

令和4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5（2023）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

認知症に関連した国の取り組みの中に「歯科医師の認知症対応力向上研修」が有り、平成 28 年度から全国で開始され順調にその研修修了者数は増加している。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」が発出された（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・口腔健康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。

認知症施策推進大綱（令和元年）の基本的な考え方として「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進する」ことが謳われている。歯科口腔領域の調査研究において、「予防」に焦点化した報告が多く注目されているが、「共生」に関する報告は十分とは言えない。認知症の状況に応じた継続的な口腔健康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。

「健康日本 21（第二次）」において、8020 運動の具体的な目標として 2022 年度までに 50%を達成することが掲げられたが、目標よりも 5 年以上も早い 2016（平成 28）年には 50%を超え、高齢期口腔健康管理は効果的に進められていると言えよう。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口腔健康管理に関する方策を進めた以上、認知症になってもその歯を守ることは、口腔健康管理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、本事業では、複数の調査の一つとして「認知症の人への歯科治療提供に関する地域資源等に関する調査（市区町村認知症施策担当者、認知症疾患医療センター、郡市区歯科医師会などを対象）」を行い、認知症の人の口腔健康管理を進める上での課題把握を行い、その他の調査の知見も含め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望外の喜びである。

令和 4 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	3
1. 報告書概要	5
2. 実施体制	14
3. 検討の経過	16
第2章 調査事業1 認知症の人の口腔管理に関する調査	17
1. 郵送調査：実施概要	19
2. 郵送調査①：A. 市区町村 認知症施策担当者	20
3. 郵送調査①：B. 認知症疾患医療センター	68
4. 郵送調査①：C. 郡市区歯科医師会	94
5. 郵送調査①：D. 居宅介護支援事業所	126
6. 郵送調査②：E. 歯科医療機関	177
7. 実測調査	185
第3章 調査事業2 「認知症の人の口腔管理マニュアル」作成	189
1. 「認知症の人の口腔管理マニュアル」作成	191
2. モデル事例①：石川県七尾市	192
3. モデル事例②：愛知県大府市	210
4. モデル事例③：香川県西部	218
5. モデル事例④：長崎県諫早市	226
参考資料	237
郵送調査票	

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

1. 報告書概要

【事業目的】

現在の高齢者は自身の歯を多く保有し、さらにデンタルインプラントが埋入されている例など、その口腔環境は多様化している。その一方で認知機能が低下すると口腔清掃等の自立度が低下するだけでなく、介護職員による口腔清掃、歯科専門職による口腔管理も著しく困難になり、口腔衛生状態の維持は困難となる。これらが原因となり歯科疾患発症リスクが高まり、歯の喪失などにより口腔機能低下なども引き起こされ、さらに栄養障害のリスクも高まる。この対策として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ことが求められる。本事業では以下 2 つの調査事業を実施した。

また、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った。

【調査事業 1】 マニュアル作成（調査事業 2）の基礎的情報収集

- ① 認知症の人への歯科治療提供に関する地域資源等に関する調査（郵送調査①）
 - 1) 市区町村用（悉皆 1,741 件：認知症施策担当者を対象）
 - 2) 認知症疾患医療センター（MCD）用（悉皆 496 件：MCD 医師を対象）
 - 3) 郡市区歯科医師会用（悉皆 741 件：歯科医師会会長を対象）
 - 4) 居宅介護支援事業所用（抽出 1,050 件：ケアマネジャーを対象）
- ② 認知症の人への歯科治療提供時の負担度調査（郵送調査②）
（抽出 2,000 件：歯科医療機関を対象）
- ③ 認知症の人の歯科治療ニーズ調査（重症度別）実測調査（339 名）

【調査事業 2】 「認知症の人の口腔管理マニュアル」作成を目的にモデル事業を実施

- 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（モデル事業）
 - 1) 石川県七尾市
 - 2) 愛知県大府市
 - 3) 香川県西部
 - 4) 長崎県諫早市
- ② 認知症の状態に応じた継続的な口腔管理マニュアル「認知症の人の口を支えるマニュアル」作成

【調査事業1】マニュアル作成（調査事業2）の基礎的情報収集

① 「認知症の人への歯科治療提供に関する地域資源等に関する調査」（郵送調査①）

※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、郵送調査、実測調査を実施した。以下その結果概要を示す。

1) 市区町村調査

対象：認知症施策担当者 悉皆調査 1,741 件（1,107 件、回収率：63.6%）

目的：認知症ケアパスへの歯科医療機関記載状況実態から地域住民への認知症の人への歯科治療情報提供に関する課題把握

- 認知症ケアパスを作成しているのは、93.3%であった。
- 認知症ケアパスを作成している市区町村に対し、認知症の経過と利用できる支援を示す図の中に歯科医療が含まれているか尋ねたところ、「含まれている」と回答した市区町村は、29.1%であった。
- 認知症ケアパスを作成している市区町村に対し、医療機関一覧等の中に地域の歯科医療機関や歯科医師会の在宅連携窓口などの連絡先を「記載している」市区町村は、14.1%であった。
- 認知症ケアパスを作成している市区町村に対し、医療機関一覧等の中に地域の歯科医療機関や歯科医師会の在宅連携窓口などの連絡先の記載について、認知症の経過と利用できる支援を示す図の中に歯科医療が含まれているかどうかで比較すると、「図に歯科が含まれている」市区町村では 30.2%、「図に歯科が含まれていない」市区町村では 7.6%であった。
- 市区町村において認知症初期集中支援チームに歯科医師（歯科医師会の代表者等）、または歯科衛生士（行政以外の所属）の参画状況は、「参画している」市区町村が、3.4%であった。

2) 認知症疾患医療センター（MCD）調査

対象：MCD 医師 悉皆 496 件（229 件、回収率：46.2%）

目的：診断後支援における口腔保健情報の支援および歯科医療機関との連携状況の実態から課題把握

（参考データ）地域の歯科医療機関および病院歯科に対し、MCD と利用・依頼・連携等の経験の有無を尋ねたところ、「はい」と回答した施設は、歯科医療機関で 4.9%、病院歯科で 7.5%であった。

（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」）

- 連携できる歯科医療機関の有無を尋ねたところ、「ある」と回答した MCD は、69.4%であった。
- MCD の院内における歯科併設の有無で比較すると、連携できる歯科医療機関が「ある」と回答した MCD は、歯科が併設されている MCD では 82.0%、歯科が併設されていない MCD では 59.7%であった。
- 連携できる歯科医療機関の選定に困った経験の有無を尋ねたところ、困った経験「なし」と回答した MCD は、81.7%であった。
- MCD の院内における歯科併設の有無で比較すると、連携できる歯科医療機関の選定に困った経験「なし」と回答した MCD は、歯科が併設されている MCD では 81.0%、歯科が併設されていない MCD では 82.2%であり有意な差は無かった。
- 困った経験「あり」と回答した 10.9%の対応課題として、「認知症に対応可能な歯科医療機関情報が無い」ことに関連する指摘が多かった。

3) 郡市区歯科医師会調査

対象：歯科医師会会長 悉皆 741 件（534 件、回収率：72.1%）

目的：各郡市区歯科医師会としての地域認知症施策の情報把握・参画状況および認知症関連インフラとの連携・多職種研修の実態から課題把握

- 市区町村の認知症ケアパス作成に関与しているか尋ねたところ、「関与している」と回答した郡市区歯科医師会は、30.3%であった。
- 認知症ケアパス作成に関与している郡市区歯科医師会において、「電話番号も含めて歯科に関する記載がある」と回答した郡市区歯科医師会は、33.3%であった。
- 市区町村の認知症初期集中支援チームへの参画について尋ねたところ、歯科医師（歯科医師会の代表者等）または歯科衛生士（行政以外の所属）が参画している郡市区歯科医師会は、29.4%であった。
- MCD が開催している、認知症疾患医療センター地域連携会議の開催に関する連絡の有無を尋ねたところ、「連絡がある」と回答した郡市区歯科医師会は、23.7%であった。
- 認知症疾患医療センター地域連携会議への参画の依頼に対し、実際に「参画している」郡市区歯科医師会は、80.0%であった。
- 会員の認知症対応力向上研修の受講状況について、「把握している」と回答した郡市区歯科医師会は、39.1%であった。
- 認知症・障がい者・車いす対応の有無が分かる一覧（医療機関名簿等）がある郡市区歯科医師会は、47.0%であった。

4) 居宅介護支援事業所調査

対象：ケアマネジャー 抽出 1,050 件（564 件、回収率：53.7%）

目的：認知症の人の口腔健康課題の把握状況、歯科との連携状況、歯科とのケアプラン共有状況の実態から課題把握

- ▶ 担当している認知症の人の歯科治療に対応できる担当地域内の歯科医療機関について、「知っている」と回答したケアマネジャーは、68.6%であった。
- ▶ 歯科治療に対応できる担当地域内の歯科医療機関を「知っている」と回答したケアマネジャーのうち、歯科医療機関の一覧を持っている者は、37.1%であった。
- ▶ 歯科治療に対応できる担当地域内の歯科医療機関を「知っている」と回答したケアマネジャーのうち、歯科医療機関に関する情報元としては、「口コミ」が 36.8%と最も多く、次いで、「歯科医療機関作成のパンフレット等」が 33.4%、「歯科医師会からの情報」が 31.7%であった。

② 「認知症の人への歯科治療提供時の負担度調査」（郵送調査②）

対象：歯科医療機関 抽出 2,000 件（972 件、回収率：48.6%）

- ▶ 認知症の人の診療にかかる時間について、認知症高齢者の日常生活自立度ごとに尋ねたところ、最も多かったのは、自立度Ⅱでは「約 1.5 倍」が 41.4%、自立度Ⅲでは「約 2 倍」が 36.6%、自立度Ⅳでは「約 2 倍」が 33.5%であった。
- ▶ 認知症の人の診療にかかる労力について、認知症高齢者の日常生活自立度ごとに尋ねたところ、最も多かったのは、自立度Ⅱでは「同じ」が 51.2%、自立度Ⅲでは「約 1.5 倍」が 34.7%、自立度Ⅳでは「約 2 倍」が 36.5%であった。
- ▶ 認知症の人の診療にかかる時間について、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ～Ⅳを想定した疑似事例ごとに尋ねたところ、最も多かったのは、自立度Ⅱでは「約 1.5 倍」が 41.2%、自立度Ⅲでは「約 2 倍」が 46.8%、自立度Ⅳでは「約 2 倍」が 41.4%であった。
- ▶ 認知症の人の診療にかかる労力について、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ～Ⅳを想定した疑似事例ごとに尋ねたところ、最も多かったのは、自立度Ⅱでは「約 1.5 倍」が 37.3%、自立度Ⅲでは「約 2 倍」が 43.8%、自立度Ⅳでは「約 2 倍」が 41.4%であった。

③ 認知症の人を対象とした口腔管理ニーズ実測調査

調査趣旨：認知症高齢者を対象とした口腔管理ニーズ調査を実施した。本調査は認知症の重症度（認知症高齢者の日常生活自立度）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：A 県 Y 市 O 地区 介護保険施設入所者 339 名

調査項目：歯科治療ニーズの有無（口腔衛生介助ニーズ、歯周疾患治療ニーズ、う蝕治療ニーズ、抜歯ニーズ、粘膜疾患治療ニーズ）、認知症高齢者の日常生活自立度であった。解析は認知症高齢者の日常生活自立度、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ以上（Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ）各郡別に比較検討した（二乗検定）。

- 認知症の重度化と全ての口腔管理ニーズ項目でその割合に有意な相関を認めた。
- 口腔衛生介助ニーズ、歯周疾患治療ニーズ、う蝕治療ニーズ、抜歯ニーズの割合は、認知症高齢者の日常生活自立度ⅠとⅡおよびⅢ以上で有意に高率であった。
- 粘膜疾患への対応ニーズは、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上で有意に高率であった。

考察：口腔管理ニーズは認知症の重症度が高いほど有意に高率であることが、客観的データとしても確認された。また、口腔管理ニーズは認知症高齢者の日常生活自立度ⅡおよびⅢ以上で高まることが示された。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】「認知症の人の口腔管理マニュアル」作成を目的にモデル事業を実施

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（モデル事業）

モデル地区を選定し、調査事業1の結果も参考に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「認知症の人の口を支えるマニュアル（案）」の有用性の実証を行った。モデル地区は、MCDなど認知症に関する診断や症状への対応、相談機能を有した医療機関と、認知症の人の歯科治療に関する連携を実施している地域を中心に、以下4地区を選定し、その特徴を記載した（4地区の活動内容の詳細については報告書記載参照）。

1) 石川県七尾市

認知症疾患医療センターが指定されている公立病院の歯科口腔外科における認知症医療連携

2) 愛知県大府市

認知症疾患医療センターのある一般病院と院内歯科における連携開始例について

3) 香川県西部

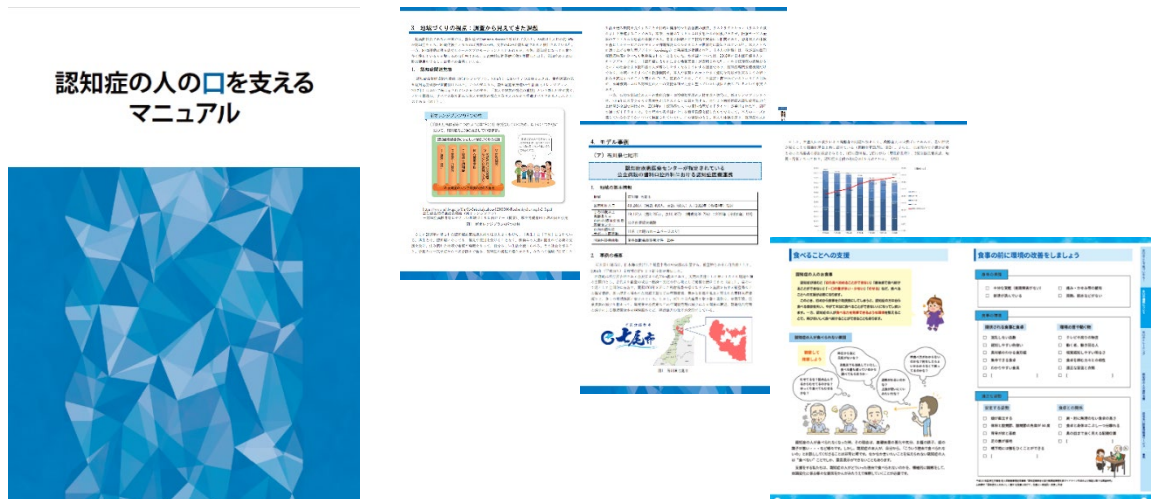
認知症診療を担う病院を中心とした歯科医療提供体制構築を目的とした機能的な医科歯科連携体制の構築

4) 長崎県諫早市

認知症への偏見をなくす取り組みに歯科医師が参画し、関係職種との歯科への心理的障壁をなくす取り組みを行っているケース

② 認知症の状態に応じた継続的な口腔管理マニュアル「認知症の人の口を支えるマニュアル」作成

作成した「認知症の人の口を支えるマニュアル（案）」についてのモデル地区の事例および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4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。

【認知症高齢者の状況に応じた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】

歯科保健医療の提供体制の目指すべき姿として、平成 29 年に「歯科保健医療ビジョン」が示された。また、全世代型社会保障検討会議の中間報告（令和元年）において、社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討するために医療提供体制の改革が必要とされ、地域の状況に応じた歯科医療提供体制の構築が求められた。以上の背景には、少子高齢化による人口構成の変化や歯科疾患の罹患状況の変化、歯科保健医療に対するニーズの多様化などにより、歯科保健医療を取り巻く状況は大きく変化していることがある。さらに令和 4 年度厚生労働省委託事業において、「①歯科診療所機能の充実強化（かかりつけ歯科医機能の強化の取組み等）」「②病院歯科の機能分化の推進（病院歯科の役割の明確化等）、地域の歯科診療所との連携推進」「③介護施設における歯科保健医療の推進」「④地域包括支援センターとの連携による歯科保健医療の推進等」などの視点で歯科医療提供体制推進に関する議論が進められた。

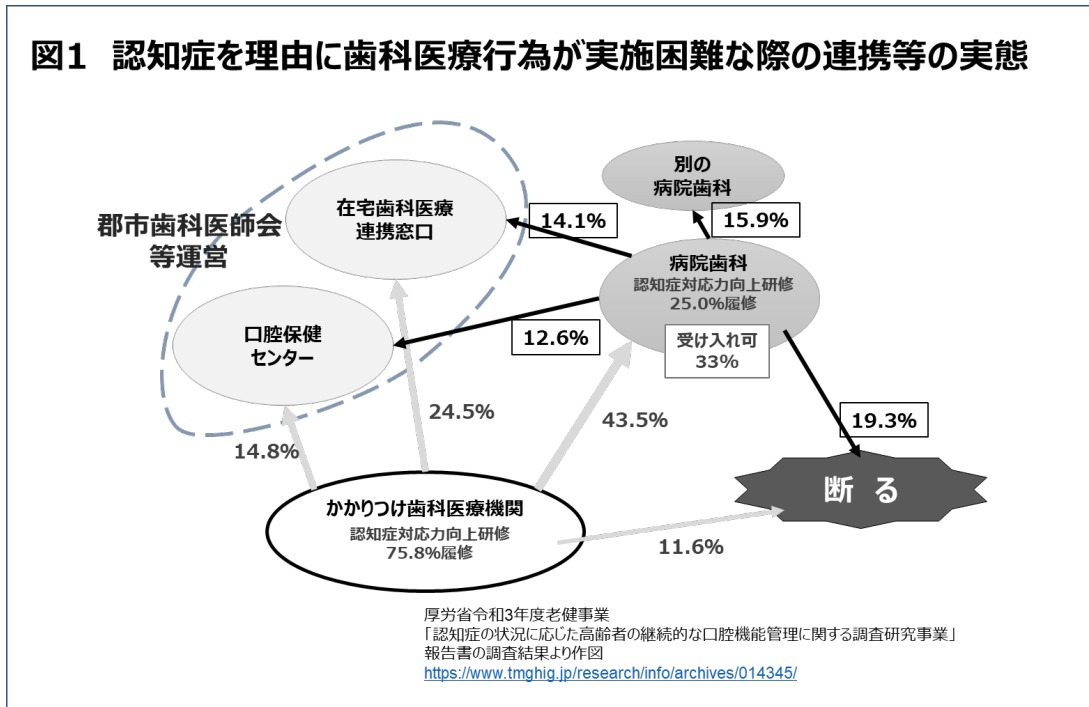
認知症関連の国の動向としては、厚生労働省が 2011 年に「認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活を継続する」ことを目的として、認知症施策検討プロジェクトチームを立ち上げ、2012 年報告書「今後の認知症施策の方向性について」の中で、認知症施策の具体的な方針を打ち出した。また同年厚生労働省は、認知症施策の方向性として 2013 年度（平成 25 年度）から 2017 年度（平成 29 年度）までの取り組みを示した「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」を提示した。さらに、新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）が発表された。この中で以前より認知症初期集中支援チームとかかりつけ歯科医は連携を取ることを求められていたが、さらに早期診断・早期対応等を目的とした体制整備を目的に歯科医師の認知症対応力向上研修実施が明文化された。さらに、認知症施策推進大綱（令和元年）の基本的な考え方として「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進する」ことが謳われた。

認知症高齢者の状況に応じた継続的な口腔管理等の地域連携システム構築には、歯科医療提供体制推進と認知症関連施策（認知症施策推進大綱等）が連動することが望まれる。以上の視点と本調査事業知見を踏まえ提言を以下に示す。

I. 歯科医療提供体制構築における認知症に焦点化したシステムづくりが必要

地域歯科診療所での認知症が原因の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（以下、病院歯科）が受け入れの機能を求められていた¹⁾。病院歯科への調査では「認知症の人の受け入れが可能」な施設は 3 割にとどまり、「断る」との回答は約 2 割であった¹⁾（図 1 参照）。これらの結果は、既存の歯科医療連携体制のみでの認知症の人への継続的な口腔管理等の十分な提供の困難さを示唆するものであった。以上を打開するためには、歯科医療提供体制整備において、認知症医療連携に関わる、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症サポート医、認知症疾患医療センター等の位置付けを明確化することが必要である。また、認知症診断後支援における歯科医療提供体制を整備する上での課題および対応策を整理することが必要である。特に、認知症サポート医、認知症疾患医療センター等との連携システム構築が重要でありそのシステムは地域特性を踏まえることが望ましい。

