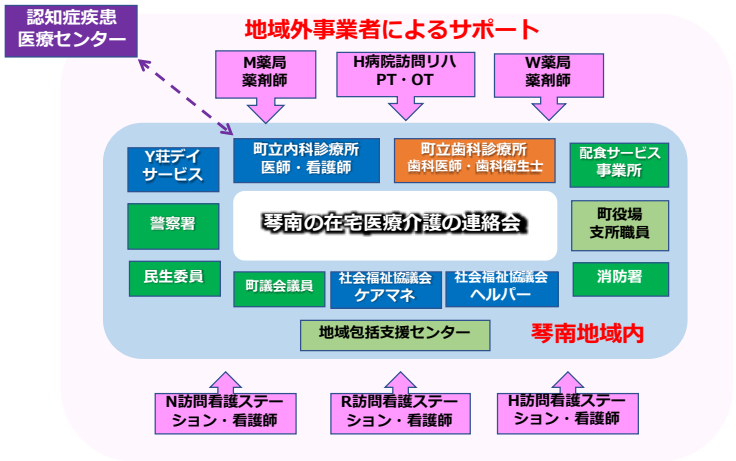


図 1

(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ので、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を食べてくれなくなった」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はかわいそう。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も、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)。

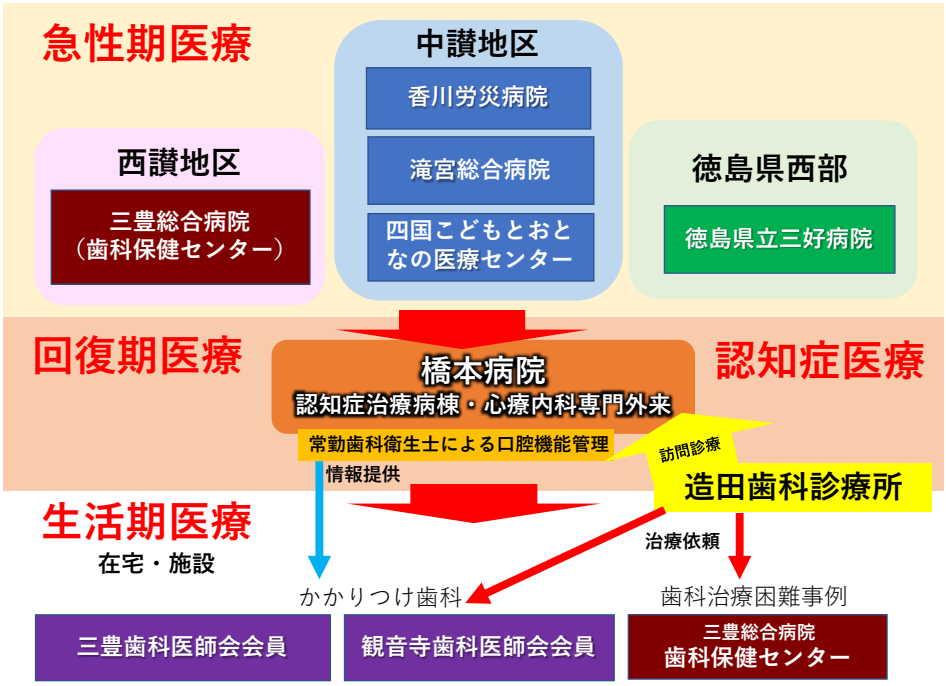


図 2

(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。

参考資料

1. 郵送調査票

ID

令和３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」

全国の認知症患者への口腔管理サービス提供に関する実態調査
【口腔機能向上サービスの提供者用調査票】

（提出期限　令和４年１月 28 日）

【アンケート調査へのご協力のお願い】

本調査は、厚生労働省より令和３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に関する調査研究事業」の採択を受け実施するものです。認知症の状況に応じた継続的な口腔管理を地域で実施するために、認知症の状態に応じた継続的な口腔管理の在り方の検討を行い、その結果を踏まえ、認知症の人に対する地域医療資源の活用例などが提示された、口腔管理マニュアルの作成を目的としております。

本調査の結果は、認知症の人が歯科受診や口腔・栄養のことでお困りにならないような社会の仕組みを作るために、活用させて頂きたいと思います。

なお本調査は、厚生労働省の事業として全国より抽出された通所介護事業所の口腔機能向上サービスの提供者を対象に実施しております。

調査の趣旨をぜひご理解いただいたうえで、ご協力のほどよろしくお願い致します。

【ご回答いただくにあたって】

◆調査票は、認知症の人への口腔機能向上サービスの提供者に回答をお願いいたします。
◆調査票には ID が付けられています。回答がない場合でも一切の不利益はございません。
◆お忙しいところ恐縮ですが、令和４年１月 28 日（金）までに、調査票を記入の上、同封の返信用封筒でご返送いただけますようお願いいたします。

問い合わせ先　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
担当者 白部　電話 080-3448-3722（月曜～金曜、10:00-17:00）

■ ご担当者・連絡先の記入

◇本調査のご担当者の連絡先を記入してください。

調査票に係る問い合わせ先	事業所名または歯科医院等名	
	電話番号	
	ご回答者の職種	1．歯科衛生士　2．看護職　3．言語聴覚士 4．その他（　　）

【提出期限： 令和４年１月 28 日（金）までに、ご提出をお願いいたします】

問 1　貴事業所では、口腔機能向上加算を算定していますか。【あてはまるものすべてに〇】

1. 口腔機能向上加算（Ⅰ）を算定している	2. 口腔機能向上加算（Ⅱ）を算定している
3. 算定していない	

問 2　貴事業所では、口腔機能向上サービス等の口腔に関連したサービス（※）を提供していますか。
※食前のパタカラ体操や、食後の口腔ケア等も含みます。

1. はい ➡ 問３へ	2. いいえ ➡ 問５へ（6 ページ）

認知症の人への支援について、伺います。
口腔機能向上加算の算定の有無に関わらず、ご回答をお願いします。

＜口腔機能向上サービス等の口腔に関連したサービスについて＞

問 3　認知症の人に口腔機能向上サービス等の口腔に関連したサービスを提供する際に、困ることはどのくらいの頻度でありますか。

1. いつも	➡ 問４へ
2. しばしば	
3. ときどき	
4. たまに	
5. 全くない	➡ 問５へ

問 4　認知症の人に口腔機能向上サービス等の口腔に関連したサービスを提供する際の困りごとを教えてください。
その方の認知症重症度や要介護度、またどのような場面でお困りか、可能な範囲で具体的にご記入ください。
（最大 3 事例）
※①～③は、1 番近いと思われる□に、☑を付けてください。
※認知症高齢者の日常生活自立度は次ページの表をご参考ください。

事例 1

①認知症高齢者の日常生活自立度	□Ⅰ　□Ⅱ（Ⅱa･Ⅱb）　□Ⅲ（Ⅲa･Ⅲb）　□Ⅳ　□M

で

②要介護度	□要支援 1･2　□要介護 1･2　□要介護 3　□要介護 4･5

の認知症の人への

③場面（複数回答可）	□アセスメント　□個別の口腔ケア支援 □集団での口腔機能向上サービス　□個人での口腔機能向上サービス □その他（具体的に：　）

の時に

④内容（具体的に）	

に困った。

事例 2

①認知症高齢者の日常生活自立度	□Ⅰ　□Ⅱ（Ⅱa･Ⅱb）　□Ⅲ（Ⅲa･Ⅲb）　□Ⅳ　□M

で

②要介護度	□要支援 1･2　□要介護 1･2　□要介護 3　□要介護 4･5

の認知症の人への

③場面（複数回答可）	□アセスメント　□個別の口腔ケア支援 □集団での口腔機能向上サービス　□個人での口腔機能向上サービス □その他（具体的に：　）

の時に

④内容（具体的に）	

に困った。

事例３

①認知症高齢者の日常生活自立度	□Ⅰ　□Ⅱ（Ⅱa･Ⅱb）　□Ⅲ（Ⅲa･Ⅲb）　□Ⅳ　□M

で

②要介護度	□要支援 1･2　□要介護 1･2　□要介護３　□要介護 4･5

の認知症の人への

③場面（複数回答可）	□アセスメント　□個別の口腔ケア支援 □集団での口腔機能向上サービス　□個人での口腔機能向上サービス □その他（具体的に：　）

の時に

④内容（具体的に）	

に困った。

（参考）

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判　定　基　準	見られる症状・行動の例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱa	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

事例のご記入ありがとうございます。次ページの問５にお進みください。

<口腔疾患について>

問５

(1) 利用者の口腔疾患（むし歯・歯周病・入れ歯の不具合など）のチェックをしていますか。

1．はい ➡ (2) へ	2．いいえ ➡ 問６へ

(2) 認知症を理由にチェックができない（または困難な）ケースは、どのくらいの頻度でありますか。

1．できない人が、いつもいる	2．できない人が、しばしばいる	3．できない人が、ときどきいる
4．できない人が、たまにいる	5．できない人は全くいない	

<口腔機能について>

問６

(1) 利用者の口腔機能（食べる機能・飲み込む機能・発音・滑舌など）のチェックをしていますか。

1．はい ➡ (2) へ	2．いいえ ➡ 問７へ

(2) 認知症を理由にチェックができない（または困難な）ケースは、どのくらいの頻度でありますか。

1．できない人が、いつもいる	2．できない人が、しばしばいる	3．できない人が、ときどきいる
4．できない人が、たまにいる	5．できない人は全くいない	

<受療支援について>

問７　担当している認知症の人のうち、歯科治療が必要と思われる人はいますか。

1．はい ➡ 問８へ	2．いいえ ➡ 問 11 へ

問８　歯科治療が必要であると思われた利用者に対し、歯科受診を勧めたことはありますか。

1．はい ➡ 問９へ	2．いいえ ➡ 問 10 へ

問９

(1) 歯科受診の必要性について、あなたも含めて誰が情報共有しましたか。【あてはまるものすべてに○】

1．ご本人、ご家族	2．ケアマネジャー	3．通所介護事業所の相談員
4．通所介護事業所の看護職	5．通所介護事業所の歯科衛生士	6．その他（　）

(2)担当している認知症の人のうち、歯科治療が必要で、実際に歯科受診していただくことができた事例はありますか。

1．はい ➡ (3)へ	2．いいえ ➡ 問 11 へ

(3) 利用者は、どの歯科医療機関を受診されましたか。【あてはまるものすべてに○】

1．口腔機能向上サービス等を提供している歯科衛生士が所属する歯科医療機関	2．利用者のかかりつけ歯科医療機関
3．地域の歯科医療機関を選定して紹介した	4．その他（　）

次ページの問 11 にお進みください。

問 10 歯科治療受診を勧めなかった理由をご記入ください。

（例）認知症の人本人が通院できそうな歯科医療機関に心当たりがないため…等

認知症の人の口に関する困りごとについて、伺います。全員ご回答をお願いします。

問 11 認知症の人の口に関して、困ったことがありますか。

1．はい	2．いいえ

問 12 認知症の人の口に関して、困りごとがあった時に、相談する先はどちらですか。【あてはまるものすべてに○】

1．特定の歯科医療機関	2．歯科医師会の連携窓口
3．利用者のかかりつけ歯科医療機関	4．その他（　　）
5．相談先はない	

問 13 認知症の人の口に関する困りごと（通所介護事業所におけるサービス提供を含む）に関して、歯科医師や歯科衛生士に期待することをご記入ください。

★これでアンケートへの回答は終了です。ご協力ありがとうございました。★

返送用封筒に入れてご投函下さい。

【提出期限：令和 4 年 1 月 28 日（金）までにご提出をお願いいたします】

ID

令和３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」

全国の認知症患者への口腔管理サービス提供に関する実態調査
【居宅療養管理指導等に係る歯科専門職用調査票】
【歯科医師用】

（提出期限　令和４年１月 28 日）

【アンケート調査へのご協力のお願い】

本調査は、厚生労働省より令和 3 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に関する調査研究事業」の採択を受け実施するものです。認知症の状況に応じた継続的な口腔管理を地域で実施するために、認知症の状態に応じた継続的な口腔管理の在り方の検討を行い、その結果を踏まえ、認知症の人に対する地域医療資源の活用例などが提示された、口腔管理マニュアルの作成を目的としております。

本調査の結果は、認知症の人が歯科受診や口腔・栄養のことでお困りにならないような社会の仕組みを作るために、活用させて頂きたいと思います。

なお本調査は、日本歯科医師会の協力を得て全国の在宅療養支援歯科診療所１の届出をしている歯科医院を対象に実施しております。

調査の趣旨をぜひご理解いただいたうえで、ご協力のほどよろしくお願い致します。

【ご回答いただくにあたって】

◆調査票は、認知症の人の対応にあたっている歯科医師に回答をお願いいたします。
◆調査票には ID が付けられています。回答がない場合でも一切の不利益はございません。
◆お忙しいところ恐縮ですが、令和４年１月 28 日（金）までに、調査票を記入の上、同封の返信用封筒でご返送いただけますようお願いいたします。

問い合わせ先　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
担当者 白部　電話 080-3448-3722（月曜～金曜、10:00-17:00）

■ ご担当者･連絡先の記入

◇本調査のご担当者の連絡先を記入してください。

調査票に係る問い合わせ先	歯科医院名	
	電話番号	

【提出期限： 令和４年１月 28 日（金）までに、ご提出をお願いいたします】

貴院（貴診療科）の概要について、伺います。

問１ 貴院の開設主体として、あてはまるもの１つを選択してください。

1．国･公立機関	2．社会保険関係団体
3．医療法人	4．個人
5．その他	

問２ 貴院の歯科部門の標榜診療科を選択してください。【あてはまるものすべてに○】

1．歯科	2．小児歯科
3．矯正歯科	4．歯科口腔外科

問３ 貴院は医科の医療機関に併設されていますか。

1．されている	2．されていない

問４ 貴院（貴診療科）における、次の職種について、おおよその職員数をご記入ください。

	常勤（人）	非常勤（実人数）（人）
①歯科医師		
②歯科衛生士		
③看護師		
④歯科技工士		
⑤その他（　　）		
⑥その他（　　）		
⑦その他（　　）		

問５ 貴院の施設基準（届出があるもの）を選択してください。【あてはまるものすべてに○】

1．在宅療養支援歯科診療所１	2．在宅療養支援歯科診療所２
3．かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	4．歯科外来診療環境体制加算１
5．歯科診療特別対応連携加算	6．歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料
7．歯科疾患在宅療養管理料の注４に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料	8．地域医療連携体制加算
9．在宅歯科医療推進加算	10．上記のいずれもない

注 11：別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50 点を所定点数に加算する。

注４：別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として 50 点を所定点数に加算する。

問 6 (1) 貴院（貴診療科）には、歯科医師の認知症対応力向上研修を修了（受講含む）した歯科医師・歯科衛生士は勤務していますか。

1．勤務している ➡ (2) へ	2．勤務していない ➡ 問 7 へ

(2) 勤務している場合は、人数をお答えください。

	（人）
歯科医師	
歯科衛生士	

問 7 貴院（貴診療科）の外来診療患者数（直近 1 か月のおおよその実績）をご記入ください。

実人数（人）	延べ人数（人）

問 8 (1) 貴院（貴診療科）では在宅（または施設）へ訪問歯科診療を行っていますか。

1．行っている ➡ (2)・(3) へ	2．行っていない ➡ 問 12 へ（7 ページ）

(2) 貴院の訪問歯科診療患者数（直近 1 か月のおおよその実績）をご記入ください。

	実人数（人）	延べ人数（人）
患者数 （病院・施設・在宅を含む）		

(3) **在宅**への訪問歯科診療に関わるメンバーの職種・人数をご記入ください。

	（人）
①歯科医師	
②歯科衛生士	
③看護師	
④歯科技工士	
⑤その他（ ）	
⑥その他（ ）	
⑦その他（ ）	

貴院（貴診療科）における認知症の人への在宅での歯科治療について、伺います。
現在の実施の有無に関わらず、在宅への訪問歯科診療を行ったことのある方は全員ご回答をお願いします。

問 9 認知症の人の訪問歯科診療について、認知症ではない人と比較して、診療にかかる時間（患家に入室してから退室まで）は平均するとおおよそ、どのくらいかかりますか。

1．短い	2．同じ
3．約 1.5 倍	4．約 2 倍
5．約 3 倍	6．それ以上
7．その他（ ）	

問 10 担当している認知症の人の訪問歯科診療において**認知症が原因の困りごと**はありますか。

1．はい ➡ 問 11 へ	2．いいえ ➡ 問 12 へ（7 ページ）

問 11 訪問歯科診療における**認知症が原因の困りごと**を教えてください。
その方の認知症重症度や要介護度、またどのような場面でお困りか、可能な範囲で具体的にご記入ください。
（最大 3 事例）
※①～③は、1 番近いと思われる□に、☑を付けてください。
※認知症高齢者の日常生活自立度は 6 ページの表をご参考ください。

事例 1

①認知症高齢者の日常生活自立度	□Ⅰ □Ⅱ（Ⅱa・Ⅱb） □Ⅲ（Ⅲa・Ⅲb） □Ⅳ □M

で

②要介護度	□要支援 1・2 □要介護 1・2 □要介護 3 □要介護 4・5

の認知症の人への

③場面（複数回答可）	□予約 □訪問（診療当日、患家に入室するまで） □問診 □診断 □治療 □口腔保健指導 □意思決定 □保険証類の提示 □服薬管理 □支払い □その他（具体的に： ）

の時に

④内容（具体的に）	

に困った。

事例 2

①認知症高齢者の日常生活自立度	□Ⅰ　□Ⅱ（Ⅱa･Ⅱb）　□Ⅲ（Ⅲa･Ⅲb）　□Ⅳ　□M

で

②要介護度	□要支援 1･2　□要介護 1･2　□要介護 3　□要介護 4･5

の認知症の人への

③場面（複数回答可）	□予約　□訪問（診療当日、患家に入室するまで）　□問診　□診断　□治療 □口腔保健指導　□意思決定　□保険証類の提示　□服薬管理　□支払い □その他（具体的に：　　）

の時に

④内容（具体的に）	

に困った。

事例 3

①認知症高齢者の日常生活自立度	□Ⅰ　□Ⅱ（Ⅱa･Ⅱb）　□Ⅲ（Ⅲa･Ⅲb）　□Ⅳ　□M

で

②要介護度	□要支援 1･2　□要介護 1･2　□要介護 3　□要介護 4･5

の認知症の人への

③場面（複数回答可）	□予約　□訪問（診療当日、患家に入室するまで）　□問診　□診断　□治療 □口腔保健指導　□意思決定　□保険証類の提示　□服薬管理　□支払い □その他（具体的に：　　）

の時に

④内容（具体的に）	

に困った。

（参考）

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判　定　基　準	見られる症状・行動の例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱa	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

事例のご記入ありがとうございます。次ページの問 12 にお進みください。

認知症の人の歯科治療の困難事例について、伺います。全員ご回答をお願いします。

問 12 (1) 認知症の人の歯科治療の困難事例を他の歯科医療機関に紹介する際に、紹介先の選定に困ったことはありますか。

1. はい（困ったことがある） ➡ (2) へ	2. いいえ（困ったことはない） ➡ (3) へ

(2) 理由を教えてください。【あてはまるものすべてに○】

1. 認知症の人を受け入れ可能な紹介先を知らない
2. 認知症の人を受け入れ可能な紹介先が近くにない
3. その他（具体的に）

(3) どのように対応されているか教えてください。【あてはまるものすべてに○】

1. 自院ですべて治療した
2. 近くの高次医療機関（歯科・口腔外科）に紹介した
3. 近くの大学病院（歯科・口腔外科）に紹介した
4. 口腔（歯科）保健センターに紹介した
5. 歯科医師会の在宅歯科医療連携室に問い合わせた
6. その他（具体的に： ）

問 13 歯科訪問診療における**認知症が原因の困りごと**について、どのような仕組み（認知症に特化した連携システム・認知症に特化した保険制度など）等があれば、対応しやすいと思いますか。

★これでアンケートへの回答は終了です。ご協力ありがとうございました。★

個別に返送用封筒に入れてご投函下さい。

【提出期限：令和４年１月 28 日（金）までにご提出をお願いいたします】

ID

令和３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」

全国の認知症患者への口腔管理サービス提供に関する実態調査
【居宅療養管理指導等に係る歯科専門職用調査票】
【歯科衛生士用】

（提出期限　令和４年１月 28 日）

【アンケート調査へのご協力のお願い】

本調査は、厚生労働省より令和 3 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に関する調査研究事業」の採択を受け実施するものです。認知症の状況に応じた継続的な口腔管理を地域で実施するために、認知症の状態に応じた継続的な口腔管理の在り方の検討を行い、その結果を踏まえ、認知症の人に対する地域医療資源の活用例などが提示された、口腔管理マニュアルの作成を目的としております。

本調査の結果は、認知症の人が歯科受診や口腔・栄養のことでお困りにならないような社会の仕組みを作るために、活用させて頂きたいと思います。

なお本調査は、日本歯科医師会の協力を得て全国の在宅療養支援歯科診療所１の届出をしている歯科医院を対象に実施しております。

調査の趣旨をぜひご理解いただいたうえで、ご協力のほどよろしくお願い致します。

【ご回答いただくにあたって】

◆調査票は、認知症の人の対応にあたっている歯科衛生士に回答をお願いいたします。
◆調査票には ID が付けられています。回答がない場合でも一切の不利益はございません。
◆お忙しいところ恐縮ですが、令和４年１月 28 日（金）までに、調査票を記入の上、同封の返信用封筒でご返送いただけますようお願いいたします。

問い合わせ先　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
担当者 白部　電話 080-3448-3722（月曜～金曜、10:00-17:00）

■ ご担当者・連絡先の記入

◇本調査のご担当者の連絡先を記入してください。

調査票に係る問い合わせ先	歯科医院名	
	電話番号	

【提出期限： 令和４年１月 28 日（金）までに、ご提出をお願いいたします】

貴院の概要について、伺います。

問 1 貴院の開設主体として、あてはまるもの１つを選択してください。

1．国・公立機関	2．社会保険関係団体
3．医療法人	4．個人
5．その他	

問 2 貴院の歯科部門の標榜診療科を選択してください。【あてはまるものすべてに○】

1．歯科	2．小児歯科
3．矯正歯科	4．歯科口腔外科

問 3 貴院は医科の医療機関に併設されていますか。

1．されている	2．されていない

問 4 貴院（貴診療科）における、次の職種について、おおよその職員数をご記入ください。

	常勤（人）	非常勤（実人数）（人）
①歯科医師		
②歯科衛生士		
③看護師		
④歯科技工士		
⑤その他（　　）		
⑥その他（　　）		
⑦その他（　　）		

問 5 貴院の施設基準（届出があるもの）を選択してください。【あてはまるものすべてに○】

1．在宅療養支援歯科診療所 1	2．在宅療養支援歯科診療所 2
3．かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	4．歯科外来診療環境体制加算 1
5．歯科診療特別対応連携加算	6．歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料
7．歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料	8．地域医療連携体制加算
9．在宅歯科医療推進加算	10．上記のいずれもない