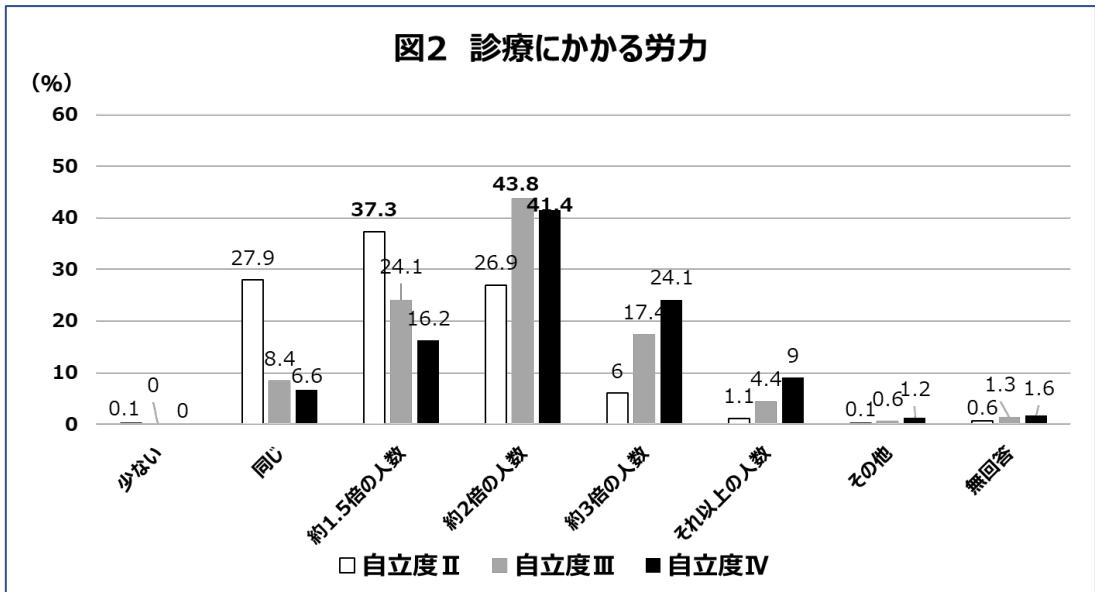
図1 認知症を理由に歯科医療行為が実施困難な際の連携等の実態



II. 認知症高齢者の状況に応じた継続的な口腔管理等実施上での歯科口腔保健関連医療・介護保険制度整備が必要

本事業の歯科医療従事者を対象とした「認知症の人への歯科治療提供時の負担度調査」では、認知症高齢者の日常生活自立度別で、認知症を併存しない人と認知症の人を比較した歯科治療の要する「時間」「労力」を調査した。自立度Ⅱおよび自立度Ⅲにおいて、「時間」「労力」とともに増加していた（図2参照）。歯科治療が対象疾患（う蝕、歯周病など）は、口腔内に治療器具などを口腔内に挿入実施する必要がある。認知症の人にとって、こういった一連の歯科治療受容は認知症が重度化することにより困難なことが多く、このことにより歯科治療困難事例となり、口腔疾患が重症化してしまうケースを生む可能性がある。本事業調査では、その「困難さ」が、認知症高齢者の日常生活自立度において自立度Ⅱ、自立度Ⅲで増加（1.5～2倍）することが把握された。これらの結果を踏まえた対応の一つとして、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医療・介護保険制度報酬などの整備が必要と考える。特に報酬整備においては、認知症に関する情報の共有（かかりつけ医など）の有無、認知症重症度などを踏まえた歯科治療提供を評価するなどの視点が必要と考える。

（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。



参考

- 1) 厚生労働省令和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」報告書 (<https://www.tmg Hig.jp/research/info/archives/014345/>)

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 23 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
荒井 秀典	国立長寿医療研究センター 理事長
粟田 圭一	東京都健康長寿医療センター研究所 社会科学系 副所長
井藤 佳恵	東京都健康長寿医療センター研究所 認知症支援推進センター センター長
今井 裕	一般社団法人日本歯科専門医機構 理事長
岩崎 正則	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究副部長
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
大野 友久	浜松市リハビリテーション病院 歯科部長
大堀 嘉子	株式会社紫恩 相談役・介護支援専門員
小玉 剛	公益社団法人日本歯科医師会 常務理事
櫻井 孝	国立長寿医療研究センター 研究所長／もの忘れセンター長特任補佐
白部 麻樹	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
高田 靖	公益社団法人東京都豊島区歯科医師会 会長
竹内 嘉伸	富山県南砺市地域包括支援センター 主幹・センター長補佐
恒石 美登里	日本歯科総合研究機構 主任研究員
西村 一弘	公益社団法人日本栄養士会 常任理事
野原 幹司	大阪大学大学院歯学研究科 高次元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
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 講師
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
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
相田 順子	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 非常勤研究員
金久 弥生	明海大学 保健医療学部口腔保健学科 教授 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
木村 年秀	まんのう町国民健康保険造田歯科診療所 所長
釘宮 嘉浩	国立長寿医療研究センター 歯科口腔外科部 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
後藤 拓朗	三豊総合病院 歯科保健センター 医長
中村 純也	国立長寿医療研究センター 歯科口腔外科部
那須 郁夫	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
西田 直美	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
橋村 静治	諫早市歯科医師会 専務理事
長谷 剛志	公立能登総合病院 歯科口腔外科部長
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
増山 隆一	増山歯科医院 院長
松原 ちあき	静岡県立大学短期大学部歯科衛生学科 講師 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
本橋 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 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 20 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 4 年 6 月 20 日	調査事業 1 郵送調査に関する検討（コアメンバー）
第 2 回	令和 4 年 6 月 23 日	調査事業 2 モデル地区の検討（コアメンバー）
第 3 回	令和 4 年 7 月 25 日	第 1 回委員会の開催
第 4 回	令和 4 年 7 月 25 日	調査事業 2 マニュアル作成に関する検討（作業委員会）
第 5 回	令和 4 年 8 月 17 日	調査事業 2 マニュアルの効果検証に関する検討（作業委員会）
第 6 回	令和 4 年 9 月 9 日	調査事業 1 郵送調査の調査項目に関する検討（コアメンバー）
第 7 回	令和 4 年 9 月 13 日	調査事業 2 マニュアルの効果検証に関する検討（作業委員会）
第 8 回	令和 4 年 9 月 16 日	調査事業 1 郵送調査の調査項目に関する検討（コアメンバー）
第 9 回	令和 4 年 9 月 27 日	調査事業 1 郵送調査の調査項目に関する検討（コアメンバー）
第 10 回	令和 4 年 10 月 4 日	調査事業 1 郵送調査の調査項目に関する検討（コアメンバー）
第 11 回	令和 4 年 10 月 18 日	調査事業 1 郵送調査の調査項目に関する検討（委員回覧）
第 12 回	令和 4 年 11 月 15 日	調査事業 2 マニュアルの効果検証に関する検討（作業委員会）
第 13 回	令和 4 年 11 月 21 日	調査事業 1 郵送調査の調査項目に関する検討（コアメンバー）
第 14 回	令和 4 年 11 月 22 日	調査事業 2 マニュアル作成に関する検討（作業委員会）
第 15 回	令和 5 年 1 月 13 日	調査事業 1 郵送調査・調査事業 2 効果検証の検討（コアメンバー）
第 16 回	令和 5 年 2 月 24 日	調査事業 1 郵送調査の解析結果に関する検討（コアメンバー）
第 17 回	令和 5 年 2 月 28 日	調査事業 1 郵送調査の解析結果に関する検討（委員回覧）
第 18 回	令和 5 年 3 月 1 日	第 2 回委員会の開催
第 19 回	令和 5 年 3 月 1 日	報告書作成に関する検討（コアメンバー）
第 20 回	令和 5 年 3 月 8 日	報告書作成に関する検討（委員回覧）

第2章 調査事業1 認知症の人の口腔管理に関する調査

1. 郵送調査：実施概要
2. 郵送調査①：市区町村
3. 郵送調査①：認知症疾患医療センター
4. 郵送調査①：郡市区歯科医師会
5. 郵送調査①：居宅介護支援事業所
6. 郵送調査②：地域歯科医療機関
7. 実測調査

1. 郵送調査：実施概要

(1) 調査対象

・ 郵送調査①

認知症の人への歯科治療提供に関する地域資源の把握を目的に実施した。調査対象は以下の通りである。

- A. 市区町村 認知症施策担当者 計 1,741 件
全国の市区町村（悉皆）の認知症施策担当者を対象とした。
- B. 認知症疾患医療センター 計 496 件
全国の認知症疾患医療センター（悉皆）を対象とした。
- C. 郡市区歯科医師会 計 741 件
全国の郡市区歯科医師会（悉皆）を対象とした。
- D. 居宅介護支援事業所 計 1,050 件
全国の居宅介護支援事業所のうち、1,050 件（抽出）を対象とした。

・ 郵送調査②

認知症の人への歯科治療提供時の負担度の把握を目的に実施した。調査対象は以下の通りである。

- E. 歯科医療機関 計 2,000 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、2,000 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

郵送調査①は、令和 4 年 12 月、郵送調査②は、令和 5 年 1 月に実施した。

(1) 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
A. 市区町村 認知症施策担当者	1,741	1,107	63.6%
B. 認知症疾患医療センター	496	229	46.2%
C. 郡市区歯科医師会	741	534	72.1%
D. 居宅介護支援事業所	1,050	564*	53.7%*
E. 歯科医療機関	2,000	972	48.6%

令和 5 年 2 月 23 日到着分までとした。

*1 事業所より複数回答を得られた場合も有効回答数に含めた。

2. 郵送調査①：A. 市区町村 認知症施策担当者

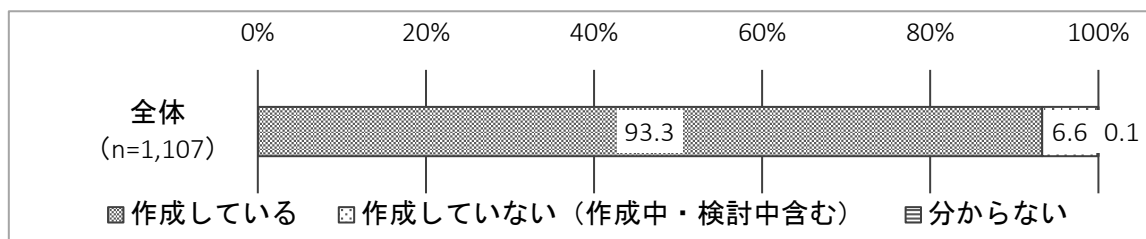
(1) 認知症ケアパス*について

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

i. 認知症ケアパス作成の有無

回答があった市区町村（1,107ヶ所）のうち、認知症ケアパスを作成しているのは93.3%（1,033ヶ所）であった。

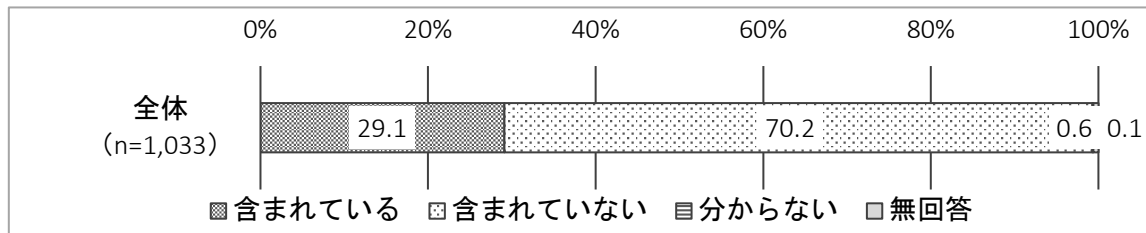
図表1 認知症ケアパス作成の有無



ii. 認知症の経過と利用できる支援を示す図への歯科医療の記載の有無

認知症ケアパスを作成している市区町村（1,033ヶ所）のうち、認知症の経過と利用できる支援を示す図の中に、歯科医療が含まれている市区町村は29.1%（301ヶ所）であった。

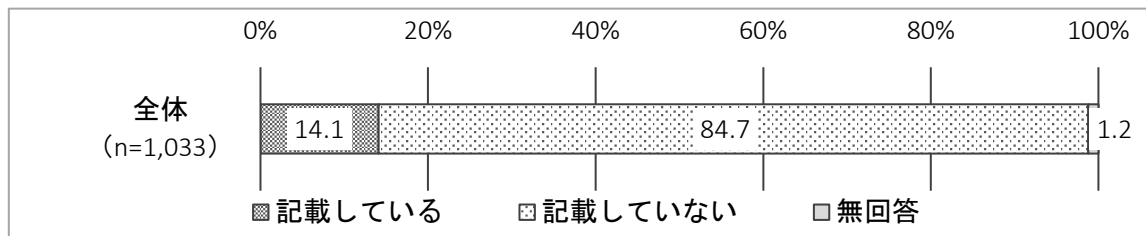
図表2 認知症の経過と利用できる支援を示す図への歯科医療の記載の有無



iii. 医療機関一覧等における歯科医療機関・歯科医師会の連絡先の記載の有無

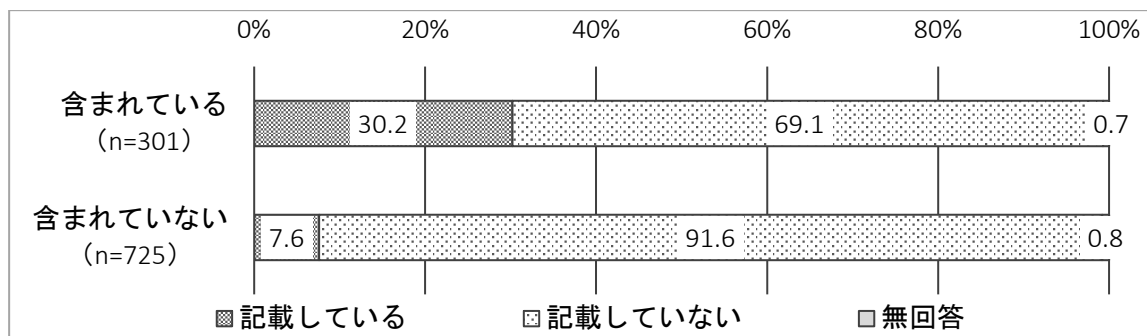
認知症ケアパスを作成している市区町村（1,033ヶ所）のうち、医療機関一覧等の中に、地域の歯科医療機関や歯科医師会の在宅連携窓口など、認知症の人が連絡を取れるように連絡先を記載している市区町村は14.1%（146ヶ所）であった。

図表3-1 医療機関一覧等における歯科医療機関・歯科医師会の連絡先の記載の有無



認知症の経過と利用できる支援を示す図への歯科医療の記載別では、連絡先を記載している割合は、図内に歯科医療が「含まれている」市区町村では30.2%（91ヶ所）、「含まれていない」市区町村では7.6%（55ヶ所）であった。

図表 3-2 医療機関一覧等における歯科医療機関・歯科医師会の連絡先の記載の有無
(歯科医療の記載ごと)

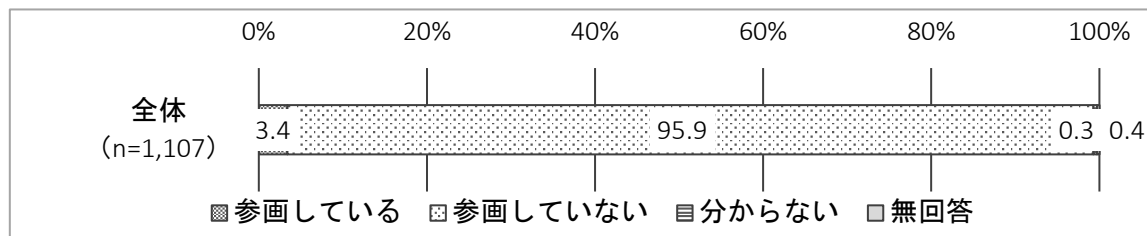


(2) 認知症初期集中支援チーム*について

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

認知症初期集中支援チームへの歯科医師（歯科医師会の代表者等）、または歯科衛生士（行政以外の所属）の参画状況は、「参画している」と回答した市区町村は3.4%（38ヶ所）であった。

図表 4 認知症初期集中支援チームへの歯科の参画

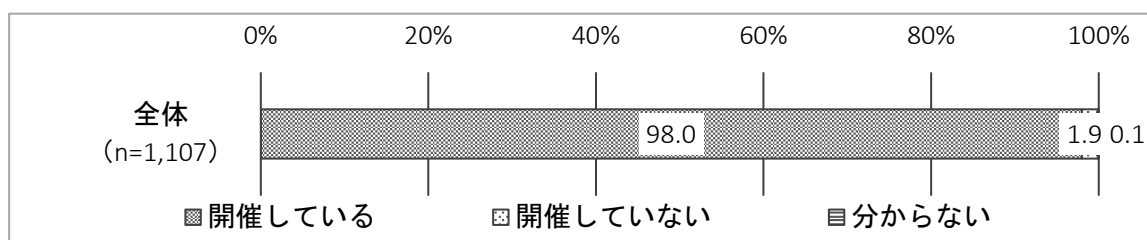


(3) 地域ケア会議について

i. 地域ケア会議の開催状況

地域ケア会議（個別ケースの検討または地域課題の検討）を開催している市区町村は98.0%（1,085ヶ所）であった。

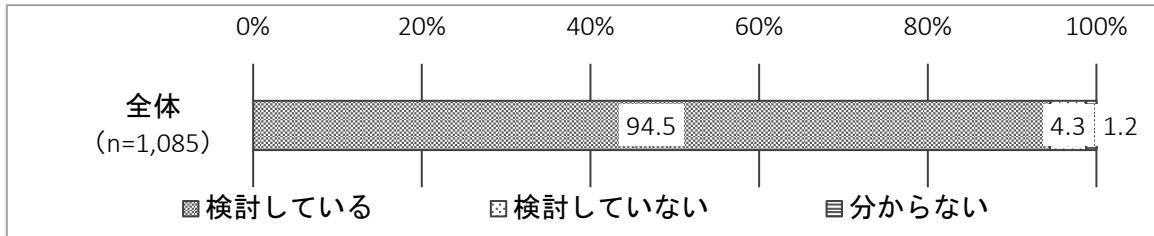
図表 5 地域ケア会議の開催状況



ii. 認知症の人に関する個別ケースや地域課題の検討

地域ケア会議を開催している市区町村（1,085ヶ所）のうち、認知症の人に関する個別ケースや地域課題の検討を行ったことのある市区町村は、94.5%（1,025ヶ所）であった。

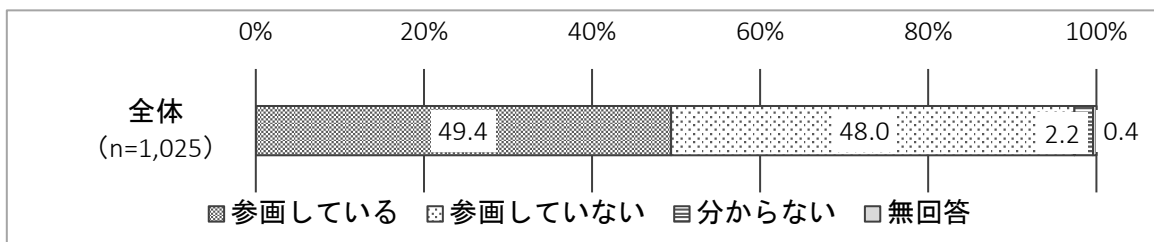
図表6 認知症の人に関する個別ケースや地域課題の検討



iii. 認知症の人に関する地域ケア会議への歯科の参画

地域ケア会議において認知症の人に関する検討を行っている市区町村（1,025ヶ所）のうち、歯科医師（歯科医師会の代表者等）、または歯科衛生士（行政以外の所属）の参画状況は、「参画している」と回答した市区町村は49.4%（506ヶ所）であった。

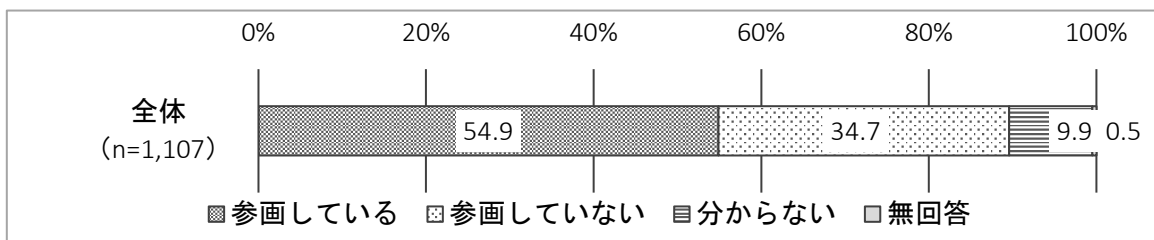
図表7 認知症の人に関する地域ケア会議への歯科の参画



(4) 介護保険事業計画策定への歯科の参画

第9期介護保険事業計画策定において、歯科医師（歯科医師会の代表者等）、または歯科衛生士（行政以外の所属）が「参画している」と回答した市区町村は54.9%（608ヶ所）であった。