注 11：別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50 点を所定点数に加算する。

注 4：別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として 50 点を所定点数に加算する。

問 6 (1) 貴院（貴診療科）には、歯科医師の認知症対応力向上研修を修了（受講含む）した歯科医師・歯科衛生士は勤務していますか。

1．勤務している ➡ (2) へ	2．勤務していない ➡ 問 7 へ

(2) 勤務している場合は、人数をお答えください。

	（人）
歯科医師	
歯科衛生士	

問 7 貴院（貴診療科）の外来診療患者数（直近 1 か月のおおよその実績）をご記入ください。

実人数（人）	延べ人数（人）

問 8 (1) 貴院（貴診療科）では在宅（または施設）へ訪問歯科診療を行っていますか。

1．行っている ➡ (2)・(3) へ	2．行っていない ➡ 問 12 へ（7 ページ）

(2) 貴院の訪問歯科診療患者数（直近 1 か月のおおよその実績）をご記入ください。

	実人数（人）	延べ人数（人）
患者数 （病院・施設・在宅を含む）		

(3) **在宅**への訪問歯科診療に関わるメンバーをご記入ください。

	（人）
①歯科医師	
②歯科衛生士	
③看護師	
④歯科技工士	
⑤その他（ ）	
⑥その他（ ）	
⑦その他（ ）	

貴院における認知症の人への在宅での歯科治療について、伺います。
現在の実施の有無に関わらず、在宅への訪問歯科診療を行ったことのある方は全員ご回答をお願いします。

問 9 認知症の人の訪問歯科診療について、認知症ではない人と比較して、診療にかかる時間（患家に入室してから退室まで）は平均するとおおよそ、どのくらいかかりますか。

1．短い	2．同じ
3．約 1.5 倍	4．約 2 倍
5．約 3 倍	6．それ以上
7．その他（ ）	

問 10 担当している認知症の人の歯科衛生士による居宅療養管理指導において、**認知症が原因の困りごと**はありますか。

1．はい ➡ 問 11 へ	2．いいえ ➡ 問 12 へ（7 ページ）

問 11 歯科衛生士による居宅療養管理指導を行う上での**認知症が原因の困りごと**を教えてください。
その方の認知症重症度や要介護度、またどのような場面でお困りか、可能な範囲で具体的にご記入ください。
（最大 3 事例）
※①～③は、1 番近いと思われる□に、☑を付けてください。
※認知症高齢者の日常生活自立度は 6 ページの表をご参考ください。

事例 1

①認知症高齢者の日常生活自立度	□Ⅰ □Ⅱ（Ⅱa・Ⅱb） □Ⅲ（Ⅲa・Ⅲb） □Ⅳ □M

で

②要介護度	□要支援 1・2 □要介護 1・2 □要介護 3 □要介護 4・5

の認知症の人への

③場面（複数回答可）	□予約 □訪問(診療当日、患家に入室するまで) □医療面接 □アセスメント □歯科予防処置 □歯科保健指導 □意思決定 □保険証類の提示 □支払い □服薬管理に関すること □その他（具体的に： ）

の時に

④内容（具体的に）	

に困った。

事例 2

①認知症高齢者の日常生活自立度	□Ⅰ　□Ⅱ（Ⅱa･Ⅱb）　□Ⅲ（Ⅲa･Ⅲb）　□Ⅳ　□M

で

②要介護度	□要支援 1･2　□要介護 1･2　□要介護 3　□要介護 4･5

の認知症の人への

③場面（複数回答可）	□予約　□訪問(診療当日、患家に入室するまで)　□医療面接　□アセスメント □歯科予防処置　□歯科保健指導　□意思決定　□保険証類の提示　□支払い □服薬管理に関すること　□その他（具体的に：　　）

の時に

④内容（具体的に）	

に困った。

事例 3

①認知症高齢者の日常生活自立度	□Ⅰ　□Ⅱ（Ⅱa･Ⅱb）　□Ⅲ（Ⅲa･Ⅲb）　□Ⅳ　□M

で

②要介護度	□要支援 1･2　□要介護 1･2　□要介護 3　□要介護 4･5

の認知症の人への

③場面（複数回答可）	□予約　□訪問(診療当日、患家に入室するまで)　□医療面接　□アセスメント □歯科予防処置　□歯科保健指導　□意思決定　□保険証類の提示　□支払い □服薬管理に関すること　□その他（具体的に：　　）

の時に

④内容（具体的に）	

に困った。

（参考）

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判　定　基　準	見られる症状・行動の例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱa	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

事例のご記入ありがとうございます。次ページの問 12 にお進みください。

認知症の人の歯科治療の困難事例について、伺います。全員ご回答をお願いします。

問 12 (1) 認知症の人の歯科治療の困難事例を他の歯科医療機関に紹介を検討する際に、紹介先の選定に困ったことはありますか。

1. はい（困ったことがある） ➡ (2) へ	2. いいえ（困ったことはない） ➡ (3) へ

(2) 理由を教えてください。【あてはまるものすべてに○】

1. 認知症の人を受け入れ可能な紹介先を知らない
2. 認知症の人を受け入れ可能な紹介先が近くにない
3. その他（具体的に）

(3) どのように対応されているか教えてください。【あてはまるものすべてに○】

1. 自院ですべて治療した
2. 近くの高次医療機関（歯科・口腔外科）に紹介した
3. 近くの大学病院（歯科・口腔外科）に紹介した
4. 口腔（歯科）保健センターに紹介した
5. 歯科医師会の在宅歯科医療連携室に問い合わせた
6. その他（具体的に： ）

問 13 歯科衛生士の居宅療養管理指導・歯科訪問診療における**認知症が原因の困りごと**について、どのような仕組み（認知症に特化した連携システム・認知症に特化した保険制度など）等があれば、対応しやすいと思いますか。

★これでアンケートへの回答は終了です。ご協力ありがとうございました。★

個別に返送用封筒に入れてご投函下さい。

【提出期限：令和４年１月 28 日（金）までにご提出をお願いいたします】

ID

令和 3 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」

全国の認知症患者への口腔管理サービス提供に関する実態調査
【地域歯科医療機関用調査票】
【病院歯科用】

（提出期限　令和 4 年 1 月 28 日）

【アンケート調査へのご協力のお願い】

本調査は、厚生労働省より令和 3 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に関する調査研究事業」の採択を受け実施するものです。認知症の状況に応じた継続的な口腔管理を地域で実施するために、認知症の状態に応じた継続的な口腔管理の在り方の検討を行い、その結果を踏まえ、認知症の人に対する地域医療資源の活用例などが提示された、口腔管理マニュアルの作成を目的としております。

本調査の結果は、認知症の人が歯科受診や口腔・栄養のことでお困りにならないような社会の仕組みを作るために、活用させて頂きたいと思います。

なお本調査は、日本歯科医師会の協力を得て全国の大学病院歯学部・医学部付属病院歯科・病院歯科所属の歯科医師を対象に実施しております。

調査の趣旨をぜひご理解いただいたうえで、ご協力のほどよろしくお願い致します。

【ご回答いただくにあたって】

◆調査票は、認知症の人の対応にあたっている歯科医師に回答をお願いいたします。
◆調査票には ID が付けられています。回答がない場合でも一切の不利益はございません。
◆お忙しいところ恐縮ですが、令和 4 年 1 月 28 日（金）までに、調査票を記入の上、同封の返信用封筒でご返送いただけますようお願いいたします。

問い合わせ先　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
担当者 白部　電話 080-3448-3722（月曜～金曜、10:00-17:00）

■ ご担当者・連絡先の記入

◇本調査のご担当者の連絡先を記入してください。

調査票に係る問い合わせ先	病院名	
	電話番号	

【提出期限： 令和 4 年 1 月 28 日（金）までに、ご提出をお願いいたします】

貴院の概要について、伺います。

問 1 貴院の開設主体として、あてはまるもの１つを選択してください。

1．国・公立：国立・都道府県立・市立等	2．私立：個人
3．法人：学校法人、公益法人、医療法人等	4．その他：組合・連合会立等

問 2 貴院の歯科部門の標榜診療科を選択してください。【あてはまるものすべてに〇】

1．歯科	2．小児歯科
3．矯正歯科	4．歯科口腔外科

問 3 貴診療科における、次の職種について、おおよその職員数をご記入ください。

	常勤（人）	非常勤（実人数）（人）
①歯科医師		
②歯科衛生士（貴診療科所属）		
③看護師（貴診療科所属）		
④歯科技工士（貴診療科所属）		
⑤管理栄養士（貴診療科所属）		
⑥その他（貴診療科所属）（　　）		
⑦その他（貴診療科所属）（　　）		

問 4 貴院の施設基準（届出があるもの）を選択してください。【あてはまるものすべてに〇】

1．地域歯科診療支援病院	2．歯科外来診療環境体制加算１
3．歯科診療特別対応連携加算	4．歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料
5．歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料	6．地域医療連携体制加算
7．在宅歯科医療推進加算	8．上記のいずれもない

注 11：別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50 点を所定点数に加算する。

注 4：別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として 50 点を所定点数に加算する。

問 5 (1) 貴診療科には、歯科医師の認知症対応力向上研修を修了（受講含む）した歯科医師・歯科衛生士は勤務していますか。

1．勤務している ➡ (2) へ	2．勤務していない ➡ 問 6 へ

(2) 勤務している場合は、人数をお答えください。

	（人）
歯科医師	
歯科衛生士	

問 6 貴診療科の外来診療患者数（直近１か月のおおよその実績）をご記入ください。

実人数（人）	延べ人数（人）

問 7 (1) 貴診療科では在宅（または施設）へ訪問歯科診療を行っていますか。（貴院の系列施設を含む）

1．行っている ➡ (2) へ	2．行っていない ➡ 問 8 へ

(2) 貴診療科の訪問歯科診療患者数（直近１か月のおおよその実績）をご記入ください。

	実人数（人）	延べ人数（人）
患者数 （病院・施設・在宅を含む）		

貴診療科における認知症の人への歯科治療について、伺います。

問 8 (1) 認知症の人が来院されることはありますか。

1. はい ➡ (2) へ	2. いいえ ➡ 問 13 へ（7 ページ）

(2) 院外歯科医療機関において認知症が原因で歯科治療困難になった事例を、紹介により受け入れたことがありますか。

1. はい	2. いいえ

問 9 (1) 認知症の人の歯科治療について、認知症ではない人と比較して、診療にかかる時間（導入、説明、治療等を含むすべての時間）は平均するとおおよそ、どのくらいかかりますか。

1. 短い	2. 同じ
3. 約 1.5 倍	4. 約 2 倍
5. 約 3 倍	6. それ以上
7. その他（ ）	

(2) 認知症の人の歯科治療について、認知症ではない人と比較して、受付業務にかかる時間（予約、支払い等）は平均するとおおよそ、どのくらいかかりますか。

1. 短い	2. 同じ
3. 約 1.5 倍	4. 約 2 倍
5. 約 3 倍	6. それ以上
7. その他（ ）	

問 10 認知症の人の歯科治療について、認知症ではない人と比較して、労力は平均しておおよそ、どのくらいかかりますか。

※労力とは、見守りや話しかけ等を含めて要するスタッフの人数を指します。

1. 少ない	2. 同じ
3. 約 1.5 人分が多く携わる必要がある	4. 約 2 人分が多く携わる必要がある
5. 約 3 人分が多く携わる必要がある	6. それ以上の人数が多く携わる必要がある
7. その他（ ）	