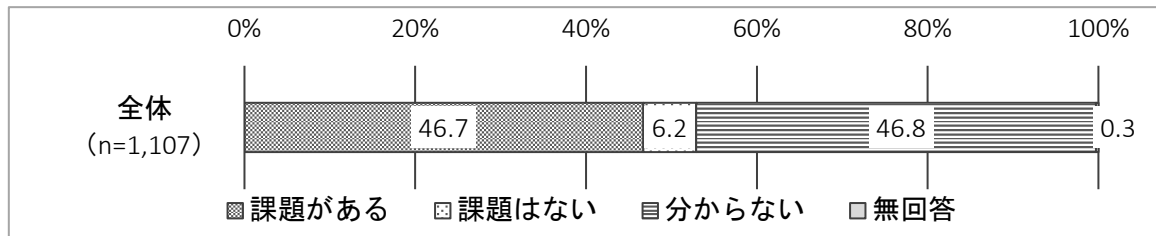
図表8 介護保険事業計画策定への歯科の参画



(5) 認知症の人の口に関する困りごとについて

認知症の人の口腔ケアや歯科治療に関して、「課題がある」と回答した市区町村は 46.7% (517ヶ所) であった。

図表 9 認知症の人の口に関する課題の有無



具体的な課題の内容は、次のカテゴリに分けられた (①【対応可能な歯科医療機関の情報の不足】、②【歯科に関する情報の不足】、③【歯科に関する要望】、④【歯科治療の必要性の把握が困難】、⑤【歯科受診に繋がらない】、⑥【歯科受診時・継続について】、⑦【問診・説明・支払い等】、⑧【歯科治療について】、⑨【口腔ケア実施について】、⑩【口腔衛生状態不良】、⑪【義歯管理】、⑫【認知症発症前を含めたかかりつけ歯科・定期的歯科受診の必要性】、⑬【訪問歯科診療について：体制等】、⑭【訪問歯科診療について：地域資源】、⑮【介護・治療における歯科の優先度が低い】、⑯【歯科に対する理解・啓発 (全般)】、⑰【歯科に対する理解・啓発 (本人・家族等)】、⑱【歯科に対する理解・啓発 (支援者)】、⑲【家族の介護負担について】、⑳【課題を把握できていない】、㉑【認知症ケアパス・認知症初期集中支援チームについて】、㉒【連携について (歯科専門職)】、㉓【連携について (歯科専門職以外)】、㉔【全身との関連・栄養等について】、㉕【地域資源・特性に関連する課題：歯科医療機関・人材】、㉖【地域資源・特性に関連する課題：サービス・体制等】、㉗【その他】)。すべての回答は、次の通り。

(5) 認知症の人の口に関する困りごと

原則として原文ママ（明らかな誤字は修正のうえ記載）

①【対応可能な歯科医療機関の情報の不足】

- 本人・家族の口腔に対する意識の向上。認知症の患者さんの治療だけでなく、認知症を理解し対応してくれる病院の把握。
- 口腔ケアが本人、家族で行えなくなっただけの場合や歯科に連れていけない場合、治療を落ち着いて受けることができないのではないかと不安を抱える家族に対して、認知症の方が安心して治療を受けられる工夫を歯科において、どのようにしているかといった点についても、歯科から発信してもらえると、紹介しやすい。
- 大学病院や歯科医師会で、受け入れていることは把握しているが、認知症の方の治療をおこなっている個人歯科医院の把握ができていないため、例えばお住まいのご近隣で治療を受けたいという希望があった場合、各自で連絡をして確認してもらおう方法しかないことが課題であると感じる。
- 口腔ケアや診療をお願いする際、認知症の方ご本人の性格や病気の特性をきちんとお伝えしたいと思うが、どの歯科医院に相談すれば良いか（認知症の方も診ていただけるか）わからない。
- 認知症に配慮して診療をしてくれる病院のリストがない。個別に電話で相談をしている現状がある。
- 歯科医院はあるが、在宅診療対応できる医院が少ない。認知症の方の診療をしているか、把握していない。
- 認知症に理解がある歯科医師等の把握ができていない。
- 歯医者さんに相談してください、とは言えるが、認知症の患者にどの程度の治療が可能なのか、個々の歯科医がどのような対応をしてくれるのかは把握出来ていない。

- 認知症の人が通いやすい歯科は把握していない。
- 認知症の人で、誤嚥性肺炎のリスクがある方等に対応できる機関が分からないという声を聴く。歯科医師会は協力的であるが、行政や推進員、また歯科医師との連携についてガイドラインなどがない為、連携方法に課題がある。
- かかりつけ歯科医が、訪問診療に対応しているかなどの情報を入手しにくい。
- 認知症の人の口腔ケアや歯科治療を行っている歯科医院の情報が少ないことも課題である。
- 家族や口腔ケア・歯科治療を受けさせたいかと考えても、認知症を理由に断られてしまうケースがある。在宅では十分な口腔ケアが来ず、歯が抜けてもそのままの方がいる。
- 認知症の強い方が安心して受診できる地域の歯科医院がわかると、受診をすすめやすい。
- 重度の認知症になると診療可能な歯科が市内にない（奈良県心身障害者歯科衛生診療所に受診しているが、予約がなかなか取れないと聞いている）。
- 認知症の方を受け入れている歯科が分からない。
- 「入れ歯が合わない」と言って頻回に受診するケース。独居であり、歯科医院では誰に相談すれば良いかわからなかった。

②【歯科に関する情報の不足】

- 認知症の方が活用できる口腔ケア、歯科治療に関する情報提供について。
- 認知症と口腔ケアの関係性の周知が不十分である。
- 認知症と口腔ケアに深い関連があることの周知（啓発）が不足している。

- 当市においては、歯科医師が初期集中支援チームの検討委員会のメンバーとして、またケア会議や個別ケース検討会議などへの参加もしていたださっている。ただ、個々のケースの対応について歯科医院と包括や行政等の連携をはかることができるシステムの更なる構築が望まれる。また、認知症の方への対応力向上を学んでいくことも課題のひとつと考えている。
- 認知症と口腔が関係しているという事を聞いたことはありますが、隠岐の島町では、ケースもそうですが、課題として挙がっていない現状があります。今後については、対応することも想定していきたいと思いますし、情報発信についてもお願いしたいです。
- 認知症の方が安心して治療を受けられるようにするため、歯科治療に関わる方々の認知症対応力の向上が必要。
- 歯科医院等での認知症対応力を向上させる必要がある（わかりやすい説明、急がせない対応、不安を軽減させる対応、訴えを読みとる能力の向上など）。
- 歯科医、歯科衛生士共に、認知症の理解があまりないように感じる。認知症の方で、義歯を度々紛失する方に対する対応として、再度新しい義歯を作るようにケアマネジャーに指導しただけだったこともある。
- 認知症の人が自身の痛み等の訴えが困難であったり、心身の拒否感が強い場合などへの対応について、歯科医師や歯科衛生士の意識の醸成が課題。
- 認知機能低下を理由に必要な歯科治療や口腔ケアが受けられない場合（指示が入らない。座って治療が受けられるか分からない等）もあり、専門職や医師の対応力の向上が必要だと感じている。
- 地域で口腔ケアの講話や指導の出来る歯科衛生士がいない。県が広域で歯科衛生士を派遣できる仕組みを作って欲しい。

- 口腔ケアの重要性について周知が必要である。
- 口腔に関する情報収集が不足している。
- 認知症の方の口腔・歯科に関するアセスメントについてツールや判断の方法や支援についてなど、情報があれば知りたい。
- 口腔ケアと認知症との関連についての情報発信の不足。認知症の方の普段の具体的な口腔ケア支援についての情報が少ない。
- 口腔ケア、定期的な歯科検診や治療を行うことで疾病予防や認知症等で介護が必要な状態とならず健康寿命をのばすことについて周知、啓発が必要と考えます。
- 認知症の人に対しての口腔ケアに関しての情報十分でなく、分析できていないことが課題。
- 口腔ケアと認知症の関連について、健康教育では触れているが、“最新の知見と詳細に”という所まで至っていない。
- 訪問歯科診療や、それを行っている歯科医院が周知されていない。
- 認知症により口腔ケアやその介助が困難になることや、症状が進行して歯科通院が困難になる前に必要な治療を受けさせることの大切さが周知されていない。
- 口腔ケアと認知症予防、認知症状態の抑制がリンクしていない。
- 早期歯科治療等に結びつける方法。

③【歯科に関する要望】

- 歯科医師、歯科衛生士も、認知症について対応の仕方について研修が必要ではないか。
- 認知症に理解のある医師とそうでない医師がいる。認知症の人は知らない場所へ行く事に抵抗がある場合が多く、なかなか通院につながらないケースもある。認知症に関する基礎知識をより多くの医師に知って頂く事が重要と考える。

- 歯科医師の認知症への理解や対応力向上が求められる。介護者からの情報として、「歯医者に行ったり、本人が口を開けないので診療してもらえなかった」と聞いたり、「診察台で失禁されると困るので何とかして欲しい」と歯科医師から聞くことがあった。
- 健康な人でも歯科医院にクリーニングに行く人がほとんどいないので、認知症の方の口腔内が想像できる家族は少ないと思うので、歯科医院にクリーニングに連れて行く人はいないと思います。定期的に歯科医師が訪問して、口腔ケアを家族にも指導してくれるのが望ましいが、訪問歯科をしている歯科医院がありません。歯科医院が少なく予約が取りづらく、歯科医院までの距離が遠いと、独居の方だと歯科医院に行くことはほとんどないと思われまます。高齢者・認知症の方に関しては、歯科医院の協力も必要かと思えます。
- 認知症の人に限らず、全ての対象者について嚥下機能の低下がみられるが、本人に病識がなく、受診につながらないケース（例、合わない義歯を20年間使用している）など、専門職から必要性についてアドバイスももらえる場があると良い。
- 8020運動の普及啓発により、残存歯のある方が多くなってきている中、認知症の方のうち受診行動が困難な場合、う歯があっても治療ができない これに対し家族、ケアマネジャー、ヘルパーなど専門職以外の人々が口腔内の状態を観察できるツールがあるとよいのではないか。

④【歯科治療の必要性の把握が困難】

- 困りを訴えられなもので、放置されている可能性がある。
- 認知症の人も高齢者の人も、元々歯科健診等少なく、市町村で関わる機会が少ない。介護予防センターには、年数回、歯科衛生士による口腔チェックの場や、適切な口腔ケアの指導及び、介護スタッフ

による継続的な口腔ケアの時間を取り入れもらい評価している。

中でも、認知症が進んでいる方は口腔ケアの状況が適切ではないことが多く、今後の自宅での適切な口腔ケアの方向や、歯科受診につなげることが難しい。高齢期だけではなく、若い世代からの定期的な歯科受診の必要性を理解してもらい、受診行動につながるようにしていくことが課題と思われる。

- 口腔に関しては、目に見えない部分であるため、本人が異変を訴えることができなければ、支援する側の人間も相当注意深く見なければ、課題として把握しづらなものと思われる。
- 独居だった場合、お口に関する情報を本人から収集できない（家族がいても把握していない場合が多い）。
- 歯磨きの習慣が維持できているのかいないのか、痛みがあるのかなのか、かかりつけ歯科医がある（あった）のかないのか・義歯がある（あった）のかないのか、ブリッジ・部分義歯・インプラントが入っているのかいないのか、など、看護師や保健師といった医療職でも、口腔内のことは知識が乏しく、見ても分からない。色や形が変、歯肉が腫れている、臭い、血が出ている、乾いている、程度は気づくが、どうしたらよいかは分からない。
- 在宅では口腔機能や口腔ケアに関して、本人・家族とも問題の意識がない（認知症に限らず）。
- 認知症の方は、口腔内の痛みや不具合について自覚がないことも多く、支援者がケアや治療の必要性に気づきづらいうこともあり、介入が遅れてしまうことがある。
- 独居や高齢者夫婦世帯増加のため、認知症の方の口腔ケアの状況把握が難しいケースが増えている。
- 痛みや食べづらさを他者に的確に伝えることが難しく、BPSDとして表れることもあるが、原因が見えない為に治療が遅れる。

- 虫歯や義歯の不具合、歯槽膿漏等が生じていても、自身の認識が不十分なため、勧奨しても歯科治療につながりにくい。虫歯や義歯の不具合、歯槽膿漏等の症状により、食事内容の偏りが生じ、栄養状態等に支障が生じやすくなる。
- 自ら異常訴えが出来ない。
- 口腔内状況の悪化等を本人が表出できない場合も多い。そのため支援者が口腔内や摂食、嚥下の状態を確認し、歯科と連携をおこなう必要があるが、早期発見・対応が難しい。認知レベルの低下に伴い、嚥下が困難になるとともに、口腔ケアも難しくなることも多い。
- 口腔ケアや歯科治療の自己管理が出来ず、知らず知らずのうちに悪化していることがある。訪問による支援（サービス）が十分ではないので、受診の支援が必要になるがその対応も難しく、治療につながらないことがある。
- 初期の段階から口腔のアセスメントや必要なケア、治療を考える視点が不定（大変になってから通院を考えたり、往診を希望することがある）。
- 歯科に関して課題と捉えず、受診や治療に繋がらない。
- 認知症の家族から歯が痛いと言うので、歯科医へ連れ行くと、どこが痛いのかなど説明出来ず、結局、治療に至らなかつたが、時々痛みを訴えるがどうしたら良いのかと問い合わせがあった。
- 口腔面に関するアセスメントが不足している。
- 認知症の人の口腔ケア・歯科治療にながににくい。認知症の方は、口腔の状態が悪化してから、見つかるケースが多くある。※早期のう蝕治療が義歯にならず済む事例があるが、認知症の方の総義歯となった場合、毎日食後のケアがむずかしく結果、義歯なしで食事を摂取することとなります。その影響として一口量の減少 食事量の

減少 痩せ 意識低下 身体機能低下 むせ 誤嚥（要介護状態の悪化となります）。

- 口腔内の異変に気が付きにくい。
- 衛生状況等の確認。入れ歯の具合に関する確認。
- 受診の必要性があるが本人が訴えることが難しい。
- 口腔機能的な困りごとや痛みに対する訴えができない。
- 口腔内のアセスメントがケアマネジャー等は、なかなか普段訪問時に行うことは難しいです（口臭があるか、ないかくらいしかできません）。これらを踏まえてもつと学びたいと思っています。
- 認知症のアセスメントをする際に、口腔ケアや歯科によるアセスメントまで及ばないため、アセスメント項目の充実と、相談員の意識の変革。
- 口腔ケアや歯科治療の必要性や適切な判断が支援者側も含めどこまで出来ているか不透明である。
- 口腔の状態なので、家族もなかなか異変に気付いていない可能性がある。
- 口腔の観察が難儀である。
- 口腔機能のアセスメントが十分にできていないことが多い。
- 口腔状況まで見ることができていない。「食べられている」「歯磨きを自分でしている」というだけで「自立」と答える。
- 口腔機能やケアの状況について、アセスメントがとりづらい。
- 口腔のトラブルや不調を表出できていないか。
- 長期間、無歯状態で経過している人は義歯の必要性を感じていない。
- 認知症が重症化してから、家族が相談に来ることが多いため、本人が口腔症状を訴えることができない場合が多い。
- 要治療の状況でも、痛み等の訴えがなく、治療につながらない。

- 治療が必要な状況になっているかの判断や伴う治療につなげることが難しい。
- 若年性認知症の方で痛みがひどく食事困難な状況になり、一般歯科から口腔外科へ紹介となり、抜歯するケースがあった。認知症になる前や認知症が進行する前の歯科定期健診を勧め、早めの治療に繋がりたい。
- 口腔内の異変に気付く判断力がなく、知らない間にやわらかい物ばかり食べている。
- 高齢者（認知症の人を含む）では、定期的に歯科受診をしている人が少なく、痛み等何か症状が出ないと受診しないため、口腔面での予防的な関わりが難しい。
- もともと症状が悪化してから受診されることが多く、認知症になり訴えることもできず、さらに悪化するケースがあり、早期治療される方が少ない。
- 高齢化が進む中認知症予備軍を含め多い。義歯の装着をしているが定期受診している人が少なくフォローができず、定期受診している人が少なくフォローができず、口腔をチェックするよう機会もなく、なかなか目につかないため、受診を勧められない。

⑤【歯科受診に繋がらない】

- 歯科受診の拒否。（他 8 件）
- 認知症の人に限らないが、歯科医院へのアクセスができない。必要性が理解出来ないなどがあると思う。
- 独居や高齢者のみ世帯では、生活や医科受診、介護サービスの支出だけでも厳しい。金銭的な余裕と、口腔ケアや歯科治療をサポートしてくれる人がない。
- デイサービス事業所において、歯科受診の必要性を感じ、家族に受

診を勧めるが、家族の理解が得られず、なかなか受診につながらないケースがある。

- 認知症患者へ歯科受診勧奨するも、本人の理解・同意を得ることが難しく、受診につながらない。独居の認知症高齢者の口腔状態や口腔ケアの実施状況等の把握が困難である。
- かかりつけの歯科主治医がいない方が多く、治療が必要な時に瞬時に始められない。
- 認知症の人は歯科治療に行かない傾向があり、口腔内の汚れ、合わない義歯の使用による食事の問題が生じることがある。また、義歯を使用しない人もいる（合わなくなっても歯科医に行かない。失くす）。
- 認知症の人が自分の口腔状態を把握し、適切な受診をすることが難しい。
- 支援者が、通院が必要と思っても、本人が通院の必要性を理解出来ず、受診拒否がある。ケアや治療の継続が難しい（予約日を忘れる、1 人での受診が出来ない等）。
- 口腔ケアや歯科治療が必要な方（歯がない。入れ歯が合わない等）が、受診につながらない。本人が拒否する。
- 継続的に治療に通うことが難しいこともあり、必要性を認識しにくい状況があります。
- 行政職の DH として、一体的実施や後期高齢者の歯科健診など新たな取り組みにも着手しているが、すでにかなり課題の多い口腔内の状態であることも多く、しかし、受診に結びつかないのが、現状である。認知症の方の対応と言うよりも地域の住民全体の課題となっている。
- そもそも高齢者の歯科受診につなげることや継続が困難。本人、家族が必要性を感じていない。

- 未受診であることが多い。(定期健診や日常でのケアが適切になされていないこともあり、歯周病やう蝕が進行していたり、合わない義歯を使用されていることもある。)
- 認知症の方が歯科医師のところへ行く機会が少くない。
- 口腔環境の悪化防止には、口腔ケアが重要だが、認知症の理解を得ることは難しく、家族に必要性を伝えても本人が拒否をされて治療につながる等、苦慮することは多い。口腔機能を維持向上させていく為に歯科医師や歯科衛生士による定期的な口腔管理、早期治療につながる事が課題である。
- 治療に対する理解（治療拒否、口を開けないなど）がなかなか得られず、受診につながるににくい。
- 自歯が少ない人に入れ歯を作るように提案しても、歯科受診につながらない。本人は大丈夫というので家族そのままにするケースが多いし、受診も大変だからと思う。
- 協力者がいなければ、適切な治療やケアに結びつくことが難しい。
- 認知症の人の口腔ケアが行われず、歯周病等になり自分の歯を失う。使った入れ歯を放置したり、合わない入れ歯を使い続けて口腔機能に悪影響がある。上記問題に対して歯科専門職の介入がなかなかできない。
- 認知症の人の健康維持のためには、口腔ケアの維持が必要であり、受診行動につながる必要があると思われる。
- 認知症が進行してから、歯科受診につながることは困難であることが多い現状がある。受診につながったとしても、なかなか口を開けてくれない等、治療を進めていく上での課題、自己による口腔ケアや管理が困難であると言う課題がある。
- 病院までの交通手段に限られるため、生命に直結する病気ではない歯科治療に関して足が遠のいてしまうのではないか。当町は長年農

業で生計を立てていた高齢者が多く、年金受給額が少ない。歯科受診までに金銭的余裕がない事も考えられる。

- 歯科未受診者が多い。
- 口腔ケアや歯科治療に問題があっても、歯科受診につながらない(拒否、通院手段確保できない等)。
- 予約せずに歯科医院に行き、受診できない。・受診予定日、場所を覚えていない。
- 介護認定などがついていれば、ケアマネジャー等が歯科治療を勧めたり、口腔ケア指導ができるが、それ以外の方だと自分で気づいて歯科へ行くことができないかどうかが地域課題となっている。
- 認知症の方へ口腔ケアや歯科治療の必要性を説明しても、本人の認識がないため、受診できない。
- 認知症独居者の方で、受診自体も拒否のある方、歯科受診の必要性の理解が難しく、食事を歯なしで食べることに慣れてしまっている方への支援。
- 定期的歯科検診（受診）が困難になる。
- 受診の問題（行きたくない、行けない）。
- 歯科受診に行けない。行かない。
- 歯科治療やケアの重要性が理解できずに受診へ繋げることが困難。
- 歯科受診が必要な方でも歯科通院は難しいと断るケースがある。
例) 本人拒否。連れて行く人がいない。
- 口腔ケアや歯科治療の理解が進まず、治療につながらにくい。
- 口腔内の痛み、嚥下のしにくさの自覚があっても、自内と考え、受診しないことも多い。
- 歯科受診につながるづらい。
- 高齢者において、義歯の不具合や口腔機能の低下があっても、歯科受診にはなかなかつかないケースが多い。

- 受診につながらにくい。
- 認知症の方については定期的な受診が困難であり、歯科受診まで至っていない方が多い。
- 認知症の方で移動手段がない。本人が治療を拒否する等の理由で、適切な治療が難しい場合がある。特に受診の拒否が強い方を受診につなげることが難しい。
- 認知症による意欲低下から適切な受診につながらなくなる。
- 歯科受診につながらない。
- 調子が悪くなっても、受診出来ていない方がいる。
- 歯科受診を促すが、本人は困り感が無く、ケアに結びつかない。訪問歯科健診も受けられないが、同意を得るのが難しい。
- 歯科受診をしていない認知症の人が多くと思われる。
- 歯科・病院受診につなげることが難しい。
- 歯科治療につながらにくいことがある（治療実施了承が得にくいことがある）。

⑥【歯科受診時・継続について】

- 本人が忘れてしまう、拒否が強くなる等の理由から、歯科受診を中断してしまう場合が多い。その結果、外科治療を要するまでに状態が悪化してから、治療につながらざる事柄が複数見受けられている。
- 把握していませんが、必要に応じた受診が継続出来ているか？
- 総合病院などで歯科があるというよりは、歯科医に別途受診することが必要であり、認知症のある方が複数の病院を受診することに対して、ハードルが高いかと思いますが、認知症に理解のある歯科医などが往診等で対応頂けると助かります。
- 認知症があり、歯科受診が必要だが、歯科医院に行けない場合、対

- 応（訪問治療）して下さる先生の把握はしています。対応して下さいます。一方、治療に理解や協力が得られない方（家族がいな
- い）については、受診が難しい方もおられます。施設によっては歯科衛生士さんが口腔の状況を確保し、食事が食べられるように義歯の調整、治療の必要性、口腔ケアのアセスメントをして下さり、実践して下さいます。一方、全ての住民がその恩恵に預かれていません。
- 歯科医院のほとんどが予約制をとっているため、予約をした日時を覚えており、歯科医院に行くことが難しい。歯科医院までの道を覚えて、1人で行く事が難しい。義歯を作成しても、慣れるまでかなりの時間を要する事を説明されるも、それが理解できないので、結局作成した義歯も装着せず過ごされる。
- 予約した日を忘れる。行こうとしますが、予約すらできない人もいます。
- 歯科治療は家族の協力を得られないと、必要性について理解できず、受診日を忘れる等もあり、難しい。
- 受診日を忘れてしまう。完治に至るまで定期的な受診ができない。
- 町内に歯科は一か所しかなく、町外へ通っている人も多い。そのため認知症の方は家族等の送迎がないと定期的な通院は難しい。
- 認知症高齢者単身世帯の方の受診管理が困難。
- 歯科医院への定期受診が必要な人への対応。
- 当予約を忘れる（日時や予約をしたこと）。口腔ケアの必要性の理解が困難な場合がある。受診行動に対する意欲低下・保険証や診察券の紛失。
- 認知症の方が歯科医院に継続通院することが困難になることがある。このようなことから歯科医院が認知症の早期発見に至ることも多いと思われる。

- 通院日を忘れてしまう。受診サポートが必要 ・ 独居 ・ 高齢者夫婦
etc.
- 区では江戸川歯つつチェック（口腔ケア健診）事業として、65歳以上の区民を対象に、口腔機能の低下や誤嚥性肺炎等の疾病予防を目的に江戸川区歯科医師会の協力のもと、口腔機能状態検査、咀嚼・嚥下機能検査を実施している。また、歯科治療については訪問による診療にて在宅または一部施設において対応されている。課題としては認知機能の低下により、受診困難となってしまう方などにおいて、特に要介護度が未認定の場合などにおける対応について、現状把握も含めた点などが課題となると思われる。
- 歯科受診時及び歯科治療時に「拒否」が生じ、治療が中断してしまうことがある。重度認知症の対応可能な歯科診療所の数が充足されていないため、要介護者の住居近くになく、つながらないことがある。
- 歯科受診について「明日、歯医者に行く」と決めても翌日になると「そんなことは言っていない。何で行かないといけないんだ」となり、受診に繋がらない。
- 歯科受診、検診時に指示が通らず対応に困ることがある。受診に付き添うことが、介護者にとって負担となり治療に到らない。もしくは継続が困難になっているため、治療が中断される。＝適切な治療が受けられない。しまった場所を忘れるなどして義歯を紛失すると、再度作り直すことをあきらめてしまう。（また、なくすだろうと支援者が止めてしまう。）”歯をみがく、口をゆすぐ、吐き出す”という行為を忘れた人への助言方法が分からず、そのまま（みがかない）になってしまう。
- 受診拒否や治療中断、記憶障害により受診日を忘れるなどで継続した治療が困難になる。
- 受診拒否あり、通院出来ない。また、付き添い介助等の負担が大きく、家族が対応できない。
- 受診の継続。
- 歯科受診が必要な認知症の方が交通の便がなく受診ができず治療が出来ない。
- 一人暮らしで近くに支援してくれる親族がいない方の場合、1人での通院が難しくなり、治療継続ができなくなることが考えられる。
- 独居の認知症高齢者も多く、一人での受診が難しい。
- 受診のための予約、移動手段の確保・通院が複数回になることなど対応することが難しい。
- 予約をしても受診できないことがあり、継続受診が難しい。
- 歯科通院時、受診同行や送迎の必要な人の対応ができない。歯科通院できない人の訪問歯科診療が必要な現状がある。
- 歯科受診する際、予約日を忘れてしまう為、継続した受診や治療の際は、家族などの通院介助や声掛けが必要。
- 歯科医院の受診が必要な人が受診に結びついていない。
- 通院の手段や継続のための支援が必要。
- 定期的な受診ができない方がいる（できない方への対応を包括等支援者で行っている）。
- 歯科通院が困難（内科等のかかりつけ医の受診さえ通院継続が難しく、歯科医に関しては二の次になってしまう）。
- 認知症の人の口腔ケアや歯科診療については、周囲の方（家族やサービス事業者）のサポートやかかりつけ医からの働きかけがないと継続実施が難しいように感じる。
- もの忘れのある方の健診の未受診、予約日を忘れてしまうこと、自身の身体状況を正確に伝えられないといったことが、支援者が少ない人ほど多くある。

- 歯科医院の予約の日を忘れたり、予約日ではない日に受診したりする事が多くなり、何回も繰り返し返って対応に困っているの、その方の情報やケアマネジャーが知っているのかなどの問い合わせがあり、認知症で介護保険を受けていたので、ケアマネジャーにつなげた。
- 受診勧奨や受診の継続が難しい。
- 通院困難。
- 歯科治療も、受診勧奨しても、忘れてしまい行くことがなく結果、悪化してしまうケースがある。
- 認知症の方で口腔ケアや治療に特化したの課題を検討する場はないが、1つのケースの事例として、継続治療に繋がりにくかったり、口腔ケアの定着につながらないことがあるかと思えます。家族や地域の支援があると、ケースによっては違うと思えます。
- 口腔ケアや歯科治療に限っての課題ではありませんが、認知症により通院の予約困難や、通院することを忘れてしまうなどの課題が考えられます。
- 定期受診ができない（受診日を忘れてしまう等）。
- 認知症高齢者が歯科通院する際に付き添いや送迎が必要だが、支援者がいなくなったり、介護サービスの対象とはならず、治療継続が困難な場合。
- 歯科治療を行っても、次の予約日や時間を忘れ、予約変更の支援が必要。
- 義歯の手入れも不十分になるなどあり、食事の摂取にも影響してくるため受診を促すが、継続が難しい。
- 治療が必要な場合も、受診の送迎を誰がするかという課題等もある。
- 必要な治療を受けるための受診支援。
- 定期的な歯科受診が難しい。
- 治療の予約や内容を忘れてしまうので、適切な治療を受けられず、口腔に問題を抱えている。
- 歯科医への通院が難しい。
- 家族がいれば、歯科にも連れて行って貰えるが、家族がいなければ、日にちや行先を忘れてしまったりつけない。介護保険利用を受け入れれば、訪問歯科診療も受け入れるが、拒否をされていると難しい。痛みがある等になり、受診も進む。
- 独居の認知症の方が歯科を受診した際に、自分がなぜここに来たのかわからない事例があった（直前までは歯を治療しに行くと言っていたが、定期受診か、予約なしの受診であったかまでは情報なし）。
- 予約日を忘れる。
- 認知症患者の定期歯科受診について。
- 歯科受診させることが困難な上、1回の治療・処置では終わらず、何回も受診させなければならぬので、難しい。なかなか受診に結びつかない。
- 口腔内の清潔が保たれていない。歯科に限らず、受診を拒否する方がいるため、適切な治療がなされていない。それに伴い、歯の喪失がすすむ。受診予約を忘れてしまう。義歯の使用を忘れて、食事摂取に影響が出る。
- 定期受診や必要時の受診が出来ない。
- 定期受診（定期受診の必要性の理解等含む）。
- 予約日に受診しない。怒る事がある。
- 口腔や義歯のトラブルがあって、歯科予約を家の方がされても、受診日を忘れて受診ができない。
- 予約していても忘れる。交通手段を確保（予約）出来ない。

- 一人で受診できない、交通の便が悪い、近くに歯科医がない等。
- 認知症の方の受診について（受診が難しい）。

⑦【問診・説明・支払い等】

- 認知症が家族のいない方や軽度認知障害の方の歯科受診については、症状をうまく伝えられなかったり、医師の指示が伝わらず、必要な処置や対応がとれず、スムーズに受診できないことがある。
- 治療計画などの説明が難しい。
- 治療や費用に関する説明があっても、忘れてしまったり、理解できないことがある。
- 症状を的確に伝えることが難しい。
- 何度も訪問歯科診療を実施するが、治療につながらないケースがある（特に認知症の人が自身の痛み等の訴えが困難であったり、心身の拒否感が強い場合などにおいて）。
- 治療内容の理解が一人では難しい。誰かと一緒に行く必要あり。
- 口腔管理や治療に理解・協力を得られない。本人のみでなく、介護する家族も受診出来ない。
- 診療予約や料金支払いの間違いや、入れ歯の間違い、説明の理解が難しいなど、付き添い者のいない認知症の方の対応に歯科医院が苦労している。
- 独居の認知症高齢者だと、口腔ケアや治療の継続が難しい。
- 歯科治療の際、意向を伝えることが困難。
- 歯痛等、口腔内の異常な状態が、支援者に伝わりにくく、治療に反映しにくいと思われる。
- 伝えた内容を忘れてしまう。
- 認知症の方に限らず、高齢になると歯科通院が交通、家族の負担の課題があり、継続通院が難しい。

- 単独で受診された方へ治療方針を説明しても、理解が難しかったり、忘れてしまう事がある。

⑧【歯科治療について】

- 認知症患者は、自分自身で口腔ケアを行うことができないことや、歯科治療での指示や指導が理解できないといったことが課題です。
- 認知症の人とのコミュニケーションのとりにづらさから、歯科医療機関によっては応急処置にとどめているところもある。
- 認知症の方は一人で受診することが難しいとの課題がある。訪問診療や付き添いでの受診ができるよう体制を検討していくことの必要性を感じている。
- 本人が受診を拒否したり、治療の際に暴れる等で治療が進まない。
- 認知症進行により、歯科治療困難となっているケース相談がある。
- 認知症の方は、初めて行く場所や初対面の人に対して不安が強く、治療が必要にも関わらず適切な治療を受けられない場合がある。かかりつけ医を持っている方は良いが、緊急時の対応などで、いつもと違う医院に行かざるを得ない状況になると、口を開けてくれないといったトラブルが起これることもある。歯科医にも認知症の方への関わり方について、もっと周知していく必要があるが、十分に出来ていないことが課題である。
- 口腔ケアや歯科治療を嫌がり、興奮しやすかったり、暴力的であったり、口を開けないなど、強い拒否を示すため、口腔ケアや治療が困難である場合が多い。
- 10分程度でも口を開け続けてもらう事が難しい。
- 歯科受診の受け入れが難しい。
- 血圧が高く義歯作成のため、抜歯出来ないが、認知症のため高血圧の薬を飲み忘れること多く治療が進まない。

- 歯科治療では、不安になり口を開けない（開口）など拒否される。口腔衛生や義歯管理能力等、低下する為、発見時は重症化している。
- 市認知症支援ネットワーク会議（市認知症初期集中支援チーム検討委員会を兼ねる）では、市歯科医師会会長が委員の一人になっている。医師会長として市内15 歯科医院で過去一年間診療の中で認知症と思われる人がどの位いたかをアンケートを実施した。15 歯科医院中9 件から回答あり。年間総数は64 件、1 ヶ月平均5.3 名の患者さんを診察。訪問歯科診療では年間総数77 名、1 ヶ月平均5.4 名だったとの意見有。歯科治療が必要な時は、歯科主治医に相談し、治療を検討していくが、落ち着いて座るほど安全な治療が出来る理解が必要になってくる事が意見としてあがっていた。
- 口を開けられないので、大きい病院にまわされることになり、大事になる。
- 家族がケアの必要を感じても、本人に拒否感強い。
- 「口を開けた状態」が保てないので治療ができない。進まないと病院より拒否されることも多い。認知症の方が義歯を紛失することが多く、自己管理が難しい。新しく作り直したり調整が困難。
- 認知症には様々な症状があるが、本人含め家族も症状を把握しきれず、治療中やケア中に認知症の症状が出た場合に、対応が困難な場合がある。認知症状があるために治療を断られたり、治療を中断してしまうため、口腔状態が悪化してしまうケースがあった。認知症状のある人でも受診できる環境を整えれば良いと思う。認知症との診断に結びつくまで時間がかかり、家族の対応も上手くできないことが多い。
- 治療状況がまいまいで、家族へ連絡したりと手間がかかる。
- 治療の必要性があっても、意思疎通を図ることができず、治療を勧め

- められない（通院・在宅）ため、断念せざるを得ない状況があるようである（家族も諦める）。感情のコントロールが難しい患者が治療を拒否したり、診療室で大きな声を出したりすることから、現状では受け入れが難しいケースが多いようである。
- 義歯がなくても、あきらめて積極的に作ろうとしない。
- 歯磨きや治療の継続、義歯の取り扱いや理解というところでも課題は大きい。
- 治療が必要であっても、本人の理解力から受診につなげることが困難であったり、指示が入らず、治療が困難であることも多々あるかと思いません。
- 義歯の治療等理解が難しい。
- 継続治療が行えない。入れ歯作成後のかみ合わせについての確認が難しい。
- 治療回数や診療時間など支援を要する為、支援者不在の場合の対応課題があると考える。
- 歯科診療に認知症の人が日々来ている。予約外で来るとか、主訴がわからないことがある。家族が同伴していただければよいが、ひとりだと対応に困ってしまう。地域包括支援センターへ相談することもあるが、どこまでしたらよいか迷う。
- 治療の途中で中断してしまう。
- 入れ歯がうまく使えない、適切に脱着できない、紛失等のトラブル。
- 治療の説明をしても覚えてもらえないため、口を開けた姿勢のままもらえないため治療できない。
- 歯科医院の受入体制整備・設備面…歯科診察台に移動しなくても、診察できる環境整備。足の不自由な方、身体的に移動困難な方の場合の診察の在り方を工夫できれば良いと思う。

- 認知機能低下や意思疎通困難の方への対応 義歯を調整しても、義歯が合っているのかどうかはつきり答えられないと、義歯を作った意味が無くなってしまふ。
- 診療時の本人への対応について 本人が興奮したり、待合室で待つことが難しかったりする時に、他患者の理解や医療機関の配慮が必要となる。介護者の精神的負担が軽減できるような訪問診療の利用や別室の待機可などの支援が多く提供できる体制を整備することが重要。
- 認知症が進行し、義歯の作り直しが必要となった場合、本人は判断が出来ず、治療を嫌がる素ぶりもある時があるが、家族が治療を希望して新しい義歯を作っても、適応できず無駄になってしまふ事例があった。認知症が進行した場合の口腔ケアや治療をどこまでやるか家族との調整が難しいと感じたことがある。
- 認知機能の低下から固く口を閉じたり、暴れたり口内の観察が困難な方がいる。認知機能の低下から義歯を洗浄せずに長期間生活したため義歯と歯肉が癒着し義歯が外せなくなった方がいる。独居の方が短期記憶の低下により、通院日を忘れてしまい、予約を入れていない日に通院してしまふことがある。認知機能の低下から自ら「歯痛」や「義歯があわない」等の訴えが出来ず食事摂取量が著しく低下し、栄養状態が不良になった方がいる。歯痛の方が歯医者へ一人で通うも、処方された薬が内服できず再度歯医者に行く状況であった。在宅の場合、介護者の認識が甘く口腔ケアが不十分で歯槽膿漏の進行を招いている。入所施設によっては口腔ケアをきちんとしていない施設がある。上記のような事例があったことから専門職の早期介入や歯科医師や歯科衛生士との連携、口腔ケアに関する認識不足が課題である。
- 重度認知症の方の場合、日々の口腔ケアや歯科診療を受けさせるこ

とが困難な方がいる。

- 口腔ケアが必要な状態でも拒否が強く訪問歯科等利用できず、専門医による薬のコントロールをしてからの歯科治療になるため、月日がかかることがある。
- 義歯を改めて作った方がいいか、認知症の方の義歯を作るかの課題。
- 短期記憶障害等による歯科治療の継続、新たな義歯などの管理が難しい。
- 治療内容、正しい口腔ケアが実施できない可能性がある。
- 歯科受診や口腔ケアに対して拒否がある。声掛けや導入が難しい。
- 義歯の紛失、破損があつて新たな義歯が必要でもうまく合わせるこゝとが出来ず、結果、使用出来ない。
- 治療の目的を忘れてしまふので、歯科治療を受けようとしても口を開けてくれなかつたり、騒いしまつたりする。そのため、理解のある歯科医院でないと通うのが難しい。
- 歯科治療、口腔ケアをする際、口を開けてくれない。拒否する。不安と恐怖を感じる。
- 認知症が進行した状態での歯科治療が難しい（指示理解が困難）。早期の段階で治療を済ませることが重要。
- 治療のために医療機関を受診させることが難しく、歯の治療や義歯の治療ができない。
- 本人の意向が分かりにくい。
- 認知症でかつ大腿筋力低下にて歩行困難な方は、受診ができたとしても診察台へ上がれない。指示が入らず治療を諦めるケースが多い。
- 訪問歯科診療をしても忘れて不在だったり、口を開けず拒否があると聞いています。

● 自分自身の状況や違和感をうまく伝えられず、治療を途中で断念してしまふ。本人にしかわからない微妙な違和感や不具合を伝えられず、治療が進みにくい。

● 義歯を新しく作った際、根気よく使い続けることでだんだんと馴染んでくるところがあると思うが、1回はめて何だかいつもと違うと感じ、使用をやめてしまふ。継続して利用できず、結局、前の義歯に戻ってしまう。元の義歯が合わなくなって作り変えているため、元の義歯を使ってもうまく噛めず、結局外してしまい、歯茎だけで噛んで食事をすることになり、うまく噛めないことが継続してしまふ。治療を断念することで、不具合な状況や歯がない状態等が常態化してしまう。