問 11 (1) 貴診療科において、担当している認知症の人の歯科治療で困っていることはありますか。

1. はい ➡ (2) へ	2. いいえ ➡ 問 12 へ

(2) 困っている内容を具体的にご記入ください。

問 12 担当している認知症の人の歯科治療に関して、歯科の紹介先または医科の連携先がなくて困ったことはありますか。

1. はい	2. いいえ

認知症の人の来院の有無にかかわらず、全員ご回答をお願いします。
もし認知症の人が来院されたら、という場合を想定して、ご回答ください。

問 13 貴診療科で認知症の人の歯科治療に対応できない場合は、どうしますか。【あてはまるものすべてに○】

1. 歯科医師会の在宅歯科医療連携室等に相談する	2. 近くの病院歯科（歯科・口腔外科など）に紹介する
3. 近くの大学病院（歯科・口腔外科、障がい者歯科など）に紹介する	4. 口腔（歯科）保健センターに紹介する
5. 対応が難しいことを説明し、断る	6. 分からない
7. その他（具体的に： ）	

問 14 貴診療科で認知症の人の歯科治療に対応できない場合の受け入れ先として、今後どのような機関との連携が望ましいと思いますか。【あてはまるものすべてに○】

1. 高次医療機関（歯科・口腔外科）・病院歯科	2. 医学部大学病院（歯科・口腔外科）
3. 歯学部大学病院（歯科・口腔外科）	4. 口腔（歯科）保健センター
5. その他（具体的に） （例）近隣で受け入れ可能な地域歯科診療所がある…等	

問 15 (1) 認知症が理由で歯科治療が困難となった事例をもし紹介されたとしたら、今後、積極的に受け入れることは可能ですか。

1. はい ➡ (2) へ	2. いいえ ➡ (3) へ	3. 分からない ➡ (3) へ

(2) 今後（現行含む）、貴診療科で実施可能な受け入れ体制・システム・工夫等について教えてください。
（例）診療科スタッフに認知症対応力を促す、院内外との協力体制を構築する・・・等

(3) 受け入れ困難の理由を教えてください。【あてはまるものすべてに○】

1. 時間がない	2. 人員不足	3. 余裕がない	4. 収益性がない
5. ノウハウがない	6. 専門外のため	7. 院内連携ができていない	
8. その他（具体的に）			

問 16 認知症の人の歯科治療に関する課題を教えてください。

★これでアンケートへの回答は終了です。ご協力ありがとうございました。★
返送用封筒に入れてご投函下さい。
【提出期限：令和 4 年 1 月 28 日（金）までにご提出をお願いいたします】

ID

令和 3 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」

全国の認知症患者への口腔管理サービス提供に関する実態調査
【地域歯科医療機関用調査票】
【歯科医療機関用】

（提出期限　令和 4 年 1 月 28 日）

【アンケート調査へのご協力のお願い】

本調査は、厚生労働省より令和 3 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に関する調査研究事業」の採択を受け実施するものです。認知症の状況に応じた継続的な口腔管理を地域で実施するために、認知症の状態に応じた継続的な口腔管理の在り方の検討を行い、その結果を踏まえ、認知症の人に対する地域医療資源の活用例などが提示された、口腔管理マニュアルの作成を目的としております。

本調査の結果は、認知症の人が歯科受診や口腔・栄養のことでお困りにならないような社会の仕組みを作るために、活用させて頂きたいと思います。

なお本調査は、日本歯科医師会の協力を得て全国の歯科医療機関所属の歯科医師を対象に実施しております。調査の趣旨をぜひご理解いただいたうえで、ご協力のほどよろしくお願い致します。

【ご回答いただくにあたって】

◆調査票は、認知症の人の対応にあたっている歯科医師に回答をお願いいたします。
◆調査票には ID が付けられています。回答がない場合でも一切の不利益はございません。
◆お忙しいところ恐縮ですが、令和 4 年 1 月 28 日（金）までに、調査票を記入の上、同封の返信用封筒でご返送いただけますようお願いいたします。

問い合わせ先　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
担当者 白部　電話 080-3448-3722（月曜～金曜、10:00-17:00）

■ ご担当者・連絡先の記入

◇本調査のご担当者の連絡先を記入してください。

調査票に係る問い合わせ先	歯科医院名	
	電話番号	

【提出期限： 令和 4 年 1 月 28 日（金）までに、ご提出をお願いいたします】

貴院の概要について、伺います。

問 1 貴院の開設主体として、あてはまるもの 1 つを選択してください。

1. 国・公立機関	2. 社会保険関係団体
3. 医療法人	4. 個人
5. その他	

問 2 貴院の歯科部門の標榜診療科を選択してください。【あてはまるものすべてに○】

1. 歯科	2. 小児歯科
3. 矯正歯科	4. 歯科口腔外科

問 3 貴院は医科の医療機関に併設されていますか。

1. されている	2. されていない

問 4 貴院における、次の職種について、おおよその職員数をご記入ください。

	常勤（人）	非常勤（実人数）（人）
①歯科医師		
②歯科衛生士（貴診療科所属）		
③看護師（貴診療科所属）		
④歯科技工士（貴診療科所属）		
⑤管理栄養士（貴診療科所属）		
⑥その他（貴診療科所属）（　　）		
⑦その他（貴診療科所属）（　　）		

問 5 貴院の施設基準（届出があるもの）を選択してください。【あてはまるものすべてに○】

1. 在宅療養支援歯科診療所 1	2. 在宅療養支援歯科診療所 2
3. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	4. 歯科外来診療環境体制加算 1
5. 歯科診療特別対応連携加算	6. 歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料
7. 歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料	8. 地域医療連携体制加算
9. 在宅歯科医療推進加算	10. 上記のいずれもない

注 11：別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50 点を所定点数に加算する。

注 4：別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として 50 点を所定点数に加算する。

問 6 (1) 貴院には、歯科医師の認知症対応力向上研修を修了（受講含む）した歯科医師・歯科衛生士は勤務していますか。

1. 勤務している ➡ (2) へ	2. 勤務していない ➡ 問 7 へ

(2) 勤務している場合は、人数をお答えください。

	（人）
歯科医師	
歯科衛生士	

問 7 貴院の外来診療患者数（直近 1 か月のおおよその実績）をご記入ください。

実人数（人）	延べ人数（人）

問 8 (1) 貴院（貴診療科）では在宅（または施設）へ訪問歯科診療を行っていますか。

1. 行っている ➡ (2) へ	2. 行っていない ➡ 問 9 へ

(2) 貴院の訪問歯科診療患者数（直近 1 か月のおおよその実績）をご記入ください。

	実人数（人）	延べ人数（人）
患者数（病院・施設・在宅を含む）		

貴院における認知症の人への歯科治療について、伺います。

問 9 認知症の人が来院されることはありますか。

1. はい ➡ 問 10 へ	2. いいえ ➡ 問 14 へ（次ページ）

問 10 (1) 認知症の人の歯科治療について、認知症ではない人と比較して、診療にかかる時間（導入、説明、治療等を含むすべての時間）は平均するとおおよそ、どのくらいかかりますか。

1. 短い	2. 同じ
3. 約 1.5 倍	4. 約 2 倍
5. 約 3 倍	6. それ以上
7. その他（ ）	

(2) 認知症の人の歯科治療について、認知症ではない人と比較して、受付業務にかかる時間（予約、支払い等）は平均するとおおよそ、どのくらいかかりますか。

1. 短い	2. 同じ
3. 約 1.5 倍	4. 約 2 倍
5. 約 3 倍	6. それ以上
7. その他（ ）	

問 11 認知症の人の歯科治療について、認知症ではない人と比較して、労力は平均しておおよそ、どのくらいかかりますか。

※労力とは、見守りや話しかけ等を含めて要するスタッフの人数を指します。

1. 少ない	2. 同じ
3. 約 1.5 人分が多く携わる必要がある	4. 約 2 人分が多く携わる必要がある
5. 約 3 人分が多く携わる必要がある	6. それ以上の人数が多く携わる必要がある
7. その他（ ）	

問 12 (1) 担当している認知症の人の歯科治療で困っていることはありますか。

1. はい ➡ (2) へ	2. いいえ ➡ 問 13 へ

(2) 困っている内容を具体的にご記入ください。

問 13 担当している認知症の人の歯科治療に関して、歯科の紹介先または医科の連携先がなくて困ったことはありますか。

1. はい	2. いいえ

認知症の人の来院の有無にかかわらず、全員ご回答をお願いします。
もし認知症の人が来院されたら、という場合を想定して、ご回答ください。

問 14 貴院で認知症の人の歯科治療に対応できない場合は、どうしますか。【あてはまるものすべてに〇】

1. 歯科医師会の在宅歯科医療連携室等に相談する	2. 近くの病院歯科（歯科・口腔外科など）に紹介する
3. 近くの大学病院（歯科・口腔外科、障がい者歯科など）に紹介する	4. 口腔（歯科）保健センターに紹介する
5. 対応が難しいことを説明し、断る	6. 分からない
7. その他（具体的に： ）	

問 15 貴院で認知症の人の歯科治療に対応できない場合の受け入れ先として、今後どのような機関との連携が望ましいと思いますか。【あてはまるものすべてに〇】

1. 高次医療機関（歯科・口腔外科）・病院歯科	2. 医学部大学病院（歯科・口腔外科）
3. 歯学部大学病院（歯科・口腔外科）	4. 口腔（歯科）保健センター
5. その他（具体的に） （例）近隣で受け入れ可能な地域歯科診療所がある…等	

問 16 認知症の人の歯科治療に関する課題を教えてください。

★これでアンケートへの回答は終了です。ご協力ありがとうございました。★

返送用封筒に入れてご投函下さい。

【提出期限：令和 4 年 1 月 28 日（金）までにご提出をお願いいたします】

参考資料

2. 認知症の人の口を支えるマニュアル

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

   認知症の人のお口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「認知症の人のお口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か年計画（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」するとされています。『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になります。

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付き、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いての歯科への具体的な役割として、①口腔機能向上を通した認知症予防、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ただいて、『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。

段階編	●「編」の目的提示		ねらいと到達目標
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
	●歯科の特殊性をベースに、認知症患者をあてはめ	役割2	歯科の特殊性
		役割3	歯科の特殊性（認知症患者に対して）
	●放置された例を示し、認知症の理解の必要性を再認識 ・認知症の進行にともない変化し歯科ニーズを確認 ・"どうならないための"研修動機を明示	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	DVD-1	受付にて、「保険証返して」
	●DVDに続いて、グレーの人への対応（Q&A） (Q) グレーの人とどうするか (A①) 総論　あくまで普通の人＋アルファの対応 (A②) 各論　具体的な対応パワー	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)に人への対応（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は作られた神経であることの理解 ・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	歯科治療の際に留意が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	DVD-2	不安でイライラが伸びなくなる様子
	●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	歯科治療の際に留意が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ための費用と治療計画の立案
		役割29	治療計画とケアの計画の立案のしかた
		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	DVD-3	スタッフの対応により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っての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付きだけではなく、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。

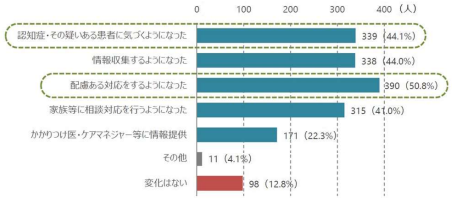


図2　研修受講者の日常の歯科診療における変化

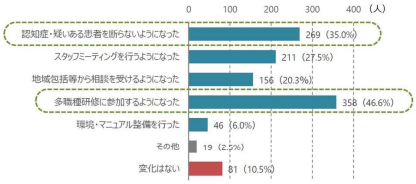


図3　研修受講者の歯科診療以外の活動での変化

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の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年厚生労働者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者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年度厚生労働者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年度厚生労働者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キング

【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トを行う際には、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ト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が、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

認知症の人の口腔に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ことが必要である。

(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通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、情報的サポート、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報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報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（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、拠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、認知症とともに容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

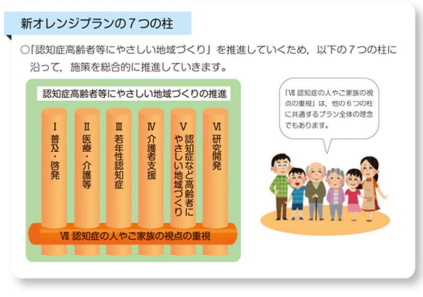
1.東京都認知症地域支援推進事業　認知症とともに暮らせる社会に向けて　地域づくりの手引き2020年度改定版，地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所，2021. https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/manual_text/pdf/chiiki_tebiki.pdf
2.令和2年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理等に関する調査研究事業」https://www.tmghig.jp/research/info/cms_upload/9e6c20c84c6e29fb8573154e1b1688side_2.pdf
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こと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充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、"本人か近しい人"（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。

"本人か近しい人"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こ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" 本人か近しい人"は有意に歯科受診をしていなかった（P<0.001）。

"本人か近しい人"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。

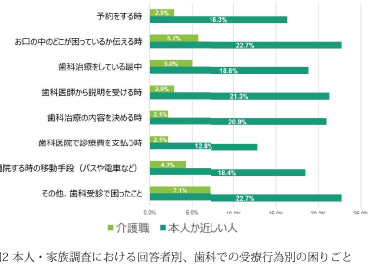


図2 本人・家族調査における回答者別、歯科での受療行為別の困りごと

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。

"本人が近しい人"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"本人が近しい人"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」（情報的・手段的サポート）、「安心できる表現」と「励まし」（情緒的・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。

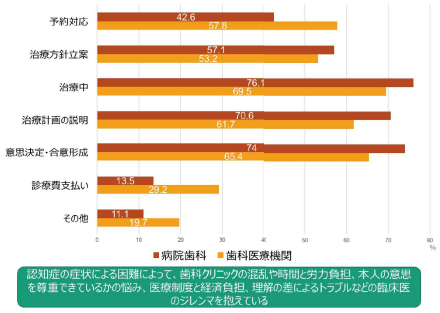
カテゴリ	コード
医学的理解と具体的な支援（情報的・手段的サポート）	①症状を理解して、 ②臨機応変に対応し、 ③かかりつけ医師との適切な情報交換と、 ④予知的な情報提供と計画を説明し、 ⑤定期受診が出来るように支援する
安心できる表現と励まし（情緒的・評価的サポート）	①本人に合わせ共感し、 ②安心できる言葉で繰り返し励まし、 ③笑顔で気持ちよく親切丁寧に対応し、 ④尊厳に配慮し、 ⑤家族付き添いに配慮し、 ⑥本人に無理のないペースで、 ⑦経済的負担への配慮をして ⑧予定の治療が難しくても精一杯の治療を実践する
歯科訪問診療における認知症を理解しニーズに合った合理的配慮	**①気長に付き合い、②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

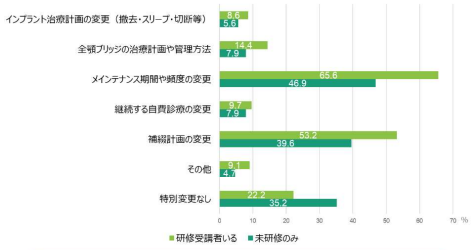


認知症の症状による困難によって、歯科クリニックの混乱や時間と労力負担、本人の意思を尊重できているかの悩み、医療制度と経済負担、理解の差によるトラブルなどの臨床医のジレンマを抱えている

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予測・判断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、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、情報的サポートにくわえて情緒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がった。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こと、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った。

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地域のシステム的解決（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組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/J124Report_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.jcqhc.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.tmghig.jp/research/info/cms_upload/9c6c20c84c4e29fb8573154e1b1689dc_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

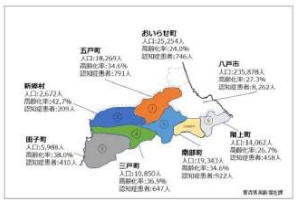


図2 平成28年4月1日時点の人口と高齢化率及び認定調査に基づく人数

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も、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。

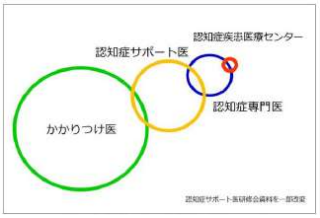


図3 認知症施策における認知症サポート医のイメージ

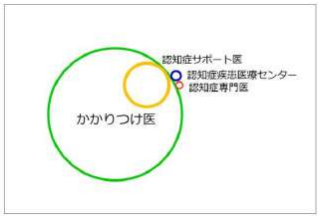


図4 青森県郡部地区での認知症サポート医と専門医のイメージ

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、老齢人口が飛躍的に増大するの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・介護職が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「陰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、各自の役割は何で、何処に紹介していけばよいのか等、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11,806名であった。（図６）

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）を疑うものの後来院せず。

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汚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日右下の大臼歯部に物が入る為、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大臼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言っているとのこと。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ていくと介護士・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醸し出す。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思われたが、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るかは、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し止血を行った。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る様子、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、本人は痛いと身をよじるが暴れない。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ことが増えてはいるが、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

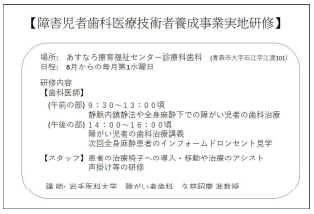


図8 障害児者歯科医療技術者養成事業研修

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みえる。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頃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ると考えているし、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文字が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「顔の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
可歯科診療所数	歯科医師会員診療所107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、不安に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。

口腔保健センターが歯科のハブとなって地域の認知症に関する医療提供体制の中核である認知症疾患医療センターと、区、かかりつけ医、高齢者総合相談センター、認知症関係機関等との連携を強化し、地域の介護・医療資源等を有効に活用するためにICTを活用したネットワークづくりも推進している。

4．活動内容・成果

「ICTを活用して多職種が関わった事例」

高血圧、脳梗塞後遺症、嚥下性肺炎、嚥下障害で入院中、認知症高齢者自立度Ⅱｂレベル、ＨＳＤ－Ｒ＝５点の中～重度認知症の70代男性。

病院では胃ろうをすすめられたたものの、患者本人の「食べたい、家に帰りたい」という強い意思を、看取り覚悟で尊重したいというのが家族の思いだった。この段階ではHPN（790kal）で、経口は内服時の３％とろみ水のみという状況だった。

退院後、患者宅を毎日訪問した看護師からは「ただ状態を見るとむせも発熱もないし、痰も増えない。『食べたい』という気持ちに応えたい。」ということで医療専用SNS（MCS®）を通じて主治医、訪問看護師、薬剤師、ケアマネジャー（以下ケアマネ）に加え、歯科医師、歯科衛生士、福祉用具専門相談員、言語聴覚士（ST）が加わったチームMが結成された。

初診時口腔内

歯科医師による義歯調整

チームMとしての初回訪問時、歯科医師が義歯の調整と嚥下機能のスクリーニング検査を実施し、まずは１日２食、１ｰj程度のゼリーと２%とろみ液を交互にとるよう介護者へ指導を行った。その結果をもとにMCS上でカンファレンスが行われた。STは間接訓練として自主トレ方法をアドバイス、薬剤師は輸液・服薬を管理。ケアマネはヘルパーや訪問入浴の手配、チームMと家族間のサービス調整などをタイムラインで行った。このときに役立ったのが、MCS上で文書や画像がアップできる機能で、口腔ケアの手順書、車いすのポジショニングの結果報告、カロリー・水分・嚥下状況のチェックシートなどがわかりやすく共有できた。また電話やファクスで情報をやり取りしていた頃に比べ、患者の体調もすばやく把握できるようになった。続いて耳鼻科医と管理栄養士がチームM加わった。

耳鼻科医によるVE検査

・嚥下訓練により嚥下機能を向上させる。
・嚥下の様子と食事形態を確認しながら、安全に食事をステップアップ。
・摂取カロリーが増し栄養状態が改善したら、IVHを抜く。
・IVHが抜けたら、以前のようにデイサービスやショートステイを利用する。
・介護負担を軽減し、患者の生活の幅を広げ、豊かな在宅療養につなげる。

これらの目標をMCSを通じて全員が共有し、チームが一丸となって目標達成に向けて動き始めた。

１日３回食になった後の状況や、「３回食べられてうれしい」という患者の感想もすぐにタイムラインで共有される。HPN抜去に向けて、管理栄養士から家族への食事指導も始まった。食事形態やカロリーについて、各職種から方向性や指示、アドバイスが書き込まれ、食事の状況に応じて新しいサービスも開始される。ついに退院140日目にIVHを抜去し、IVH管理のための訪問看護は終了となった。栄養状態やリハビリ時の状況も改善され、食形態もアップしていく。162日目にはデイサービスも開始された。

デイサービスでの食事

このように場所や時間の制約を受けずに多数のメンバーで情報を共有でき、添付された写真や動画で具体的な状況がMCSを通じて確認できた。

ICTネットワークの導入で、スタッフ間で情報共有をするために費やしていた時間や手間が大幅に軽減され、患者にとって最適なタイミングで迅速に対応することが可能になる。また、互いに情報を共有することで、専門職の質、医療の質の向上にも確実に寄与する。

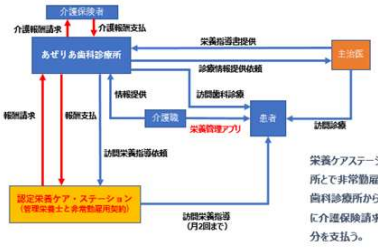
今後ますます増えていく地域の認知症高齢者への在宅医療や医介連携に、ICTは大きな助けとなる。

「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、全顎無歯顎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　初診でカリエス処置終了後、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返品があり、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。

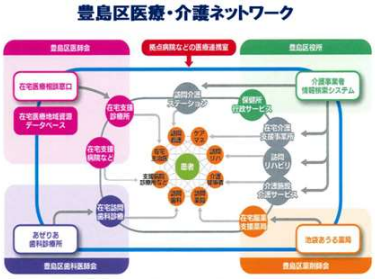
歯科治療や口腔ケアは不要不急のものではなく、感染予防の点からも必須行為であり、感染対策を十分に行えば、歯科治療は何ら問題ないので通常通りの処置を続けるべきである。

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によって支えられている。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。



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い「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レー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。そのための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、認知症の状態に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に実施した。

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。

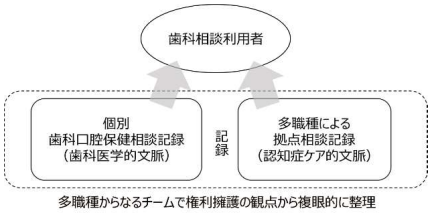


図1 相談記録の構成

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覚があったため、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たうえで、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

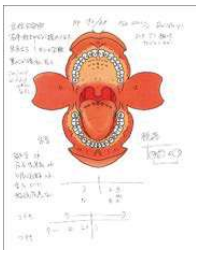


図3 訪問時C氏スクリーニング時のメモ

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にあり、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。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「社会資源が多くない地域」の連携

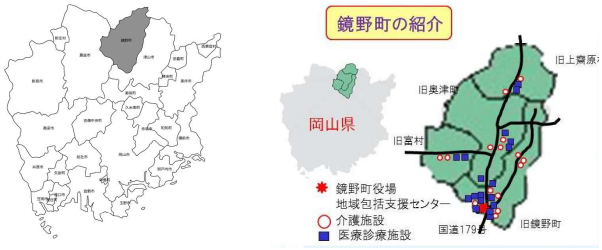
1．地域の基本情報

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	精善病院（障の市）
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

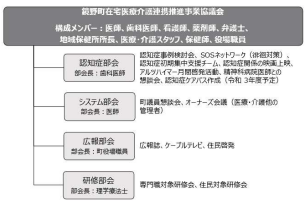
2000年（平成12年）：介護保険制度が始まり、当地域で歯科医師として赴任していたが、ケアマネジャーが私だけであったため、ケアマネジャーとしても2年間実働を行い、他の職員がケアマネジャーの資格を得たので、現在は引き継いでいる。その時から、認知症と口腔に関しての問題意識は強くもち、介護計画にも加えていた。

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る。

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、私的に行っていた。
（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て、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①.