● 認知症と思われる方が歯科医院を受診した際、診察台に登れなかったり（登り方が分からない）指示が分からなかったりして、治療がうまく進まないというケースの相談が歯科医院からある。どう支援していくべきか。

● 治療や日々のケア時に口を開けて貰えないため治療が困難な場合がある。

● 歯科治療を拒んだり、口を開かなく診察できないこともある。

● 歯の治療時に数分間口を開けての治療に耐えられず怒って帰ってしまった。その後も治療が難しく抜く以外ない事を伝えたと怒って帰ってしまった。

● 指示が入らず治療が出来ない（恐怖心）。

⑨【口腔ケア実施について】

● 口腔ケアを行わず、歯科トラブルを起こしやすいことへの対応。

● 訪問口腔ケアをする上で、こちらの言うことが伝わりにくく、口を固く閉じたまままで磨けないことがある。口腔ケアの途中で閉じられ

るため、内側が磨けないことや、歯ブラシを噛むことがある。手足が出て拒否があり、ケアが出来ないことがある。義歯や歯ブラシを投げられることがある。指導しても磨き方や習慣を変えないことは難しい。

● 理解力低下により、本人に対し、口腔ケア等の支援を行っても、内容に対する理解が出来ないため、セルフケアにつながらないことがある。

● 認知症の方の口腔機能について（ケアが難しい）。

● 高齢の認知症のある方について、自己管理が出来ず、口腔ケアの拒否があり、衛生が保たれない場合。

● 認知症の方の歯の手入れが困難である。

● 認知症になると理解力や意欲、集中力の低下があり、口腔ケアや歯科治療の目的がわからなくなり歯磨きの自立度、義歯の管理能力が低下する。

● 独居高齢者が多く、口腔ケアを理解できない。

● 施設・在宅を問わず、認知症の方の適切な口腔ケアの継続が難しい（ケアの拒否、必要性の理解ができない等）。

● 独居が多く、日常の口腔ケアが十分にできない。歯が悪くなっても通院ができない。若い頃から歯科に通う習慣がない。

● 口腔ケアが不十分と感じるがセルフケアや毎日のケアが実施できない（理解力の乏しさ、サービス提供の際のマンパワー不足がある）。

● 通所型サービスの提供時に、歯科衛生士が口腔機能改善を目的に対象者へ指導を行っているが、認知機能の低下等により、指導内容を理解できなかつたり、指導を受けても、それを忘れてしまふなどの関わりにくさが課題となっている。

● うがいが出来ず、また、入れ歯の出し入れが出来なくケアが大変。

口腔内に食物残渣が多く誤嚥につながる。

- 口腔ケアが大事であることは理解できるが、認知症の人への口腔ケアについての理解が得られにくくコミュニケーションがとりにくい現状があり、介入しにくい。健常者でも歯科通院に良い思い出がなく、尻込みしてしまう背景があり、なおさらかと思う。
- 義歯があわなくて噛めない。歯の欠損があるなど個々に課題はあるが、受診や自己ケアまで意識が向かない方（本人・家族）も多いように思います。受診等おすすめしても、口腔ケア、治療の大切さについて、あまり理解が得られないように感じています。受診になかなかつれて行けないなど理由はありますが…
- 適切な口腔ケアに関する方法（歯磨きの方法や使用する道具等）について知りたいという訴えも多く、認知症と口腔ケアについての市民向けの講座の開催や施設職員向けに歯科に関する健康づくり教室の実施等、普及啓発に努めてはいるが、今のところ全体に知れ渡っていないことが課題であると感じる。
- 適切な口腔ケアが困難。
- 独居や高齢世帯の方は、口腔ケアへの促し等、声掛けが来ず、実施出来ない。
- 認知症の方は治療や口腔ケアに対する拒否がある方が多く、支援が困難。口腔ケアの必要性を感じている支援者が多いが、実際に支援に繋がりにくい（後回しになったり、歯科制度理解が不十分など）。
- 口腔ケアや歯科治療を行おうとした際、指示が理解出来ずに混乱してしまい、うまく治療ができない認知症の方もいらっしゃるため、なかなか治療に結びつけづらい。
- 認知症の人に「口を開ける」等の指示が伝わらない。義歯をよく紛失する。義歯作成時に自分の感じたことなどをうまく伝えられない。
- 介護予防ケアマネジメント等で行う口腔ケアの指導において、セル

- フケアの定着が難しく、ご家族の支援を得ることも難しい状況がある。
- 口腔ケアが実施されていないことが多い。口腔ケアの実施が難しい。
- 指示を行うか、一部介助が必要な方が多いが、認知症の方で単身で生活されている方も多く、いられる。
- ヘルパーを利用しているケースでは、義歯洗浄は訪問時に可能だが、食事の時間ではない場合は、本人が「なぜ、今？」となることがある。
- 「自分でできている」とのプライドから義歯を外すことに抵抗がある場合もある。
- 義歯のつけ忘れが多い。離島である為、本島での治療をしていると、受診忘れもあり、計画通りに治療が進まない。
- 認知症の方の口腔ケアについては、ケアの仕方を指導しても忘れてしまい、習慣化せずケアが出来ない。
- 地域ケア会議をした時に、訪問看護師から認知症の方の口腔ケアをする際、すごく嫌がられて困ったという事例がありました。そういう場合の対応方法や、相談先を知りたいです。
- グループホーム（認知症対応型共同生活介護）の入居者が水分補給・ブラッシング・うがい等の口腔ケアに対して拒否することがあり、対応に苦慮していると聞いています。
- 在宅でもサポートできる人が大切だったり…認知症が進行すれば施設内でもケアや支援に苦慮している部分は大きいと思う。その中でサポートしたり、課題把握や整理などまったく出来ない現状です。

- 認知機能低下が著しい場合、義歯調整や口腔管理が難しく MCI 時点での早期対応が必要である。

- 口腔ケア指導があっても自身が継続して行うことが難しい。
- 食後の歯磨きを習慣づける為、毎回同じように働きかける。オーラルケアは、認知機能改善にも役立つ事を家族にも説明し、家族も一緒に行う等、その人の認知度にあわせた対応（言葉かけや説明）が必要。磨き残しや歯周病に対応しコンクールを使っていた（歯科おすすめ）。
- 介護拒否の方の口腔ケアの方法・歯科診療のかかり方をどうするか。
- 食後の歯磨きを習慣づける為、毎回同じ様に働きかける必要あり。オーラルケアは、認知機能改善にも役立つ事を家族にも説明し、家族も一緒に行う等、その人の認知度にあわせた対応（言葉かけや説明）が必要。
- 口腔ケアの話をしても中々理解してもらえることができず拒否をされてしまう。
- 訪問してその場で歯磨きが出来ても、その後忘れてしまい継続が出来ない。
- ケアに対する理解が得られず、ケアに抵抗される方への対応。
- 認知症の方の口腔ケアは課題で自分でよく磨けないので、口腔内の汚れが目立ち、今まであった自歯が破損したり虫歯になったりするケースがある。
- 独居や高齢者世帯では、認知症の方が適切な口腔ケアや治療を受けることは難しい。
- 口腔ケアの継続。
- 口腔ケアの必要性が分からなくなっている。歯磨きをしない。口臭がある。認知症に関する相談、早期診断・治療に焦点を当てることが多いため、口腔ケア歯科治療に関する検討ができていない。
- 介護の現場で、認知症の方への口腔ケアが分からないと声がある。

口を開けてくれない。うがいがかからない。説明が伝わらない。具体的なアドバイスを指導してくれる方が欲しい。

- 本人の拒否があり、口腔ケアができないこと。
- 支援を行う中で口腔ケアが必要と思っても、本人の判断力が低下していてケアにつなげられない（家族や支援者がいないことがあるため）。
- 認知症状によるケアに対する拒否、口をあけてくれない等でもそもケアが難しい。
- 認知症の方の口腔ケアのすすめ方が難しい。今まで、きちんと口腔ケアが出来ていた方が、口臭や口腔内が汚れている 認知症になっているケースがあるので、「口腔ケアと認知症の関係について」フレイルの視点から学ぶための講演会や先生がおられたら、教えて欲しい。
- 歯科の往診から歯科衛生士が入れても、治療期間のみなので、毎日のケアとして継続されにくい。
- 独居高齢者は口腔ケアが実施できず、ヘルパー介入がある方しか行えていない。家族と同居していたり、ヘルパー介入があったとしても、本人の認知機能が低下して拒絶がある方は、口腔ケアの支援が行えない。
- 本人も家族も口腔ケアのやり方がわからない、義歯の手入れのやり方がわからない等の理由で口腔ケアをしないまま過ごしている。
- 在宅介護の場合、口腔ケアは本人に任されているケースが多い。認知症で口腔ケアが不十分と思われる時も、身体が元氣だと家族が口腔ケアの介助をするのは難しかったり、本人の抵抗もある。
- 口腔内を観察されること自体嫌がられる。
- 丁寧な口腔ケアが継続出来ない。指導をする機会があっても理解できない。

- 口腔ケアの継続の難しさを感じる。在宅介護の場合や介護拒否がある場合等。
- 口腔ケアに対して抵抗ある。
- 口の中にものをいれることをいやがる事もあり、口腔ケアが実施困難になる場合がある。
- 指導内容をどの程度理解しているか分からない。本人がどこまで口腔ケアを自分でやりたいのか、または家族にお願いしたいか短時間の指導時に判断するのが難しい。
- 拒否があるような認知症の人の口腔ケアについて、家族が相談できる機会が少ない。どうしていいか分からないことがある。
- 認知症の本人がどれくらいセルフケアが出来るかの能力の見極めも必要になってくる。
- 口腔ケアを本人が嫌がる～治療継続がむずかしい、自己治療中断もある。
- 口腔ケアを自身で行えなくなつて、介護者のケアを拒否する。
- 口腔ケアを嫌がるが多いため、介護者も積極的には行わなくなってしまう。
- 介護サービスを利用している日は、誰かに見守ってもらえるが、利用日以外で家族もいない場合は、自分で口腔ケアをしているのか分からない。
- 家族等、介護者がいないと口腔ケアが難しい。
- ブクブクうがいのが難しくなる人もいる。口の中に水を含んだまま吐き出すことができないことが多い。
- 歯を磨かせてくれない。

⑩【口腔衛生状態不良】

- 口腔内衛生が保たれていないケースあり。
- 認知症の患者自身が、口腔内の清潔を保持することが困難となり、極めて汚染しやすい状況にある。そのためにも、口腔ケアが重要であるが、認知症の患者の理解を得られないことも多く拒否され苦慮する。義歯の紛失が多く、何度も歯科受診が必要となる人や紛失したまま、放置してしまふケースも多くなっている。
- 認知症のある人は、歯磨き等セルフケアによる口腔管理が不十分となる状況が多い。そのため口腔内が不潔になり、感染症のリスクも高まることがある。
- 口腔衛生管理が十分に出来ない（認知症が進むと理解できないため、噛んでしまつたり、歯磨きが出来なかつたり）。実際にはこのようないない。
- 認知症の症状により、自身で口腔内を清潔にすることが困難になるほか、義歯の管理が難しくなるなど、口腔環境が悪化しやすい。
- 認知はあるが、介護サービスを利用しながら在宅で生活している人の口腔ケア。通所時にブラッシングしている程度で自宅では出来ない。（訪問時、食物残渣がある人が多い。） 独居の方は歯科治療に行けない。口腔ケアも自分では出来ない。
- 認知症があらわれた独居の方だと口腔ケアは行っていないことが多い。訪問時に、口臭などより声掛け見守りで行う場合がほとんどである。
- 口腔内清掃が十分できなくなり、菌の治療が必要であっても、口腔内を診せてもらえない。
- 口腔ケアが毎日できない（一人では）。口の内が汚れていることが多い。

- 認知症の人が一人で口腔ケアを実施することが難しい。もし、家族が同居しており、声掛け程度で自分で口腔ケアができれば良いが、認知症の程度が重くなると声掛けだけでは難しく、直接歯磨きの支援をしないといけないが、家族であれば抵抗をされることも多い。
- 認知が進んで来ると、自分だけで口腔ケアをしても磨き残しが多くなるが、家族に口腔を見せようとしなため、口腔環境が悪化してしまう。
- 認知症に限らず、病気をきっかけに口腔内の状態が悪くなる傾向があります。在宅の口腔訪問時、本人への口腔ケアの方法、必要性を話すのですが、その時は理解しても、その後忘れてしまい習慣にならないことも多々あります。家族がいれば、本人への声掛けや口腔ケアをお願いしたり、また歯科の診察が必要な場合は、家族が通院の介助をしてくれます。しかし一人暮らしで認知症の方は、口腔の管理が難しく、通院が必要でも「このままでもいい」「歯医者に行く事はできない」と通院につながらないケースもあります。一人暮らしや高齢者世帯のケースに、口腔ケアや口腔機能維持のための口腔体操などの習慣化、また受診できるための支援が課題と感じます。
- 理解力の低下等によるセルフケア不足（歯磨き自立度や義歯管理能力の低下等）のため、口腔状態が悪化しやすい。また、治療が必要な状態にも関わらず、継続した受診に繋がりにくいため、口腔状態が悪化しやすい。
- 認知症進行により、口腔ケアや歯科治療の必要性を理解出来ない事で、不衛生な状態につながる。
- 長年歯科医院で個別管理をうけているような方でも年を重ねていき、さらに認知機能の低下によりできていたセルフケアが出来なくなってきたり、何らかの介護サービスにつながることで、支援を受けられなくなりますが、支援を受けるまでもない間の口腔ケ

アの誰がどう担っていかかが課題。

- 清潔、衛生面の支援や管理がご自身では難しかったり、ご本人の拒否によりご家族の対応、他者の介入が難しかったりする。口腔ケアに関して、清潔に保つことや、治療が継続できていないことで、硬いものが噛み切れず食事形態・栄養面に影響がある。
- 本人、家族が口腔ケアの必要性についての理解不足により、不衛生な状態で放置されている。
- 口腔ケアを忘れてしまっているため、う蝕や歯周病等のトラブルが多い。
- 口腔ケアが出来ていない方がいる。
- 日々の歯磨きがまず難しい。
- セルフケアが適切に行えない。
- 口腔ケアが疎かになりがち、嫌がる。
- 口腔ケアが自身でにくい。
- セルフケアが困難。
- 自分で口腔ケアをすることがむずかしくなる。
- 認知症の人は、見なりを気にしなくなったり、着替えや入浴を拒否したりする場合があります。口腔ケア（歯磨きや入れ歯の手入れ等）等も十分にされなくなっている事が見受けられる。特に、一人暮らしで認知症の人は、口腔ケア、清潔保持の為に口腔ケアが中断されている事がよくある。口臭や嘔吐力の低下、感染を引き起こしやすい事、入れ歯をいれっぱなしで、誤嚥性肺炎を繰り返す人もいた。口腔ケアが行き届かなくなる人は多く、よいかめない等から、低栄養になってしまいう人もいる事は課題であると思う。
- 口腔ケアを当事者や家族が介介出来ない。
- 認知症になると口腔への意識が低くなり、口腔内が不衛生になるケースが多くある。

- 認知症の人の口腔ケアや義歯の管理をする人がいない。特に在宅の独居高齢者や8050の世帯に多い。
- 意欲低下による食欲不振。食事量・回数が少なくなることにより、義歯が合わなくなってくる。清潔による意識低下で歯磨きが出来ているか不明。残存している歯を維持させたり、歯科受診が難しいことが多い。
- 口腔内の衛生を自力で管理することが難しい。
- 高齢化の進行により、高齡独居世帯、高齡夫婦世帯が増加し、セルフケアの力や介護力の低下から何かしら社会資源に頼り生活を送られている方が多い。認知機能の低下した高齢者は心身の不調を正確に伝えることや受診行動を起こすことができないため、口腔内の変化が見過ごされ適切な時期に歯科医療の介入が行えていないのが現状である。継続的な口腔ケアは誤嚥性肺炎の予防だけでなく要介護者の方の栄養維持に有用であることから、町内の病院や施設等で歯科医の往診が受けられたり、口腔ケアの普及の取り組みがなされているが、認知機能が低下することで、歯磨きの自立度や義歯管理能力が低下し、口腔環境は悪化しやすい。症状が悪化することで口腔管理や歯科治療が必要となるが、本人の協力が得られず、無歯顎、もしくは歯が欠損し口腔機能が損なわれたまま食事をしている認知症高齢者の方は少ない状況がある。
- 認知機能の低下により口腔ケア（歯磨き）等の行為ができなくなることが多い。
- 入れ歯の手入れや歯磨き等、口腔ケアが自分一人では十分にできない。
- 日常の口腔ケアが十分にできない（ブラッシング方法、ケア用品の選択等が難しい）。
- 独居高齢者で、認知症の進行により歯磨き習慣を失っている方への

支援。

- 独居の方や口腔ケアの拒否がある方など、歯磨きや入れ歯の手入れができないため、食物残渣や口臭がある方が多い。
- 独居の認知症高齢者の口腔ケアが十分ではない。
- 日常の口腔ケアをどのように見守っていくか。
- 専門職が介入するまで口腔環境について放置気味で悪化していることがある。
- 口腔ケアの意識低下・動作も不十分となり、日々のケアが大変となる。
- 見当識障害・理解力の低下等の症状により、口腔内を清潔に保つことが困難。
- 認知症になり歯科通院を嫌がり、口腔管理ができない場合がある。
- 自己管理が出来なくなると周囲のサポートがあっても、口腔の衛生を保てなくて、オーラルフレイルが進んでしまう人は多いと思われる。
- 清潔保持困難。
- 歯が無い、義歯が合わず使用していない等、歯科治療に関する課題のある高齢者は多いと感じる。
- 歯が一本しかないなど口腔内の環境も悪く、適切な受診ができない。
- 通院が困難で口腔内を清潔に保てていないと感じる。自己で行うことができない（うがい・歯磨き）。
- 歯磨きなどの生活習慣が崩れやすい。
- 通いの場に認知症の人の参加も多いが、課題に対して個別指導をしても徹底しない。また、継続できない。
- 口腔内の清掃がおろそかになる、もしくは清掃しない。
- 義歯の手入れ、口腔内の保清が出来ない。歯を磨かない。

- 自歯のある方も増えているが、自歯のあることで口腔内のケアが大変になっている事例もある。
- 口腔衛生の状態が清潔でなくても認知症によりその状態を理解できず、ケアを行っているケースがある。適切なケアの方法を知らない。
- ケアできず、欠損し、歯根が残っている。汚れ（＋）指導しても独居で認知症を持つ方は、セルフケア不足に陥る。要支援1・2の方で、デイサービスでケアしてもらおうようにプランを作成しても、週1～2回のデイ利用では限界あり。
- 歯磨きが不十分。

⑪【義歯管理】

- 義歯の管理が難しい。(他 5 件)
- 義歯を紛失する。(他 4 件)
- 義歯が合わず、よくかめないままになっている高齢者も多い。
- 認知症で義歯を使用している方、清掃が適切にできない。義歯をどこにおいたか分からず、食事内容が偏る。
- 入れ歯を作ったが、使用していない方や入れっぱなしの方がいる。
- 入れ歯を使用しない。入れ歯をなくしてしまう。
- 義歯があっても着用しない。正しい手入れができない。歯科受診ができない 義歯が合わなくなる。
- 義歯をどこに置いたのかわからなくなり、見つけても合わなくなっていることがある。または、見つからないこともある。
- 入れ歯を作っても使用されないまま放置されているケースが多くある。
- 義歯を作っても、なくしてしまう。何回も作り直すことがある。
- 一人暮らしの方については、入れ歯の紛失が度々おこる。

- 入れ歯が合わず食事をしており、口内炎や歯肉炎などのトラブルがあるが歯科へ受診することがない。
- もの忘れにより上または下の入れ歯しか装着していないまま過ごしている。
- 義歯の取り扱いが難しい（無くしてしまう。はめてくれない）。
- 入れ歯が合わなくなり、そのまま放置しているケースがある。
- 独居の方は入れ歯の管理も難しく、特にケアが行き届かない。
- 義歯の取り扱いについて（調整・手入れ）。
- 入れ歯の管理等、難しい事も多く、治しても、どこにしまったかわからない。探してもかかびかびで使用できない事も現実多い。
- 家族が入れ歯の手入れを嫌がる方も多いので続かない事も多い。
- 義歯のとおり外し難しく、外せば紛失しやすい。
- 義歯や道具が正しく使用できない（紛失も含め）。
- 入れ歯は一度作ったら、口に合わなくなってもそのまま。
- 義歯を持っているが付けていない。
- 義歯の適切な管理（洗浄剤の使用など衛生管理、紛失防止、義歯誤飲など）について対策とサポート。
- 認知症の人の義歯使用について（管理の問題・衛生保持・使用の継続・義歯の始め時…等）。
- 入れ歯があわなくなってくると入れ歯を果物だと思い、入れ歯を付けることを嫌がるようになる。そうすると、軟らかいものしか食べなくなってきたり、噛む回数や栄養の減少や栄養の偏り等で認知機能の低下が進んでしまうことがある。
- 歯磨きや義歯洗浄が適切に出来なくなる。義歯をなくす。
- 義歯の調整など、何度か通院が必要な場合、合うまでの違和感や通院の手間から途中で止めてはじめてはしている場合もある。
- 義歯のケア。