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、食事に対しての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氏の希望と状況の軽訳もあり、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、指導されたリ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、その後に起こりうる虚弱―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・遥達の徹底
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、通常担当ケアマネー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。」という意味があり、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ることになる。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ると思う。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	41,766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医科・歯科共に行っており、急性期医療だけで無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。

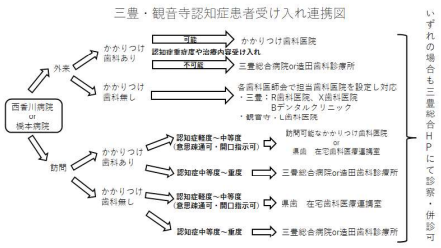
3．認知症疾患に関する医療介護連携・地域づくりのプロセス

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とのことから、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鋸触処置のみ行い、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っ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うけた。

経過

口腔内は 2 歯の残存歯および残根も数歯認めた。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との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かと思われる。

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（規出市）
区内の認知症サポート医等数	その忘れ相談医等　町内0名（申請地区に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

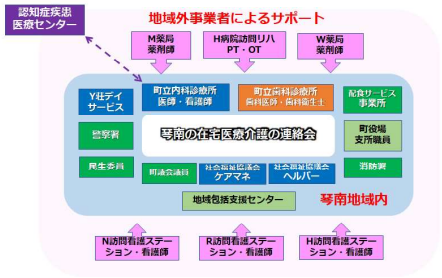
2．事例の概要

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、移動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ることが当地区の特徴と思われる。体制のシェー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ので、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。しかし予約日時を何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、ヘルパーに迎絡を取り一日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、冷庫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を食べてくれなくなった」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はかわいそう。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も、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 氏は嚥頭蓋炎を発症。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

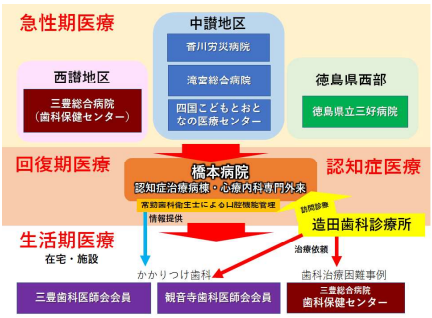
① 認知症高齢者の口腔機能管理における当診療所の役割

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関しても解説しました。

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

お口のことで気づいたら歯科にアクセスしよう

2

お口のことで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

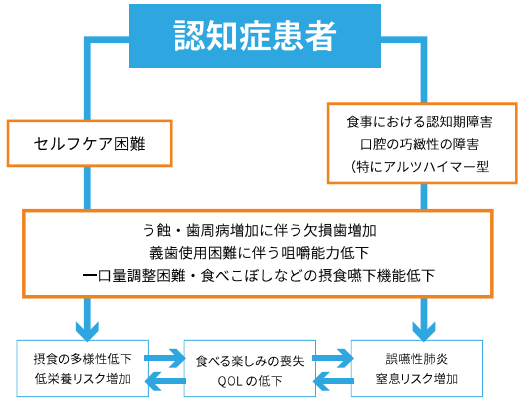
褥瘡性潰瘍

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）

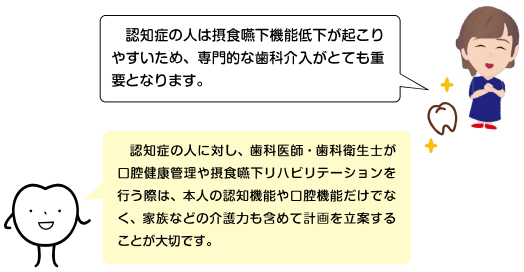
清掃不良の義歯

口腔機能の低下

認知症の人のお口の機能



認知症患者に対する専門的な歯科介入は重要



出典：鈴木啓之，吉屋純一（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

3 お口の機能について

口腔機能とは？

口腔機能が低下すると…

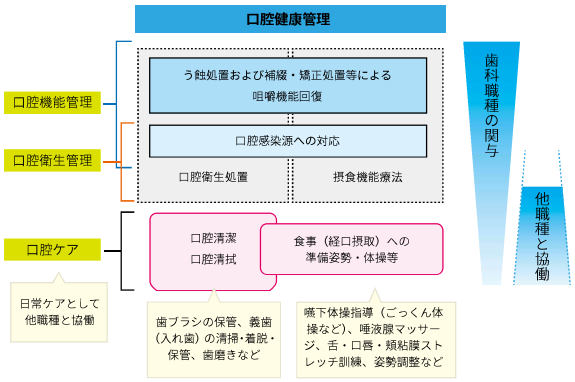
- むし歯、歯周病
- 飲み込みにくい
- しゃべりにくい
- 義歯が合わない
- 食べこぼし
- 口腔乾燥
- むせやすい
- 食欲の低下
- 口臭

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いましょう

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

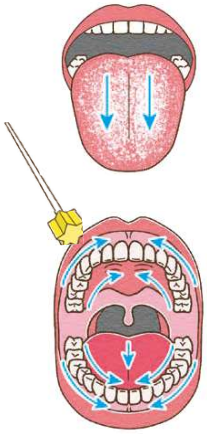
口腔衛生管理

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ヵ所に時間をかける

※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噛んでしまった場合、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

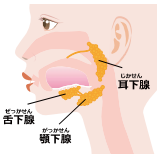
↓

これからの対応を検討する

認知症の人への歯科治療ガイドライン P84−86

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と言われています。（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萎縮、精神的ストレス**
- **薬の副作用**
- **唾液分泌をきたす疾患**

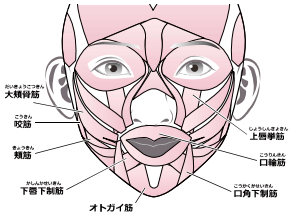
脱水の予防は、唾液の分泌のためにも必要です！！
また、唾液は、食べ物の味（味覚）を感じるために必要不可欠です。お口が渇いていると食欲が低下し食事量が減り栄養状態の悪化につながります！！

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口内炎ができやすい
④食べ物のカスや汚れが残りやすくなる
⑤話しづらくなる
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？

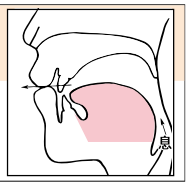
発声・構音の機能

「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）

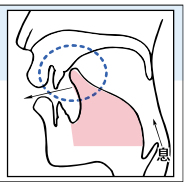
・食べ物を口の中にとりこむ。
・食べ物をこぼさないように口を閉じる。
・口を閉じて飲み込む。



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）

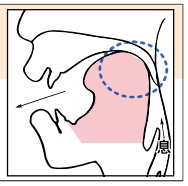
・舌を使って食べ物を取り込んで、口の奥に運ぶ。



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）

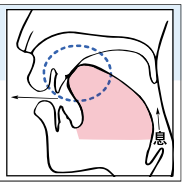
・舌を使って喉まで運ばれた食べ物を、さらに食道へ運ぶ。



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。



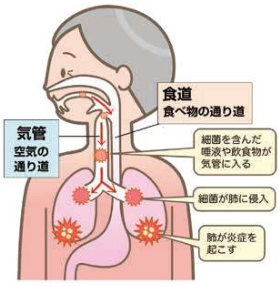
誤嚥性肺炎

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。

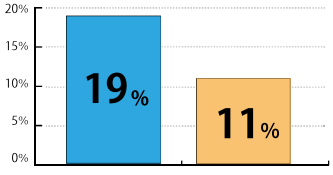
誤嚥

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



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

口腔ケアを受けた方は２年間の肺炎発症率が低い

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。

摂食嚥下の 5 段階	各器官の動き
認知期（先行期） 口へ運ぶ量や早さ、噛む力を予測・決定する	認知期と口腔期の舌の形の変化に注目！
準備期 食べ物を噛み砕き、飲み込みやすい形にする	唇は閉じている／舌の奥の方が口蓋にくっついている 準備期から口腔期にかけて、軟口蓋の形が変わる！
口腔期 食べ物を口から喉に送り込む	軟口蓋が挙上して鼻腔を閉じる 舌の前の方が口蓋にくっついている 舌の位置が変わることで食べ物を喉に送り込む
咽頭期 食べ物を嚥下反射により喉から食道に送り込む	喉頭蓋の位置に注目！この位置のままでは気管に入ってしまう！
食道期 食べ物を食道から胃に送り込む	喉頭蓋が下にさがり、気管が喉頭蓋で蓋がされる 気管に食物が入ることを防ぐ

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，買い物をしたりする程度の 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，リンシングは自立している	大きな問題はないが，咀嚼が不十分 になりがちなまま食べている	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	買い物を一人ですることはできない．自動車の安全な運転ができない．明らかに釣り合いが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かなだめすかして説得 することが必要なこともある．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は じめる 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 リング困難だがリンシングは促 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，機会前場が生じる	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，休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にくくなり，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．箱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．食事の提供の仕方や，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，紙くのを忘れる．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 なってくる	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．口腔清掃の介助の支援が必要．口腔清掃行為の誘導に配慮して行う
	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めない．口腔期運動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，セルフケアを促しながら介助を行う
	6e	便失禁，攻撃的行為，無視などがある	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	舌運動機能低下がみられ，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が必要がある．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ばしば困難となる	セルフケア困難．コップを渡してもリンシング困難で，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う 増しい．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	リンシング不可	水分嚥下困難になる．喀出反射が起 こりにくく，弱い咳しか出せない	口腔感覚の賦起を目的に，食事前に口腔ケアを行う．水分の摂取に配慮する
	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．喀出はあっても弱く，肺炎リスクがある	褥瘡に留意して，姿勢に配慮してケアを行う．食事に介助が必要で，一口量，ペーシングに 配慮する
	7d	座座能力の喪失，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，介助清掃には水 分の拭き取りが必要	嚥液でも誤嚥する．喀出が困難で，リクライニング位に する必要がある．食形態 する必要がある．食形態	介助口腔清掃時の水分は極力控えに，拭き取る．食事介助は覚醒を図りて，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	口腔筋は急緩しがちで，口腔乾燥しやすく，さらに呼吸機能低下，喀出 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，日井裕子：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

秋広あや子，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） （※は認知機能障害ではなく神経症状）	左脳：失語 右脳：空間認知障害 ※運動野：麻痺	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 早食べ、かきこみ食べ、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。早食べ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 （※は認知機能障害ではなく神経症状）	※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	食事中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。