- 義歯の手入れが行いにくい。元々の習慣で義歯を装着したまま寝る人が多い。総義歯なので定期健診には行かないと思われる方。
- 義歯が合わず、義歯を使用せず、食事摂取をしている方も多い。
- 義歯を外さない、または入れっぱなしの状態。義歯を装着しなくなる 食事量減少 体重減少 栄養・自歯や義歯の問題があっても歯科受診に繋がらない。受診出来ない。

⑫【認知症発症前を含めたかかりつけ歯科・定期的歯科受診の必要性】

- 認知症の方の内科や整形外科等、医科のかかりつけ医がいる割合に比べると歯科のかかりつけをもち、定期的な受診ができている方は少ないと感じる。認知症が進行してから、口腔ケアや歯科治療を始めることはハードルが高いし、定着に時間もかかる。
- 認知症になる前からかかりつけ歯科医を持つこと。口腔ケアの大切さが市民に伝わっていない。
- 認知症に理解のある歯科医も増えてきたが、認知症の方を治療のため連れて行っても不安がり、すぐの治療に至らないことで、家族として気が引けるとの家族の声もある。記憶の部分が低下したとしても、なじみの環境、人、雰囲気を作っておくことも大切で、その点でかかりつけ歯科医をもっておくこと（推進すること）が大事だと思う。
- ニーズ調査等を行っていないが、認知症の高齢者が増加傾向にある中で、歯科受診、通信困難なケースが見込まれ、口腔ケア歯科治療が十分に行われない可能性があると考えられる。認知症が発症する以前から成人歯科保健に関する知識の普及啓発や定期的な歯科通院（口腔ケア含む）等の重要性を感じている。
- 認知症になる以前の口腔ケアやかかりつけ歯科医への定期受診といった生活習慣を身につけていることが重要。

- かかりつけ歯科医を持たない方がいる。歯科医療機関が町の中心に1ヶ所だけのため、中心部が外れた所に住まれている分が移動手段がないために、受診しないケースもある。
- 認知機能が低下してくると、歯磨きがうまく出来なくなってくる。そうなるから定期歯科健診や歯科治療に結びつけようとしても拒否する人がいたり、経済的問題で歯科受診が後回しになることも多い。成人期早期からかかりつけ歯科医を持ち、定期健診の習慣がついている事が大事な事なのではないかと感じている。
- かかりつけの歯科がない人も多い。
- 認知症予防の段階で、日頃からかかりつけ医及び歯科医・薬局も持っておくことや、健診を定期的に受けておくことについての周知啓発、行動変容に向けた支援が課題。
- 認知症の人は、歯科治療を受けていない、もしくは長年中断している人が多い。
- 認知症の方は、口腔内や義歯のトラブルを抱えていても、医療放置・中断していることが少なくない。認知症の方に歯科治療を勧めためには、本人の意識付けだけでなく同時に家族の協力が不可欠である。認知症になる前から、口腔ケアや歯科治療の必要性について理解し、かかりつけ歯科医を持てるよう進めていくことが必要である。
- 治療ではなく口腔メンテナンス、予防の為に定期通院している方が少ない。治療が必要な程状態が悪くなってからやと受診している。
- 認知症の方に限定せず、高齢者の口腔ケアの課題として、歯科を受診していない。治療を続けられない。義歯が無くても食べられるという事をどう解決に結びつけることが出来るかである。
- 定期的な歯科受診をしている人が少ない。

- 高齢者が自らの歯で食事できることは、健康づくりにもつながり、嚥むことで認知予防となるため、本市でも健康増進計画において「高齢者の口腔機能向上」について掲げられている。そのため、歯科衛生士による介護予防教室を実施しているが、認知症の方は定期的な歯科受診や日々の適切な口腔ケアに繋がりにくい。
- 前期高齢者や、もっと以前から予防の意識を高める活動が大切。
- 認知症になるまでの口腔ケア（定期的な歯科受診やセルフケア）ができていないと、認知症になってから歯科口腔に関する症状が出来ても適切な受診やセルフケアにつなげることが難しい。子供の頃から歯科受診やセルフケアが習慣となっていれば、認知症になってからもかかりつけ医での診療を受けたり、セルフケアや介護者によるケアも受け入れやすいと思う。口の中を触られるのは不快で、不安もあるのでは若い頃からの習慣が大切と思う。
- 歯科に定期的に受診している高齢者の方が少ない。
- 高齢者における歯科の受診率の低さ。
- 元気な頃から歯科受診（定期）する習慣がある人は、認知症になっても歯科受診を継続しやすいが、もともと口腔ケアの習慣がない人は、口を開けてもらうことも大変で工夫や配慮が必要。
- 認知症の人だけの課題ではないが、定期的に歯科受診ができていない。
- 相談にいられた段階で、歯科受診を行うことは難しいことが多い。もっと早期からの予防活動が必要と思われる。

⑬【訪問歯科診療について：体制等】

- 訪問診療は、介護度が低いと対象とならない場合が多く、活用出来ていない。
- 訪問歯科診療等がいつでも受けられる状況ではないので、認知症の

方の口腔ケアや歯科診療について、介護する家族の方が必要性を感じても、受診にあたってのハードルが高く、負担も大きいのが現状である。

- 訪問歯科診療時に、認知症の方に対し、助言や指導することが困難。
- 認知症の方やその家族・支援者のなかで、歯科訪問診療の認知度が低い。
- 訪問歯科診療について、認知度がまだまだ低い。訪問してくれる歯科医も少ない。
- 受診が困難な方の受け皿（居宅療養管理指導や訪問診療を実施する歯科医療機関）が少ない。
- 他の介護サービスに対して、居宅療養管理指導（歯科、歯科衛生士）の導入割合が低い。
- 認知症の方への口腔管理の場では、コミュニケーションがとりにくい。時間と手間がかかる。本人の同意・協力が得られにくく、介入が困難なケースがある。町では毎年訪問歯科健診を実施しており、コロナ禍においてもニーズは以前と比べても減ることはなく、毎年新規の希望者が増えています。現在は町内歯科医療機関ほぼ全てで往診体制ができてきているため、治療につながってもスムーズな対応をいただいているが、Dr.の高齢化もあり、今後この事業、体制が継続していかれるかは課題の一つとなっています。
- 認知症の有無に関わらず、往診してくれる医院がないことです。
- 通院困難な方は、訪問歯科診療があるが、その対象も寝たきり、身体障害があり通院できない方になっており、認知症で、身体機能に支障がなく、単に閉じこもってる場合は、訪問の対象となるのかどうか、臨機応変に対応してもらいたいと思っている。
- 訪問で口腔ケア、嚥下評価も対応できる歯科Dr.も少ない状態。

- 往診できる歯科診療の在り方 高齢者が増加する中、通院困難となる
ことが予測されると、往診体制整備も必要になってくると思われ
る。
- 症状の進行に伴い通院が困難となった時に往診してくれる医療機関
が少ない。
- 往診でも対応出来ない内容がある（機材の関係）。
- 訪問歯科診療に一定のニーズはあるが、治療に必要な器具の都合
上、訪問のみで対応しきれない部分がある。
- 個別の診療や衛生指導の継続（訪問診療の充実）。
- 訪問歯科のハードルが高く、認知症の人も含め、高齢者全体の課題
である。
- 訪問診療についての周知。
- 訪問歯科診療について周知されていない。気軽に利用できない。
- 通院が困難なケース等への訪問診療等。
- 訪問歯科診療が周知されおらず、利用が少ない。
- 訪問で口腔ケアを行ってくれる歯科医師の協力が必要となってくる
と考える。
- 訪問歯科診療の充実。
- 在宅への訪問診療は可能ではあるが、設備がないことや歯科医師の
身体的負担があり、受け入れ先が少ない現状。
- 訪問歯科診療の利用件数が少ない。

⑭【訪問歯科診療について：地域資源】

- 訪問診療を行っている歯科が町内になく、外出が困難になった場合
の対応が難しい。
- 郡部に歯科医院が無い為、身近なところで通院するのが困難な状況
である。16km 問題により往診が出来ず、歯科医療の空白地帯があ

る。

- 町内に歯科医衛生士が少なく、訪問してくれる人が少ない。訪問歯
科の要望もあるが、対応出来る歯科医院が少ない。地域包括支援セ
ンターとして、連携した機関ではあるが、まだ連携が出来ていな
い。
- 訪問歯科診療の選択肢がないため、診てもらいたくても、受診を嫌
がるとそのままになってしまう。
- 歯科治療の往診が可能で診療所が少なく、できる治療も限られてい
る。
- かかりつけ歯科医師の訪問歯科診察が受けられない。
- 町内で訪問診療を実施しておらず、歯科受診のハードルも高い。
- 在宅歯科医が一家所しかない。
- 市内に訪問歯科診療の往診医が少なく、認知症の方のスムーズな受
診が難しい。
- 訪問歯科が少ないのも課題である。
- 積極的に訪問診療を行っている医療機関が少なく、自宅から出る事
が難しい人は、口腔に問題があっても治療する事が難しい。
- 歯科医療に関して訪問してくれる機関がない。通院できないorした
くとも病院まで行くことができない。
- 在宅診療をしてくださる歯科医が少ない。また、通常の診療の中で
も、認知症の方に対する診療に関して認識に差があり、一部の歯科
医に診療が偏っている。
- 訪問診療の体制もない。
- 通院の手段がなくなり、受診が難しくなる。また、訪問歯科診療の
制度があるにもかかわらず、制度の存在が知られておらず、治療に
繋がっていない。
- 訪問歯科がない。

⑮【介護・治療における歯科の優先度が低い】

- 内科や整形などが優先され、歯科への関心が薄い方が多いと感じます。
- 認知症の本人は認知症の症状で口腔内を清潔にすることが困難になったり、口腔ケアの必要性の理解も難しくなるため、日常的に介護をしている家族や介護者の口腔ケアに関心を持ち、本人の変化に気付くことが大切だが、排泄や入浴等の問題に比べて口腔ケアの問題は見逃されがちで、早期発見、早期治療につながりにくい印象がある。本人・家族に必要な支援として口腔ケアをプランに位置付けられていることも少ないのが現状であり、本人や家族に関わる支援者の意識を高めるような働きかけも必要だと考える。
- 認知症の方を支援する中で、口腔以外の課題が先に挙がってくることも多いので、実際に口腔の課題に介入するのに時間がかかってしまうことが多いと思います。
- 認知症の人に限った話ではないが、通院については家族の支援が必要不可欠であり、家族の協力なしには通院できない。口腔の重要性が本人や家族に認識されたいないためか、歯科受診は後回しにされている印象がある。
- 認知症の専門医への受診の方を優先しがちで、歯科受診にまで至っていないのではないかと感じます。
- 認知症の進行に伴い、整容が不十分となり、口腔ケアにも課題が出てきますが、様々な症状に対する対応等で口腔ケアまでアセスメントができていないことが現状です。
- かみ合わせや義歯の手入れ等のため歯科治療が必要だとしても必要性を理解してもらおうことが難しい。また、家族も歯科受診は後回しにしてしまう傾向があるように感じる。
- アセスメントの際に口腔の状態や口腔ケアの実施状況を把握するこ

とが難しく、生活課題として見落とされたり、後回しになってしまいう印象がある。また、口腔の健康が認知症の予防に重要であるというところも支援者側の知識や認識として、まだまだ普及していないという課題がある。

- ただ歯磨きをすれば良い、と言うことだけではなく、口腔内の観察や義歯をご使用している方の場合は、その管理も必要になるかと思いますが、ご本人の拒否が強い場合は、協力を得ることが難しくかったり、ご家族、ヘルパーさん、施設の職員の方々も日々忙しい中で、身の回りのお世話（身体に関すること）が優先となり、口腔に携わる時間をとることが難しいという話を聞くことが多い。
- 口腔ケアが大切なことは理解しているが、認知症の方へ口腔ケアを毎日できるような支援は難しい場合が多い。口腔ケア以外の介護ケアを優先しなくてはならない状況がほとんどである。
- 認知症発症者に口腔ケアを理解し実施してもらおうことが難しい。生活上の支援が優先され、口腔ケアは後回しになっている。
- 認知症の方や家族に対し、サービス調整がどうしても優先的になりやすい。経済的理由でも歯科関係は後回しになりやすい。また終始見守り、付き添いが必要であったり、理解力の低下で指示が入らないことから通常の歯科検診へ行くことも敷居が高い。
- 本人にとって経済的な心配事や家族の事、嗜好品に対するニーズが高く、口腔への問題意識は本人の中で優先順位が低い。
- 通所や施設型のサービスでは口腔ケアの提供が可能だが、訪問型のサービスが生活を支える際に口腔ケアまで手が回らないことが多い（ケアの必要な食後のサービスよりは、食事・排泄・内服などの時間にサービスを組むので）。
- 歯科は医科に比べ受診が後回しになりがち。認知症に限らず、歯科保健の向上が必要。

- 認知症の相談があった時に、かかりつけ医や専門医との連携が優先となり、口腔ケアを意識して対応することが、今までなかったです。
- 認知症の早期発見、早期対応も思う様に進まない中、認知症の人の口腔ケア等の課題まで対応できない。
- 認知症の人の口腔ケアや歯科治療についての仕組みができていない(検討する場もない)。徘徊やもの忘れなど認知症の周辺症状の対応に追われ、歯の健康にまで意識が行っていないのが現状。認知症になる前の本人の意識であったり、家族の考えにより差が出てしまっている。
- 医療機関への受診を拒む人が多いので、口腔内への治療まで考えられていない。
- 認知症と言うと、中核症状と行動心理症状への対応が主となってしまう。口腔ケアや歯科治療については、必要性は感じるものの直接の症状の対応と結びつきにくい。
- 認知症がある方は特に、認知症状 (BPSD) や、その他の生活行為 (排泄・入浴など) への対応に苦慮するケースが多く、口腔ケアや歯科治療への課題に行きつかない現状。地域ケア会議でも口腔ケアなどは重要とわかっていても、なかなかフォカスされにくい。
- 周囲の口腔ケアへの優先度も低いことで支援が得られにくい。
- 口腔ケアにまで目が行き届かない (認知症状の対応が中心になってしまう)。
- 定期歯科受診の優先順位が低く悪化してからの受診なるケースが多い。
- 対応困難な認知症の人 (医療機関未受診、周辺症状の強い人 etc) においてはなかなか歯の問題までたどりつかない。
- 認知症状や内科疾患の治療を優先する傾向にあり、歯科治療は後回しになることが多い。
- 日常生活の介助やデイサービス利用、入浴や排泄の介助は行いが、口腔ケアについては後回しになってしまう。
- 認知症の方の支援の中で口腔ケアや歯科治療は他の問題にくらべ、優先度が低くとらえてしまいがちで、アセスメントもしつかりできていないと思われる。
- 高血圧等で病院を受診している方は数多くいるが、口腔に関しては、義歯を作っていない。合わなくなったら調整せずに放置、歯科未受診等、認知症の有無に関わらず多い傾向にあるため、口腔ケアの必要性の普及啓発が課題である。
- 認知症の方に関わる際に、症状に対する困りごとにはばかり目を向けて口腔ケアや歯科治療に関するアセスメントが十分にできていない。
- 認知症の人の支援において、日常生活で目に見えやすい困りごとが目が向きがちであり、口腔ケアや歯科治療への支援が後回しになりがちである。
- 口腔ケアの必要性について、支援者側に認識はあるが、解決を急務とする課題が多く、手が回らないことが多い。
- 医療・介護サービスの導入や生活支援がメインで、口腔ケアや歯科治療に繋げるところまで至らない。
- 経済的な理由で、歯科治療が優先されないことがある。
- ケースとしてあがってくる事例は、困窮している人が多く、歯科治療や口腔ケアについては優先順位が低くなってしまっている。
- 認知症の方の生活環境や安否確認 (見守り体制) に重点が置かれてしまい、口腔ケアや歯科治療支援の優先順位が低くなってしまっている。
- 認知症の治療やケアが優先になり、歯科に関する治療やケアができていない。

- 認知症の人も含め、高齢者全般について、ケアプランについて、ケアプランに口腔ケアや歯科治療が位置付けられていないことが多く、優先順位が低くなっている。
- 本人、家族が、認知症の症状にとらわれ過ぎて口腔ケアに目が向かないことが多い。
- 歯科医院の受診が自分では難しく、家族の協力が必要だが、他の診療（内科や整形外科等の一般診療）に比べ、優先順位が後になってしまい、定期歯科受診ができていないケースが多い。
- 移動手段がなく、タクシー等は高額になるため、他の病院受診が優先されることが多いと思う。
- その他のケアが優先となり、口腔ケアに対する優先順位が低くなってしまう。
- 経済状況によっては歯科受診が難しい。複数受診を要す時は、内科を優先してしまう。
- 生活障害等、複数の課題が出た時の口腔衛生、ケアに関する優先度が低くなる。
- 他の課題が多い為、口腔ケア等は後回しになりやすい。
- 先ずは病識のない方への医療機関の勧めが優先され、その後介護サービスへと繋がり、生活状況が整ってから歯科の領域となるパターンが多い。
- 重度化してから受診することが考えられる。
- 認知症の方の生活が優先で、痛みや、食事が歯・口腔の影響で食べられないということが無ければ、口腔ケアの優先順位は低いと思われる。
- 認知症状が強いと、口腔ケアが後回しになりがちである。
- 歯科受診の優先度が下がる。またはなかなか受診になりにくい。
- 他の症状の解決が先になっており、口腔ケアが疎かになっている。
- 歯科治療における治療の優先度が医科と比べ低い現状がある。介護予防の観点からも、口腔ケアや歯科治療に関し、普及・啓発していく必要性がある。
- 特に在宅においては、口腔・歯科に関する問題は後回しになりやすい。
- どうしても生活を送ることが一番になるため、口腔ケアが後回しになりやすい。
- 口腔ケア、歯科治療の必要性は認識しているものの、認知症の診断、治療、衣食住の確保、金銭管理等、他の支援に比べて優先順位が低くなってしまう。
- 市が関わっている認知症の人はまず医療受診に目が行き口腔はフォローできていない状況がある。
- 口腔ケア、歯科治療に関する優先度が低い。支援者が必要と感じていても本人は必要を感じず受診につながらない。
- 口腔ケアや歯科治療は、優先順位が低くなりがちで、特にも認知症の人は、必要な治療につながらないケースが多い。
- 口腔ケアの優先順位が低くなりがち。他の課題解決が優先してしまう。
- 介護者が口腔ケアに関心がなかったり、口腔内は二の次になってしまったりするため、口腔ケアが不十分である。
- 介護施設での優先順位が全般的に低い。
- 認知症の方へは口腔ケア等よりも他に生じる問題が優先されがちのため、対策まで検討できていない。
- 精神症状、身体疾患の治療が優先され、歯科治療は後回しになってしまふ。また、一時的に介入しても継続されない。
- 内科的疾患よりも優先順位が低く治療に繋がっていないケースが多いように感じている。

- ケア会議においても、歯の手入れが行き届かず結果、低栄養に陥る事例も見られますが、どうしてもサポートする者や本人にとって優先度が低くなってしまいう傾向にあります。
- 認知症の本人や家族の歯科治療に対する認識不足の為、治療に対する優先度が低い。
- 認知症の方に限らず歯科受診は後回しになっており、受診につながらないことが課題。歯科治療は優先順位が低くなってしまいう。
- 食べられる物が制限されるが、何らかの物は食べることができると、治療の優先順位が低い。食事による低栄養など、全身への影響までは考えられていないため、後回しになりがちである。
- 認知機能が低下していることで、口腔衛生に関する認識が低下し、治療・ケアが後回しになってしまいう。
- 内科や整形外科などよりも受診の優先順位が低く、歯に不具合があっても放っておく方が多い。
- 内科が優先になっており、歯のことまでに関心がいついていない。
- 歯科治療の優先順位が低い（本人や家族）。
- 口腔課題や歯科治療は後回しになってしまいうが、医療機関への受診（口腔の）に行かない。
- 認知症問わず医者にかかるのが嫌だという方や、低所得を理由にからまない人がある。

⑩【歯科に対する理解・啓発（全般）】

- 認知症の発症に口腔ケアが大きく関連していることへの理解が少ない。
- 認知症の人に口腔ケア等の重要性について理解してもらうことが難しい。
- 認知症のある、なしに関わらず、口腔ケアの重要性に関する理解の

普及が不足しているように感じる。そのため、認知症の方が何らかの口腔ケアが必要な状態になった時に支援につなぐににくい状況となっているように感じる。

- 口腔ケアについては、介護予防教室等にて周知は行っているが、十分に周知されているかは把握できていない現状です。今後も住民の「口腔機能向上」及び「低栄養予防」等の研修会を開催し、周知啓発活動を進めて行きたい。
- 町内全16ヶ所の集いの場へ口腔に関する講話を実施しているが、なかなか歯科受診へつなげるまでには、至りにくい。
- 歯科医療の現場や高齢者自身が口腔ケアの大切さをなかなか理解してもらえない（福祉関係者からの意見）。また、歯科医師会と協議の場を設けたが、それぞれの考え方があり、難しいと感じた。
- 認知症に限らず、歯科に関する情報が浸透していない。健康教室に参加する方の関心度は高いが、口腔機能が低下していることに気づいていない方が多い。
- 後期高齢者医療広域連合が、76歳と81歳を対象として実施している歯科検診も県平均に比べ受診率が低いことから、当市の高齢者における歯・口腔ケアへの意識を高める必要があると考えています。認知症の方も同様の状況と思われます。
- 認知症の発症や進行と口腔ケアの関係性についての知識啓発。
- 口腔ケアに対する意識が低い。
- 認知症の方に限らず、当町では歯科予防や口腔ケアに対して意識が高いとはいえない健康課題がある。更に認知症の方については、ご自分のかみ合わせや口腔の状態について不具合があっても気づかず、やり過ごしてしまうことで重症化や全身状態に影響を及ぼす結果となるが、ご家族である介護者含め、そのような一連のつながりについては意識していない場合が多い。

- 地域での認知症予防教室や口腔ケア講座は行っているが、情報が届いていない人が多いため、そういった人にとの情報を届けるかが課題。
- 口腔ケアを重要視していない高齢者が多い。認知機能の低下段階に応じた歯科治療や義歯の使用の事など、切れ目ない支援を目指したい。
- 口腔ケアに対する意識が全体的にまだ低い。今後、ケアパスに入れ込む事も考えており、歯科専門職と連携していききたいと考えている。
- 義歯のため歯科医に行かないという方が多いため、口腔ケアに対する普及啓発が必要と思われる（認知症だけでなく）。
- 口腔ケア・歯科治療が認知症予防につながる事が周知されていない。
- 認知症の人の口腔ケアや歯科治療に焦点をあてた事はありません。自立支援型の地域ケア会議では、歯科衛生士に参加してもらっています。誤嚥性肺炎予防の為に、口腔ケアの普及啓発は必要と考えます。
- 口腔ケアや嚥下の重要さの知識不足がある。
- 口腔ケアと介護予防、認知症予防との関連性の啓発不足。
- 認知症の人への口腔ケア、定期的な歯科健診の必要性が浸透していないので、地域住民への周知は必要である。
- 認知症でない段階でも口腔の健康に関心を持っていない人が多い。
- 高齢者に対する口腔ケアや歯科健診の必要性の啓発。
- 認知機能が低下していくと、歯科治療が困難になるケースがあることから治療に至る前に予防的処置を取り組むなど、口腔機能の維持向上の取り組みが必要である。
- 口腔機能が低下していて、年齢が高ければ高い程、総入れ歯の人が

多い。村全体として口腔ケアの意識が低い。

- 口腔ケアや適切な歯科治療を受けることが、認知症予防に資するという周知（理解）が図られていない。
- 市民の口腔ケアや歯科治療に関する意識が低い。
- 認知症の方で口腔ケアに対し、意識が低いように関わりの中で感じる。認知症になる前からの意識付けが必要だと感じる。
- 意識が低いので周知方法等を検討する。
- 歯科に対する意識が低い。半年に一回、歯科受診している人が少ない。
- 認知機能と口腔状態との関連についての正しい知識の普及啓発をしていく必要がある（ケアパスに情報を掲載する等して発信している）。
- 住民や専門職へ普及、啓発活動が必要。
- 口腔機能の低下や衛生管理の不足による誤嚥の危険性、咀嚼力の低下、う蝕や歯周組織病変の重症化、口腔に関するアセスメントの必要性。

⑩【歯科に対する理解・啓発（本人・家族等）】

- 市町村での口腔ケアでは、本人からの拒否はないが、口腔ケアの必要性が理解されにくい。家族や介護している人に口腔ケアの必要性を理解してもらうことが大切（口腔は見落としがちになる）。
- 理想は診断を受けたら、今までの歯科の治療方針も検討してもらいたいと考えているが、口腔ケアにも治療にも家族は必要性を感じておらず、消極的である。
- 認知症の方やその家族から口腔に関する相談はほとんどない。口腔ケアや歯の健康については、介護予防（認知症予防）には大切。認知症になる前からの取り組みが必要。

- 本人・家族が口腔ケアや歯科治療に関心が低く、必要性を感じていない場合や関わる支援者の口腔ケアについての優先順位が低い場合がある。口腔ケアや歯科治療が十分できていないことで、食事摂取量の減少や偏りにつながり、認知機能低下、フレイルが進んでいる人がいる。
- 比較的元気な方は、口腔ケアに対する意識が高い。その為、周知する機会も多いが、認知症当事者や家族、支援者は認知症状や進行などへの興味や意識が高く、口腔ケアの大切さを伝える機会が少ない。
- 認知部会の委員である歯科医師会の先生から、部会開催当初より認知症の方の口腔ケアや予防という点での課題については話し合うことがあった。かかりつけ歯科医に長年通っていた方が、予約した日を忘れて来院されない、ということがあり、認知症の気づきという点で連携している。また、元々口腔内の清掃状態が良い方が認知症になって口腔ケアが十分にできずに口腔内の状態が悪くなることもある。毎年きちんと成人歯科健診を受診し、かかりつけ歯科医へつ市民の意識啓発が大切。在宅療養する中で、かかりつけ歯科医へ通えなくなった場合、訪問歯科診療を受けられることを知り、ご本人も家族も口腔内の状態に適したケア方法を知る機会がもてることも必要。予防の点では、歯周病予防やオーラルフレイルの重要性を市民に向けて啓発していく必要がある。
- 認知症本人への理解のある介護者でなければ、本人を歯科治療に繋ぐ事は難しいと考えます（本町に限ったことではありませんが）。そのため、住民への認知症理解の普及・啓発を広く行っていくことが必要だと思います。
- 認知症を含む高齢者全般において、健康状態や心身機能に口腔ケアがおよぼす影響を支援者が理解しておらず、軽視しているように感

じられる。また、歯科治療についても積極的に行動おうとする家族・支援者が少ないのは、理解不足の他、継続的治療を要することへの抵抗感や認知症の方への指示が伝わりにくい中での治療の困難さがあると思われまます。

- 受診拒否が生じたり、義歯も含めて自己管理が困難となる為、若い頃からかかりつけ歯科医を持ち、かかりつけ医との関係性も構築しておくことの重要性、口腔フレイル予防の理解が十分に浸透していない。
- 認知症の有無に限らず、歯科受診の必要性を感じている高齢者が少ないと思う（痛くなったら受診するetc）。元々の習慣がない人が認知症になったら、余計受診しないと思うので健康の時から意識付けが大切だと思いますが、注力して取り組んでいないのが現状です。
- 認知症の有無に関わらず、口腔ケア・歯科治療への意識は他の身体的疾患への治療・対策意識と比較すると低い方が多い。また、認知症の方は歯科治療を含め、医療を受けることへの抵抗が強かったり、必要性を感じておられないことがあり、継続的なケアを行うためには、家族や第三者によるフォローが必要である。
- 認知症の方が口腔ケアや歯科治療の必要性を理解することが難しい。治療してもその後のフォローが大変。ケアマネジャーの負担も大きい。
- 実際には口腔内の課題があっても、本人が課題と感じていない。例えば、義歯があわなるとか歯周病があっても、治療に結びつかず、放置されている事が多い。
- 受診の誘導や家族の理解。
- 本人が口腔ケアや治療の必要性を理解していない時、どう理解してもらおうか。

- 口腔ケアの必要性の理解が難しい。
- 歯は痛くなくなって歯科医院へ行くと認識しているため、定期受診しない（必要性を理解できない）。
- 口腔ケアについては、最後まで口から食べることを継続するために重要な取り組みであると感じる。しかし、認知症のケアに対する理解がなければ、なぜ、認知症の人が口腔ケアを行えなくなるのかに気付きにくく、口腔内のトラブルにより本人の精神状況が不安定になっていったとしても、それにさえも気づくことが難しいと思われる。口腔ケアの必要性や認知症の人がセルフケアできなくなることについてもっと普及啓発が必要だと感じる。
- 一般的に認知症の人が歯科受診することが難しいという理解はあるが、認知症の人やその家族から口腔についての心配等について聞きだせていない。認知症の人と歯科についての関わりまであまり手が出せていない現状。
- 本人が口腔ケアの必要性を理解しづらく、なかなか口腔ケアや治療につながらない。
- 口腔ケアの必要性が理解されていない。
- 認知症の方は、口腔ケアの必要性自体を理解しづらく、必要な支援へつながりにくい（元々、口腔ケアへの意識の高い人であれば、認知になっても歯科へ行ける。やはり若い頃からの習慣は重要）。
- 家族の啓発、往診対応のある歯科の啓発
- 認知症の方には、理解力が良くない方もおり、噛み合わせ（口腔ケア）や歯科治療の必要性を感じていない方もいます。同居する家族がいる場合、治療等へ連れていくこともできるが、独居や高齢者世帯となると繋げるのが困難な事例等もみられます。
- 認知症の人の家族が口腔ケアの必要性について理解してくれない。
- 認知機能の低下から口腔ケアの理解が得られず実施できないことが多い。自宅での介護に加え、口腔ケアの提案に負担を感じる家族が多い。優先的に検討いただけない場合が多い。
- もともと歯磨きやうがいなどの習慣がない人が多く、その中で口腔ケアの助言や指導を行っても理解が得られにくい。
- 生活習慣病の重症化予防と歯科衛生との関係性を理解してもらおうこと。歯の治療や義歯の装着の重要性を理解してもらおうこと。口腔機能の改善を目的とした口腔体操などのセルフケアの定着を図ること。
- 日々の口腔ケアが自身ではできていないと思われるケースがあるが、家族に課題意識がない等あるため、市民に対する口腔ケアに関する啓発が必要（歯科受診において本人だけでは理解・ケア困難であるため、家族同行受診を促すも、双方に必要性が伝わらないと同行が難しいと感じる事例があった）。
- 口腔ケア、歯科治療の講義の機会があっても、家族等は関心が低い。
- 口腔疾患や誤嚥性肺炎の予防には、口腔ケアが重要との認識はあるものの、あまり家族や本人自身、口腔ケアに対しての意識付けが低く、オーラルケアの重要性を伝えていく必要がある。
- 口腔ケアに関する住民の意識や口腔ケアの習慣は様々で、元々意識が低く習慣がない場合、認知症になってケアが必要になっても治療につながらにくい。
- 認知症の人から噛み合わせや痛みなどの自覚症状について、適切な訴えがなく、治療等の対応が遅れてしまう。家族や支援者は、本人からの訴えや食事量の低下など変化がない限り、対応しないなど口腔ケアについての関心・意識が低い。
- 認知症の人は、歯科受診を継続することが難しい。治療をするためには、家族の協力が必要であるが、家族に余裕がない場合が多い。

- 家族介護者向け具体的な支援ガイドがあると良いかもしれない。
- 歯科受診につながらない・口腔ケアが不十分などについて、家族の協力も得られない方がほとんど。
- 当町の課題や認知症の人に限った話ではないが、利用者・家族の口腔ケア・歯科治療の意識が薄いと感じる。地域ケア会議の事例において、入れ歯を作成し10数年以上経っているが「不具合がないから」と歯科受診を行っていないケースが多々見られる。また地域ケア会議のアドバイザーからの助言を受けて、ケアマネジャーが歯科受診を促しても実際に受診までに至るケースが少ない。
- 家族や本人、ケアマネジャー等がそもそも口腔ケアや歯科治療についての意識が低い。そのため、例えば、入れ歯を作ったらそれ以降のメンテナンスや定期診療がおろそかになっている。
- 認知症が進行していくと、歯科受診の必要性を本人家族が感じるこゝとが低くなり、受診拒否などから困難になることがある。
- 認知症の方の認識がなく、口腔ケアや歯科治療がうまくできていないことがある（治療の中断等）。
- 認知症の人のみに関わらず、入れ歯を作成していたが、現在は使用していない。歯科に行く必要性を感じていない人が多い。
- 認知症のご家族にとつて、口腔ケアは本人まかせとなっていることが多く、お口の困りごとがよほど大きくなないと、口腔への関心や歯科受診につながらない。
- 地域ケア会議等で、歯科受診を推奨されることは非常に多いが、本人・家族に受診の必要性を実感してもらえないのが難しく、受診してもらえないケースが多い。痛みや不具合がないと受診に繋がらない。
- 意欲低下等による食欲減退、口腔ケアへの意識低下・口腔ケアの必要性の理解を促しにくい。
- 介護抵抗がある人へのアプローチについては、家族が疲弊しないよ

うな知識・技術の提供・啓発が必要である。

- 認知機能低下から咀嚼、嚥下など食事を摂ることが難しくなることを家族は理解したり、認めたりすることが難しく、入れ歯が合っていないのではないかと入れ歯のせいにして何度も歯科受診する場合がある、など。
- 独居や高齢者世帯が多く、歯科治療の必要性に対する認識が乏しい。
- 認知症当事者の歯の手入れに関する必要性の認識が薄い。
- 入れ歯が合わなくなればそのまま使用しなくなり、歯茎で食べべてる方もいる。口腔に関する意識が低い。

⑩【歯科に対する理解・啓発（支援者）】

- ケアマネジャーがついているとしても、ブランチの中に口腔のことはほとんど記載なし。認知の有無に関係なく、口腔ケアの必要性への理解が低い。
- 認知症の人には、歯科受診の必要性について理解して頂くのは難しいため、同居する家族などが受診を促す必要があり、周囲の支援者の力量が求められる。
- 施設では介助者・支援者が口腔ケアに関する具体的な対応や方法（口腔内残渣の取り除き方、口を開けられない人の口のゆずぎ方等）について、正しい理解や知識、技術を学ぶ機会がない。
- ヘルパーの口腔ケアに対する意識が低い傾向にある。口腔ケアに直接携わる機会の多いヘルパーを対象に、口腔ケアに関する研修を実施しているが、ケアマネジャーに比べると参加率が低い（個人で開業している事業所では、体制的に研修を受講しづらいことも一因として考えられる）。最新の知識や技術の不足から適切な口腔ケアがなされず、誤嚥性肺炎等を引き起こすリスクが考えられる。

- 在宅、施設ともに、介護者や一般の支援者は口腔機能の評価ができない。例えば、食事を摂れなくなってきた方について、口腔機能の問題を想起できる介護者は少なく、食形態の工夫・改善という面に意識が向きがち。また口腔の問題が把握できても評価ができず、専門職、専門機関につなげられない。対処方法の知識・技術も乏しく具体的な対処に至らない。食形態の工夫の方が実践しやすいため、口腔に関する支援が広がらない。
- 8020達成者の割合が半数を超え、認知症になっても残存歯数が多く、また、インプラント受療率の増加により口腔内の環境が多様化し、以前に増して高齢者の口腔ケアの重要度が高くなってきている。それにより要介護となった場合、セルフケアが難しくなるため、介護者によるケアが欠かせない。しかし、介護者の歯科への理解度のバラツキにより、口腔環境また摂食嚥下機能に格差が生じている。
- 口腔ケアについて住民啓発をしているが、専門職に向けた啓発や、具体的な支援方法についての研修会を開いていない。
- 現在、ケアマネジャーとの連絡会議を開催しているが、議題としてあがっていない。自立支援型地域ケア会議でも個別ケース議題としてあがらない。
- ケアマネジャーや介護専門職の口腔ケアに関する知識・技術の向上。
- 包括職員、介護職に口腔ケアの必要性、確認する意識がまだまだ薄い。
- 口腔ケアに関する情報提供、定期的な口腔管理や合併症の早期発見、早期治療・認知症のある方との意志疎通や対応力。
- 容態に応じた口腔ケアを行えていない（例：自分で磨く～サポートを受けながら等、姿勢（座位保持）できる。サポートが必要、臥位

- 等)。
- 認知症の人の支援者が、認知症状への対応や権利擁護に関する支援に追われ、口腔ケアや歯科治療という広い視点で関わっていない現状がある。
- 口腔ケアが習慣づいていた認知症の方が、自分でのケアが難しくなってきた場合に支援に入って下さるサービス事業所への手技や知識の普及。
- ケアマネジャー、介護保険事業所等の口腔ケアに対する認識を高める必要がある。
- 独居や家族がいても、口腔ケアの必要性について認識が低く、日々の口腔ケアや、治療が必要であっても治療に結びつかない方がいる。
- 口腔ケアに積極的にとりくむ通所介護事業所は増えてきている。しかし、訪問看護、訪問介護のスタッフは口腔ケアや口腔機能向上へのとりくみが少ないのが現状。ケアマネジャーもケアプランの中に口腔ケアや口腔機能向上に関する記載が乏しい。研修は再々行っているが、必要性を感じていないように思う。
- 在宅でいる認知症の方への口腔ケアが不足している。介護している人の認識が不足している。
- 口腔に関するアセスメントがケアプランに反映されていないことが多い。
- 認知症の人に限らず、高齢者の人の口腔ケアに対する意識に格差がある。特に認知症になると口腔の痛みや義歯の不具合などに気付きにくくなり、歯科受診になかなかつなげていない状況。地域ケア会議（個別ケースの検討）において、歯科医師に参加してもらったとケアマネジャーなどが気づいていない課題に対して、助言等を頂けるので、非常にありがたく感じている。

- 高齢者に関わりがある介護者や支援者（ケアマネジャー等）の口腔ケアの知識が不足している。
- 認知症の人に限らず、高齢期の口腔ケア・治療・日常管理については、専門職の人にもまだ関心が薄いと感じます。専門職の知識の底上げが、まずは必要かと思えます。
- 担当するケアマネジャーが口腔ケアの意識が高ければ、歯科へと繋がりますが、そうでないとそのままと言うケースも多い。ケアマネジャーへの口腔ケアの知識の普及も今後必要と思えました。
- ケアプラン作成時、評価時等に歯科領域まで反映されているケアマネジャーは少ないと思います。口内環境が、嚥下や栄養状態だけでなく、全身に影響を与える事を周知する必要があると考える。
- 介護をする側が口腔ケアの重要性についての知識が不足している（お金がかかるので治療の必要はない。口から食物を摂っていないので、必要ないなど）。
- 口腔ケアについての知識が乏しい。
- デイサービスの事業所において口腔ケアが必要人に取り組みたいと思ってもケアマネジャーの理解が得られないことがある。ケアマネジャーは「自分で磨けているし大丈夫」と思っているが、磨き残しが見られるケースや、入れ歯の手入れが不十分なケースも多々ある。
- 支援者に口腔管理への対策に対する認識が薄い（ケアプラン等にはほとんど反映されていない印象である）。
- 定期的な歯科受診や必要に応じた歯科治療を行えていない。認知症の方の症状に応じた支援の仕方が徹底できていない。必要性を支援者側が理解できていない。
- 個別ケア会議の中でも専門職より口腔内の清潔について感染対策、重度化予防、咀嚼する事で脳の刺激などに繋がる。毎回同じような

意見をアドバイスして頂いている。

⑲【家族の介護負担について】

- 認知症になると自身での口腔ケアが難しくなるが、本人任せにしていく家族が多い。
- 同居の方がおられても息子だと難しいことが多い。
- 認知症の人に限らず、口腔ケアの方法はそれぞれの人のやり方に違いがあり（自己流）、効果的な方法の周知や、ご本人ができない場合、家族が支援できるかどうか（方法の理解、支援できる時間があるか、ご本人の拒否がないか）、課題であると思います。
- 歯科治療を認知症者が理解することが困難のため、家族が治療について積極的に支援出来るか。
- 家族の支援を必要としている。
- 家族も日々の生活援助や認知症への対応でいっぱい、いついばいの感じである。
- 多くは配偶者（高齢者など）が、口腔ケアを支援しなければならぬが、十分なケアが難しくなる。
- 本人だけでは管理が難しい。家族の介入も必要。