秋広あや子．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

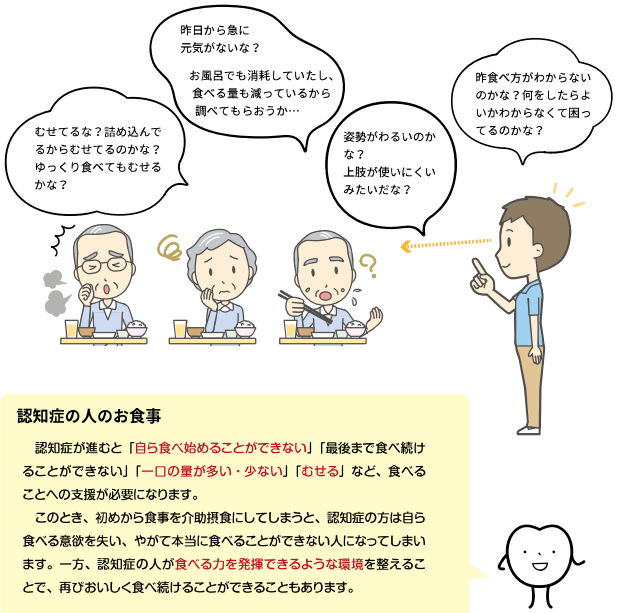
加齢とともに衰えるお口の機能

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



認知症の人のお食事

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、食べることへの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）
- □ 排泄が済んでいる
- □ 痛み・かゆみ等の緩和
- □ 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
- □ [ ]

平成 23 年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業「認知症高齢者の食行動関連障害支援ガイドライン作成および検証に関する調査研究」
山田律子「認知症の人のおいしく豊か な食事に向けて」を基に一部追記・変更し作成

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 食べようとしない

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：香り立つ食材の記膳
3）なじんだ食器類の活用

食器を並べ替えるばかりで 食べようとしない

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、 食べようとしない

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い

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い、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 飲み込まない

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、嚥下促通手技の活用（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

平成 23 年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業「認知症高齢者の食行動関連障害支援ガイドライン作成および検証に関する調査研究」
山田律子「認知症の人のおいしく豊か な食事に向けて」を基に一部追記・変更し作成

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

食事量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のできる食べ物（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）

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に支援（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）

平成 23 年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業「認知症高齢者の食行動関連障害支援ガイドライン作成および検証に関する調査研究」
山田律子「認知症の人のおいしく豊か な食事に向けて」を基に一部追記・変更し作成

4 トレーニング

4 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

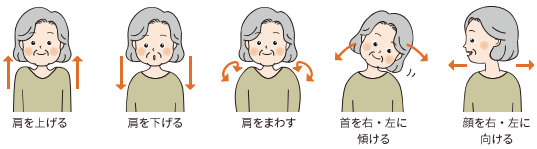
症状	摂食嚥下段階					訓練法
	先行期	準備期	口腔期	咽頭期	食道期	
口唇が閉まらない、食べこぼし、口から唾液が流れる、口唇・舌の動きが悪い、食事前に意識がはっきりしない	○	○	○			口腔体操 パタカラ体操 早口言葉
開口してくれない、嚥下反射のタイミングが遅れる、意識が低下、指示に従えない		○	○			のどアイスマッサージ
飲み込む動作ができない、喉へ送り込まれた食物を上手く飲み込むことが困難				○		嚥下反射促進手技
かすれた声が出る、声が異常に小さい、発声継続時間が短い				○		プッシング・プリング 声帯強化訓練
飲み込む時にむせる、咽頭への送り込みのタイミングが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

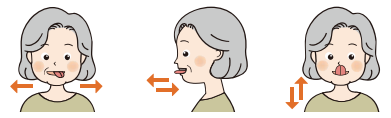
肩と首の体操



口の周囲の体操

頬の運動

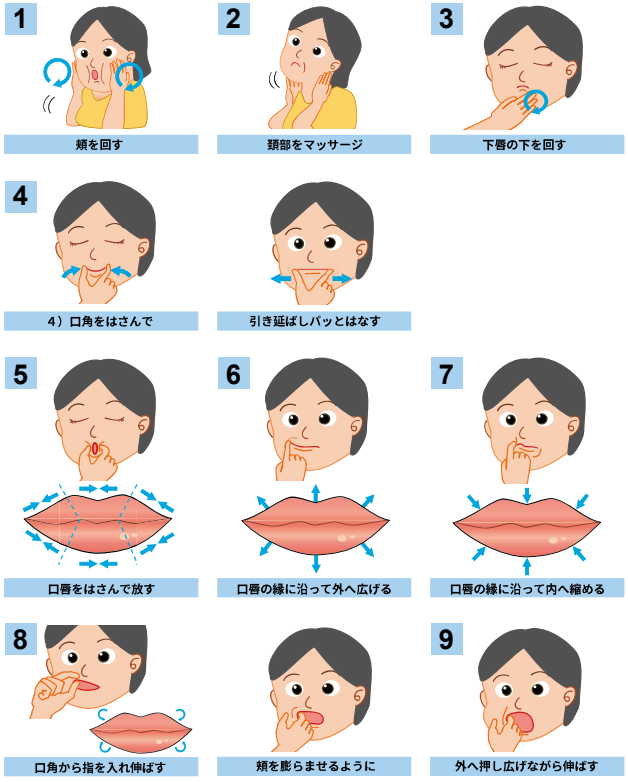
舌の体操



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

② 唇・頬・舌のマッサージ

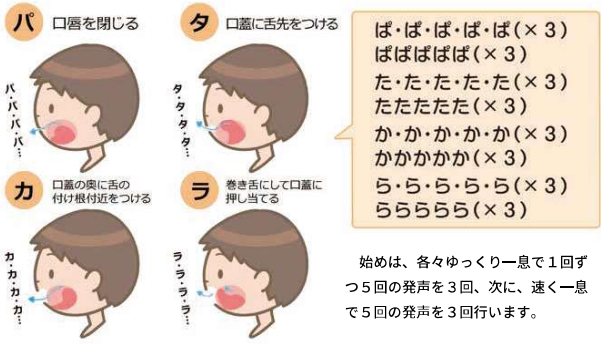
お口周りの器官の筋力・拘縮・感覚などの低下を予防し、お口の機能向上を目的とします。



嚥下障害ってなあ～に？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。



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。

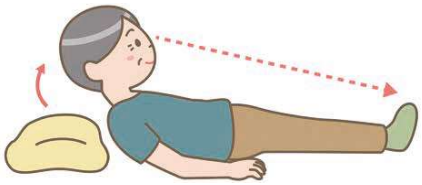
耳下腺への刺激	顎下腺への刺激	顎下腺への刺激
目安：10回	**目安：各５回**	**目安：10回**
人差し指から小指までの4本を頬にあてて、上の奥歯あたりを後ろから前に向かって回します。	親指をあごの骨の内側のやわらかい部分にあて、耳の下からあごの下まで5ヶ所くらいを順番に押します。	両手の親指の腹で、あごの真下から舌を突き上げるようにゆっくり押します。

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

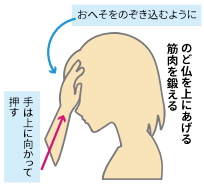
1. 固いマットなどに仰向けになって寝て、アゴを胸に近づけるようにして後頭部を持ち上げ、疲れない程度で30秒くらい保持します。この時に肩がマットから上がらないように注意しましょう。
2. 休憩を入れながら５～10回繰り返します。
3. 腹筋を使わないで、口はしっかり閉じ、舌先を上あごに押し付けるようにしましょう。

⚠ 負荷が大きいので、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



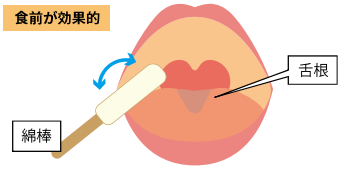
ポイント

- 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。



綿棒の作り方

① カット綿（７×７）くらいのものを割り箸（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咽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。

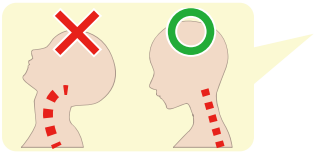
- 壁や机を押しながら力を込めて「エイ」「ヤ」など、喉を閉めやすい声を出します。力強い声を出すことが重要です。
- ５～10回を１セットとし、１日２～３セット行います。

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。

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。



5 認知症の人の歯科治療

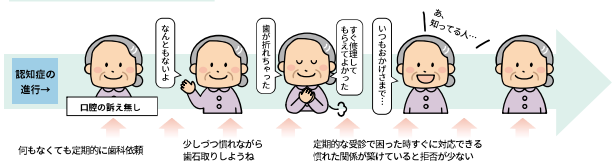
5 認知症の人の歯科治療

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

問題発生前から対応できるので本人にとっても不快症状は少ない口腔の状態が可及的に維持できる

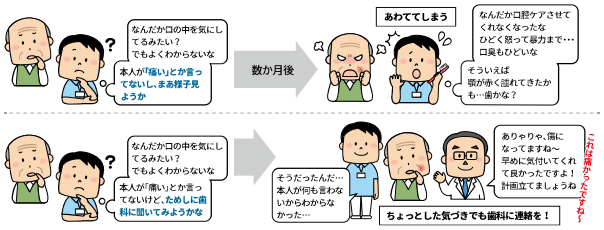


初診の★さんとおしゃべりができた。ご自分なりの口腔ケアの方法も確認できた。これからゆっくり関係を作っていきましょうね

★さん慌てきましたね～！定期的に専門的口腔清掃をすると維持できてますね！★さんの人となりもわかってきたし、良い関係つくれてると思う

★さん重症になって機能低下してきたけど、★さんに合わせた方法で歯科介入が継続出来たから、口腔の状態が保たれている。なんとか肺炎にならずに食べれていて良かった

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

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

治療行為への不安

- 口腔・顎顔面、頭頸部への急な接触による不安の誘発に配慮する
- 口腔の過敏、水分や音の出る機械による恐怖に配慮する
- 信頼関係を保つ配慮、理解を促してから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

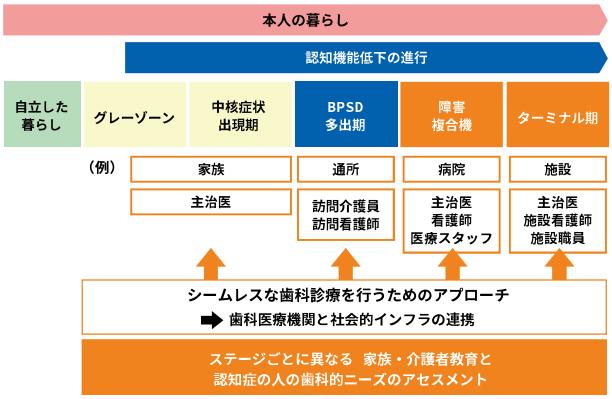
不安になるようだ、でもどうしよう

- 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：桜広あや子・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－ 地域の賢業医がおさえておくべき知識・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報的サポート

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、

治療にかける時間と回数の配慮のうえ、治療内容を判断する

患者の希望 ／ 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。

本人と家族の歯科訪問診療のニーズ　通所

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、口腔清浄剤を使用してうがいをする場合も含まれる。
	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、歯みがき中の見守りや指示、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

要介護認定

課題分析（一次アセスメント）

要支援１・２
地域包括支援センター
（保健師・看護師）

ケアプラン原案作成

サービス担当者会議

要支援１・２
地域包括支援センター
（保健師・看護師）

ケアプラン確定

実施手順
1．事前アセスメント（利用者の口腔機能・衛生状態の把握）
2．口腔機能改善管理指導計画書の作成
3．本人または家族の同意
4．サービスの提供開始
5．改善状況などの把握、提供経過の記録（関連職種）
6．モニタリング（専門職種が月１回行い、プランの妥当性の検討を行う）
7．事後アセスメント（専門職種が目標の達成度および口腔機能・衛生状態を把握）
8．報告（地域包括支援センター、居宅介護支援事業所のケアマネージャー）

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。	

ケアプラン見直し

結果報告を利用者へ説明、継続・終了に関しての同意を得る

サービス継続　　サービス終了

参考：愛知県歯科衛生士会「口腔機能の向上のサービス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」

居宅療養管理指導の流れ　居宅

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な情報提供 ○　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な情報提供
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

口腔機能スクリーニング
患者の口腔機能のリスクを把握

口腔機能アセスメント
口腔機能スクリーニングを踏まえ、患者の解決すべき課題を把握

管理指導計画・患者・家族の同意
口腔機能アセスメントを踏まえ、歯科医師、歯科衛生士、その他の職種が共同し患者毎の管理計画を作成し、患者・家族に説明し、同意を得る。

経過記録・管理指導計画の修正
管理指導計画に基づいて必要な実地指導を実施するとともに、管理指導計画に実施上の問題があれば計画を修正する。

高機能モニタリング・歯科医師への報告
3か月毎のアセスメント・モニタリングを行い、必要に応じて指導管理計画の見直しを行う。

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	〒　　－ 連絡先　　（　　）
	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	□ 経口摂取（□ 常食　□ 嚥下調整食（□ 4　□ 3　□ 2−2　□ 2−1　□ 1j　□ 0t　□ 0j））		
	□ 経腸栄養　□ 静脈栄養		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	□ あり（発症日：令和　　年　　月　　日）　□ 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	□ あり	□ なし	□ 分からない
	歯の汚れ	□ あり	□ なし	□ 分からない
	義歯の汚れ	□ あり	□ なし	□ 分からない
	舌苔	□ あり	□ なし	□ 分からない
口腔機能の状態	食べこぼし	□ あり	□ なし	□ 分からない
	舌の動きが悪い	□ あり	□ なし	□　分からない
	むせ	□ あり	□ なし	□ 分からない
	痰がらみ	□ あり	□ なし	□ 分からない
	口腔乾燥	□ あり	□ なし	□ 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）	□ あり	□ なし	□ 分からない
	歯周病	□ あり	□ なし	□ 分からない
	粘膜の問題（潰瘍等）	□ あり	□ なし	□ 分からない
	義歯の問題（不適合、破折）	□ あり	□ なし	□ 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	□ 歯科疾患（□ 重症化予防　□ 歯科治療） □ 口腔衛生（□ 自立　□ 介護者の口腔清掃 技術の向上　□ 専門職の定期的な口腔清掃等） □ 摂食・嚥下機能（□ 維持　□ 改善）		□ 食形態（□ 維持　□ 改善） □ 栄養状態（□ 維持　□ 改善） □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他（　　）
実施内容	□ 口腔の清掃 □ 口腔の清掃に関する指導 □ 義歯の清掃 □ 義歯の清掃に関する指導		□ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ その他（　　）
訪問頻度	□ 月4回程度　□ 月2回程度　□ 月１回程度　□ 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	□ 自宅　□ 認知症グループホーム　□ 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	□ 無し　□ 有り　令和　　年　　月　　日　　時　　分 ～　　時　　分		
実地指導の要点	□ 口腔の清掃 □ 口腔の清掃に関する指導 □ 義歯の清掃 □ 義歯の清掃に関する指導		□ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ その他（　　）
解決すべき課題			
特記事項	□ 実地指導に係る情報提供・指導（　　） □ 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	□ 男　□ 女	
生年月日	□ 明治　□ 大正　□ 昭和　　年　　月　　日生まれ　　歳	
かかりつけ歯科医	□ あり　□ なし	
入れ歯の使用	□ あり　□ なし	
食形態等	□ 経口摂取 （□ 常食、□ 嚥下調整食（□ 4、□ 3、□ 2-2、□ 2-1、□ 1 j、□ 0 t、□ 0 j）） □ 経腸栄養、□ 静脈栄養	
誤嚥性肺炎の発症・罹患	□ あり　（発症日：令和　　年　　月　　日）　□ 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： □ 看護職員　□ 歯科衛生士　□ 言語聴覚士
口腔衛生状態	□臭	□ あり、□ なし、□ 分からない
	歯の汚れ	□ あり、□ なし、□ 分からない
	義歯の汚れ	□ あり、□ なし、□ 分からない
	舌苔	□ あり、□ なし、□ 分からない
口腔機能の状態	食べこぼし	□ あり、□ なし、□ 分からない
	舌の動きが悪い	□ あり、□ なし、□ 分からない
	むせ	□ あり、□ なし、□ 分からない
	痰がらみ	□ あり、□ なし、□ 分からない
	□口腔乾燥	□ あり、□ なし、□ 分からない
特記事項	□ 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 □ 音声・言語機能に関する疾患の可能性 □ 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	□ 看護職員、□ 歯科衛生士、□ 言語聴覚士
サービス提供者	□ 看護職員、□ 歯科衛生士、□ 言語聴覚士
目標	□ 口腔衛生（□ 維持、□ 改善（　　）） □ 摂食・嚥下機能（□ 維持、□ 改善（　　）） □ 食形態（□ 維持、□ 改善（　　）） □ 音声・言語機能（□ 維持、□ 改善（　　）） □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他（　　）
実施内容	□ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 □ 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 □ 音声・言語機能に関する指導 □ 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	□ 看護職員、□ 歯科衛生士、□ 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	□ 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	□ 実施
音声・言語機能に関する指導	□ 実施
その他（　　）	□ 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	□ 男　□ 女
生年月日	□ 明治　□ 大正　□ 昭和　　年　　月　　日生まれ　　歳
かかりつけ歯科医	□ あり　□ なし
入れ歯の使用	□ あり　□ なし
食形態等	□ 経口摂取（□ 常食、□ 嚥下調整食（□ 4、□ 3、□ 2-2、□ 2-1、□ 1 j、□ 0 t、□ 0 j））、□ 経腸栄養、□ 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	□ あり　（発症日：令和　　年　　月　　日）　□ 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	□ 看護職員、□ 歯科衛生士、□ 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	□ 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	□ 実施
音声・言語機能に関する指導	□ 実施
その他（　　）	□ 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、口腔機能に関する棚が多く、口腔衛生に関する棚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～

6 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、うすい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　Ⅲａ

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

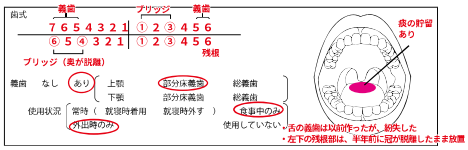
利用者氏名	（ふりがな）ことぶき　まつお 寿　松男	明・大・㊒ 11年　1月　1日生 （　86　歳）	男 ・ 女
食形態	☑ 経口摂取（☑ 常食　□ 嚥下調整食（□ 4　□ 3　□ 2－2　□ 2－1　□ 1j　□ 0t　□ 0j）） □ 経腸栄養　□ 静脈栄養		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	□ あり（発症日：令和　年　月　日）　☑ なし		

※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）渋沢　花子		令和 4 年 3 月 31 日
口腔衛生状態	口臭	☑ あり　□ なし	□ 分からない
	歯の汚れ	☑ あり　□ なし	□ 分からない
	義歯の汚れ	☑ あり　□ なし	□ 分からない
	舌苔	☑ あり　□ なし	□ 分からない
口腔機能の状態	食べこぼし	☑ あり　□ なし	□ 分からない
	舌の動きが悪い	☑ あり　□ なし	□ 分からない
	むせ	☑ あり　□ なし	□ 分からない
	痰がらみ	☑ あり　□ なし	□ 分からない
	口腔乾燥	☑ あり　□ なし	□ 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）	☑ あり　□ なし	□ 分からない
	歯周病	☑ あり　□ なし	□ 分からない
	粘膜の問題（潰瘍等）	□ あり　☑ なし	□ 分からない
	義歯の問題（不適合、破折）	□ あり　☑ なし	□ 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：渋沢花子		
目標	☑ 歯科疾患（☑ 重症化予防　☑ 歯科治療） ☑ 口腔衛生（☑ 自立　☑ 介護者の口腔清掃技術の向上　☑ 専門職の定期的な口腔清掃等） ☑ 摂食・嚥下機能（□ 維持　☑ 改善）		☑ 食形態（☑ 維持　□ 改善） ☑ 栄養状態（□ 維持　☑ 改善） ☑ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他（　）
実施内容	☑ 口腔の清掃 ☑ 口腔の清掃に関する指導 ☑ 義歯の清掃 ☑ 義歯の清掃に関する指導		☑ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ☑ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ その他（　）
訪問頻度	☑ 月4回程度　□ 月2回程度　□ 月1回程度　□ 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	渋沢花子
訪問先	☑ 自宅　□ 認知症グループホーム　□ 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	□ 無し　☑ 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	☑ 口腔の清掃 ☑ 口腔の清掃に関する指導 ☑ 義歯の清掃 ☑ 義歯の清掃に関する指導		☑ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ☑ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ 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	□ 実地指導に係る情報提供・指導（　） □ 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プ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・プリング訓練を、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

認知症の人の
歯医者さんのかかりかた
Book

～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

歯医者さんにお願いしましょう

- 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、生活の中でうまくいかない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。

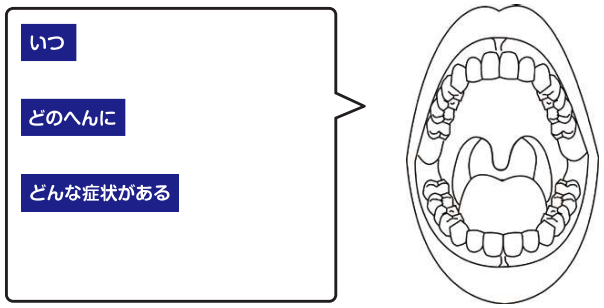
生活におおきな困りごとがないうちから、歯医者さんに定期的にかかる習慣をつけておくと、これからの生活にとても安心です。

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みましょう。
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みてもらいましょう。

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



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○○型認知症と診断されました」
「○○病院の○○科にかかっています」
「ケアマネージャーさんは○○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はありますか？
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	どこが	どんなふう	様子
•食べる時	•うえ　•した	•痛い	•食べる量が減った
•冷たいものを食べた時	•ひだり　•みぎ	•しみる	•食事を途中でやめる
•熱いものを食べた時	•前歯　•奥歯	•ひびく	•塩辛いものを嫌がる
•歯みがきの時	•はぐき	•ズキンズキン	•すっぱいものを嫌がる
•入れ歯を入れる時	•入れ歯のばねの歯	•ジーン	•入れ歯を入れない
•入れ歯を外す時	•入れ歯の下のはぐき	•にぶい痛み	•入れ歯をなくした
•起きた時	•舌	•ヒリヒリする	•歯を磨かない
•寝ている時		•乾く	•口の中を触っている
		•血が出る	
		•膿が出る	

歯医者さんに行くことになったら

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。

歯医者さんの訪問診療をお願いする時のコツ

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出来ます。

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、よく噛めないので、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います。

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、活動を続けるためにも、お口の健康を整え、楽しく美味しく食事をすることが大事です。

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、不十分になってくると「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います。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。

歯医者さんに行くときの 持ち物チェックリスト

- ☐ **お財布**

- ☐ **歯科医院の診察券**

- ☐ **保険証や医療券**

後期高齢者医療被保険者証や、介護保険被保険者証、障害者手帳を持っている人は持ち物に入れましょう

- ☐ **かかりつけ医、病院の診察券**

先生どうしが連絡を取り合う時に、使うことがあります

- ☐ **おくすり手帳**

安全に治療するために確認します

- ☐ **使っている入れ歯**
- ☐ **以前使っていた入れ歯**

こわれた古い入れ歯でも持っていくと治療に活用できることがあります

- ☐ **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

- ☐ **いつも使っている歯ブラシ**

- ☐ **ハンカチ**
- ☐ **手帳・メモ帳・連絡ノート**

説明や予定などを記録しておくと安心です

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）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
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　令和４年３月発行

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 主一　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
鷲見 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

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

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 報告書

発行 令和4年3月

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