⑳【課題を把握できていない】

- 訪問診療も行われているが、本当にお困りの方が医療や介護による歯科ケアを利用できているのかさだかではない。
- 認知症を有する方や要介護の方に対する口腔ケアや歯科治療については、マンパワー不足もあり、積極的な検討ができていない。
- 認知症の有無に関わらず、主な症状への対応に視点がいつてしまっているか後は後回しになってしまう。

- 認知症の本人・家族ならびにケアに従事する支援者において、認知症に関する診療や身体の不調に直結しやすい内科・外科への受診、日常生活への対応などと比較すると、口腔ケア歯科治療は疎かな現状にあると認識しているが、明確な課題分析や対策には至っていない。
- 認知症の方の口腔ケアについての状況が把握できていない。
- 認知症の方の口腔ケア、歯科治療の実態が把握できていない。
- 認知症の方の口に関することはまだ課題自体把握できていないため今後、地域ケア会議等検討していく場で、探っていくららと思う。
- 認知症の人やそのご家族の口腔ケアや歯科治療に関する困り事などを把握できていないことが課題です。
- 認知症の人の認知機能低下に伴う「口腔ケア不十分」「義歯装着ができない」等の課題等が想定されるのが現段階で明確な課題を把握していない。
- 認知症の人の口腔ケアや歯科治療において地域での現状把握が行えていないことが課題としてあります。
- 認知症に限らず、どのくらいの高齢者が口腔に対して課題を持っているのか、不自由に思っているのか、把握できていない。常勤で歯科衛生士やSTがないため、相談しにくい環境にあると感じる。
- 認知症の人の口腔ケアについて、ご家族等のサポートしてくれる人たちも、きちんと把握出来ていないのではないかと思います。そのような状況の中で、公的な支援事業を検討して行く上で、実際に聴き取り等を実施して行く事が必要だと考えますが、まだまだ手付かずの部分であると言う課題があると認識しています。
- 認知症の人の口に関する困りごとに関して、現状やニーズを把握できていないこと。
- 認知症の人の家族等から相談を受けることはないが、そもそも実態

を把握していないことが課題か…。

- 認知症という疾患に着目してしまい、口腔ケアや歯科治療についての情報収集、状況把握ができていない点。
- 担当がついていれば、個別に把握したり、対応は可能であるが、認知症の方全員の把握は難しい。
- 地域ケア会議等の中から、認知症の人が定期的な歯科受診をしていない事例があることは把握しているが、それ以外の実態がわからないう事が課題である。
- 詳細なデータや課題を把握していない。
- 実態把握ができない。
- 歯科治療については、ケアマネジャー等により歯科医師会地域連携室と連携し、対応が図れているが、日頃の口腔ケアや予防的アプローチについてはニーズの把握が行えてなく課題。
- 歯科医師、歯科衛生士が参画していないため、課題把握ができていない。
- 課題の把握ができていない。
- まだ実態を把握することができておらず、課題の抽出まで至っていないのが現状です（認知症の方の口腔ケアや歯科治療に関して）。
- マンパワー不足。
- 口腔ケアが必要な人の把握ができていない。家族や介護サービス提供事業所の人が、認知症の人の口腔状態を把握していないことが多い（口腔内を見たことがないと言う人が多い）。
- 認知症の方の口腔に関する状況把握をしていないため課題が明確になっていない。
- 認知症の方の口腔ケア歯科治療の状況の把握ができていない。
- 認知症の方の口腔ケアや歯科治療の状況について把握出来ていない。

- 歯科治療を受けている認知症の人の状況が把握できていない。今後、歯科医療機関との連携が必要。年に一回、歯科保健担当者会議が開催されているが、認知症含め高齢者の現状を共有する場となっていない。
- 口腔内の課題を把握するのが困難である。
- 市としての実態把握・課題について分析、明確化できていない。
- 在宅歯科診療について介護関係者が知るようになってきた。歯科医師会地域連携室の地道な活動の成果だと考える。具体的な課題については把握していないが、地域住民がかかりつけ歯科を持つようになってきたと感じる。
- 口腔衛生が把握できていない。セルフケアの有無に関しても。
- 口腔や歯科治療が必要な認知症の人を把握できていないこと。・治療が必要な場合の受診へのつなぎ方（足の問題等）。
- 医療機関へ受診が難しい方には、訪問歯科相談を実施しているため、認知症に限らず事業を活用いただく中で、認知症の方の口腔ケアや歯科治療の課題を把握したいと考えています。
- ニーズを把握しきれしていない。
- 個別ケースの困りごとはあるものの、市全体の課題を見出すまでに至っていない。
- 基本チェックリストによるスクリーニングが困難であること（当区では、約20%が「リスクあり」という判定になる）。実態把握が困難であること 定期的な受診ができない、義歯の手入れが正しくできない等あるが、実際にどれくらい困っている人が抱えているかが不明。独居認知症の人への支援が困難であること（本人の自覚がなかったり、支援者がいなかったりするため）。
- 口腔ケアや歯科治療に関する全体的なニーズや課題の収集が難しい。

- 認知症の方のお口の健康について把握ができていない。町内にある介護予防サークル（11ヶ所）には認知症やMCIの方が参加している一方で、そこで聴き取りできるか…。サークル参加にあたり、新規の方には口腔検査（歯科衛生士による）を受けて頂いている。
- 認知症の方が口腔ケアや歯科治療に関してどのような課題を抱えているか把握していないこと。
- 認知症の人の口腔に関する困りごとについて具体的に把握できていない。
- 認知症の人の口腔ケアや歯科治療の現状の把握ができていない。
- 75歳以上全員にオーラルフレイルについての事業案内を送っているが、通知文を見て反応した方が対象となるため、認知症の方が反応できるとは限らないことは課題である。
- 認知症と診断されている方がきちんと歯科治療を受けられているかどうかの実態を把握できていない。
- 独居の認知機能低下の方の口腔衛生状態の把握が困難（入れ歯・歯の手入れ有無の確認をしても不明であることが多い）。
- 独居の場合、口腔ケアの実態把握が難しく、ニーズや課題の抽出ができていない。
- 実態把握の機会がない。
- 地域ケア会議等で認知症の方の対応について、検討する機会が多いが、口腔ケアの実態や課題の把握はできていない。
- 少なくとも課題が存在すると思われるが、実態が十分把握できていない（関係部署や関連団体との情報共有しながら進めて行く必要がある）。
- 重要性は感じているが、認知症の方の口腔ケアについてのニーズにどのようなものがあるか、またどの程度あるのかといった現状を把握できていないことが課題である。

- 口腔ケア・歯科受診等が適切に行えているか。
- 認知症の人に対する対応などを検討する際に、口腔ケアや歯科治療を含めての検討とまでは、いたっていません。歯科治療の情報も大切なことであるため、今後認知症対応を検討して行く中で、取り上げていければと思います。
- 認知症の人の口腔ケアや歯科治療に関する課題を認識出来ていない事が課題。
- 認知症の人に特化した口腔ケアや歯科治療について着手していないため、現状が不明である。
- 通所サービスや入所施設などでは口腔ケア等をうけているが、在宅では通院している。きちんと治療できる環境か、どんな課題があるかはよく分かっています。
- 具体的事例があった訳ではないが、認知症で独居の方が歯科に通えなかったり、口腔ケアが不十分になることは予測でき、対策を十分検討できていないので、今後の課題であると思います。
- 課題はあるのだろうと思うが、「認知症の人の口腔ケアや歯科治療」に関する問い合わせや相談等はあまりなく、具体的な課題は分からない。情報がないことが課題である。
- 現在、女川町にて役場窓口や包括支援センター窓口での口腔ケアについての相談はない（入れ歯を失くした・歯医者に行くのは大変との相談はあり）。しかし、実際には歯を磨けない。入れ歯を洗っていない方はいる（認定調査時及び包括支援センター職員より確認）。現状として、マスクを常に使用しているため、顕著に表れていないが、歯垢や口臭の問題は存在していると考えられる。但し、この問題は認知症の方以外にも共通していて、たびたび見られるが、家族が問題視しておらず、町として急速に解決すべき課題とは考えていない

い。

- 認知症の人の口腔ケアに注目していなかったという課題がある。
- 課題は何となく想像はできるが、認知症の方の口腔ケアや歯科治療に関する課題について、市として調査し明確にできていないこと。
- ニーズ、実態がわからないことが課題。
- 認知症のある人に限らず、高齢者の歯科衛生に関する実態が不明。
- 当町ではライフステージに応じた課題はとりあげていますが、特定の疾患における課題については協議しておりません。
- 困りごととして課題は具体的にない。居宅療養管理指導を利用している方はあり、今後、歯科医師、歯科衛生士と話せる場を設けたいと思う。

㊦【認知症ケアパス・認知症初期集中支援チームについて】

- 認知症ケアパスは作成しており、相談先名称の記載はありますが、詳細な情報は掲載できておりません。
- 認知症初期集中支援チーム、地域ケア会議について歯科医や歯科衛生士が参画していないが、必要に応じて参加してもらっている。
- 認知症支援における口腔ケアの課題は、現時点で優先順位の高い課題とはとらえておりません。
- 認知症初期集中支援事業において、口腔内の清潔を保つことができ、ない対象者の清潔を保持するための支援を検討しても、拒否されることがある。本人の本来の価値観によるものなのか、認知症により理解ができていないことによるものかが不明で、対応に苦慮するケースが多い。
- 認知症ケアパスに情報を掲載する必要があること。
- 初期集中支援チームのチラシを歯科医院へ渡して周知してはどうか。

- 認知症ケアパスに口腔ケアや歯科診療についての記載がないことについては、今後解消する手立てを講じる予定である（市の指定管理施設に「かざぐるま休日急患特殊歯科診療所」「さざんか特殊歯科診療所」があり、ともに（公社）船橋歯科医師会に受託していただき、要介護高齢者や障害者の歯科診療や口腔ケア事業、訪問歯科診療事業に力を入れていることもあり、これらの情報を的確に認知症ケアパスに反映出来ればと考えている）。認知症ケアパスには紙面構成上の問題で掲載はしていないが、在宅医療・介護連携のための任意団体「船橋在宅医療ひまわりネットワーク」にて発行している「船橋市在宅医療・緩和ケア・リハビリテーション提供機関マップ（"ひまわりマップ"）にて掲載している歯科診療所の情報に「重度認知症」対応可能な機関が分かるように掲載している。
- 認知症ケアパスの図の中には歯科医療は含まれていないが、パンフレット内には、かかりつけ歯科医をもつことについて掲載している。認知症の人の支援において、口腔ケア・歯科治療を意識して取り組めないのが現状。
- 認知症の普及啓発の中に口腔ケアや歯科治療に関する内容がほとんどない。
- 認知症ケアパスに認知症予防における口腔ケアの必要性を掲載しているが、具体的な課題抽出と治療や口腔ケアの支援へはつなげられていない。
- 今後、認知症ケアパスの改訂を予定している。認知症と口腔ケアについての内容を追加して掲載するため、関係機関と検討や調整を進める中で、課題を明確にして行きたい。
- 初期集中に歯科衛生士を配置しているが、高齢者全体としてみるときに、歯科受診をすることへ意識が低い印象があり、受診することへのハードルがあると思われる。

- 認知症や体調等に目がいき、歯・口腔状態までサポートをケアパス、計画策定時にのせることができていなかったことが課題。

㊤【連携について（歯科専門職）】

- 認知症の方は、セルフケア能力の低下により、口腔機能低下のリスクが高くなる一方、歯科への通院によるこまめな口腔機能の管理も難しくなる場合が多くなることから、今後は、かかりつけ歯科医や歯科衛生士等が口腔ケアに関する支援等において、本人や家族、関係者に対し、積極的に関与する体制の構築が課題であると考えられます。
- 北海道が主催する在宅医療・介護連携推進事業にかかるとの会議体には、医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等と共に歯科医師会も参画し、近隣市町村と課題を協議する環境はできているが、地域に訪問歯科資源が乏しく、訪問歯科衛生士もいないため、現場レベルでの連携はまだまだ進んでいない状況。
- 精神科主治医と歯科医連携がどの程度出来ているか。包括支援センターとして把握は出来ていない。
- 歯科医師会から地域ケア会議（個別会議）参画の協力をなかなか得られない（行政所属の歯科衛生士に参画してもらっている）。
- 義歯が必要であったり、使用していても不具合がある方に歯科受診を勧めたいが必要性を理解していただくことが難しい。地域でより個別ケアを充実させていくためには、歯科医師、歯科衛生士といった専門職が必要。
- 認知症の有無に関わらず、口腔ケアの重要性についての理解度は個人差が大きい。口腔ケアは重症化予防の大きな柱であり、介護予防事業の中でも重要視しており、歯科医師会、歯科衛生士会等と町ぐるみの対策が出来ないか模索中である。

● 今後高齢者の口腔フレイルが更に問題となってくるが、口腔機能や咀嚼を診たり、相談にのってくれる機関や設備が整っておらず、現状の歯科診療の枠組みでは難しい。

● 歯科医師会や歯科衛生士会との連携は、医科や福祉関係者に比べて難しい。また、情報共有やケース相談のためのツールを立ち上げたが、歯科の関係者から、その ICT を積極的に活用する姿は見られず、今後、保健事業と介護予防の一体化が始まり、口腔フレイル予防あるいは重症化予防に取り組み際、医科や地域包括支援センターとの情報連携が困難となる。

● 歯科医師会との連携不足もあり、認知症の方を受け入れている市内歯科医療機関の実態を把握できていない。市民から相談を受けた際、確実な情報提供が難しい状況にある。

● 認知症が疑われる方の、医療機関・歯科医療機関・行政の連携が難しい。歯科受診時に疑わしい場面が見られても、個人情報保護の面から情報を提供してよいものか迷うとの意見をいただいている。行政としては、情報を得ても関わるきっかけが難しい。

● 入退院支援の情報連携におけるお口の状態を情報共有すること。

● 専門職が連携する上で、歯科衛生士や歯科医師と顔の見える関係をつくり、お互いの困り事を理解すること。

● 歯科医院では「なんとなく認知症？」と気づかれることもあるかもしれないが、歯科医院だけでは対応に限界があり、地域と歯科医療の連携が必要。

● 高齢者の医療機関利用については、食事摂取に影響する歯科受診をしている方は、多いと思われる。来院される方で認知機能の低下を疑う人がいたら、本人や家族に相談先等を紹介して頂きたいが、その辺りの関係機関の連携体制が不十分。施設入所者は、訪問歯科診療が定期的になされているが、在宅の方の状況は把握出来ていな

い。

● 歯科専門職とケアマネジャーの連携は、まだ少ない。

● 認知症施策に関して、歯科医との連携ができていない。

● 医療、介護サービスマップは別途作成しており、年に一回全戸配している。認知症等で通院が困難な人へ対して、歯科訪問をしている。しかし、在宅歯科診療の体制は難しく、行政がとりまとめている状況である為、在宅診療（医科）のような機関が出来るのと口腔ケアの必要性等が定着してきているのではないかと思う。

● 認知症の人の口腔ケアを支える仕組みが乏しい。

● 認知症の人の口腔ケアに関する支援や、家族・ケアマネジャー・歯科医師での連絡体制が構築できていない。

● 歯科医師会との連携。

● 認知症の人に限らず、高齢者ケアに関わる医療・介護関係者が歯科・口腔に着目したアセスメントやケアを、チームで行うという視点や連携の仕方が確立していない。

● 嚥下機能低下も起きてくるが、体重や口腔機能などを含めて、全身を診てくれたり、相談できる先がわからない。

● ケアマネジャーとの情報共有など、連携体制が課題。

● 支援者と口腔ケアについて協議する場がない。

● 認知症が軽度なうちから口腔機能の評価や処置の出来る体制の構築。理由として、義歯作成において、咬合の位置を決定するなどの処置に困難さがあるため。また、口腔清潔のための能力低下があることから、口腔機能の著しい低下や全身状態の悪化につながるややすいため。

②③【連携について（歯科専門職以外）】

- 在宅の訪問の場合、顔を覚えてもらえないことや、次の訪問の約束が本人には難しいため、ケアマネジャーや施設職員・家族との連携が必要である。また、口腔機能の維持や口腔ケアの継続をするためには、家族や多職種との連携が重要である。

- 県医師会により、歯科診療現場での気づきを包括等へ接続するしくみを検討されたが、実際の運用がほとんどない（毎年、研修会は開催されている様子）。

- 認知症の人の食事や口腔ケア・治療について、本人・家族による管理では不十分であることが多いが、介護に関する専門職で対応しており、歯科の専門職に十分に相談できていない。個別のケースについて日頃から相談・連携する体制・関係づくりが十分行えていない。

- 独居、地域とのつながりの希薄で、介入拒否ケースの場合、多職種で連携し支援するが、対応が困難。

- 歯科医師会と連携をとるにも、ケースが出てこない。口腔ケアの大切さが周知されていないのかもしれない（8020運動はしていても認知症との関係は知らない人が多い）。

- 訪問看護の指示書に入りにくい（医師の判断）。

- デイサービス事業所等と連携した口腔ケアの取組。

- 歯科診療に軽度認知障害（MCI）の人が来ることがある。家族にどう伝えたらよいかわからない。地域包括支援センターへ行ってもらうこともあるが、どうサポートすべきか教えてほしい。

②④【全身との関連・栄養等について】

- 義歯管理、口腔衛生管理、オーラルフレイル等、特に独居の方。

- 新しく作った義歯が合わないや古いものを使う。古いものもあわ

ないので、外してしまい、義歯なしで食べる。硬い物が食べにくい。食欲が落ちる。

- 食事摂取に関する問題も抱えているケースも多く、口腔ケア対策は課題である。また、理解度が影響し、必要性をわかってもらいにくい方などは対応も困難である。

- 認知症となったことで口腔ケアをしなくなり、口腔機能の低下から適切な食事摂取が出来なくなるケースがある。

- 食べ物が噛めずに軟らかい物を食べbody重減少に繋がっている（オーラルフレイル）。

- 口腔ケアや歯科治療が適切に行われていないケースでは、「食」に対する意識低下、食事摂取に関する機能低下が予測されます。認知症の進行にもかかわることなので、適切な介入が課題と感じます。

- 認知症の人は、認知症でない人に比べて誤嚥性肺炎による死亡が多いことが KDB データから明らかになっている。しかし、この課題に対する策が施されていない。

- 認知機能の低下から、食事内容やリズムが崩れ、低栄養や口腔内の不衛生になり、口腔機能が悪化。そこからますます食べられない等があるが、独居で近くに身内の方もいない場合、継続したケアや治療に至らない。

- 口腔内の健康が疎かになると食べられなくなり、負の連鎖が起こることを認識して欲しい。

- 栄養状態と口腔状態に課題がある者について、口腔に関する支援の合意を得ることが難しく、効果的な栄養改善を実現することができない。在宅で生活されている認知症高齢者について・認知症の人の日々の口腔状態（歯磨きの実施）を確認すること。

- 食事が入りにくくなった原因が、かみ合わせ不具合であったり、虫歯痛へつながりにくい（訴えがない為）。

- 義歯の調整がうまくいかず食事摂取に支障が出る。
- 認知機能の低下により、歯周組織の慢性炎症状態、口腔機能の低下による低栄養などが進行し、誤嚥性肺炎を含む肺炎罹患に繋がったり、筋力低下による生活不活発病を招いている。また、自立している高齢者でも、オーラルフレイルに関する知識の不足もあり、今後も予防について周知が必要である。

㊤【地域資源・特性に関連する課題：歯科医療機関・人材】

- 歯科衛生士の人材不足。
- 村に歯科医院が無いため、近隣の市町の医院に行かなければならず、行動障害のある方は家族が連れて行く事ができなかつたりするため、歯科治療が中断している事例もある。
- 人口、面積狭小自治体であり、開業歯科医が0件、また、地域（歯科医師会）が訪問診療に消極的、歯科衛生士の就労数も県下で最少エリア。認知症だけでなく地域としての将来の展望がつかない。
- 常勤の歯科衛生士の雇用がなく、歯科に関する健康課題の分析や取り組みが不十分。
- 資源が少なく、協力機関が限られている。
- そもそもスタッフ（歯科衛生士や言語聴覚士）が足りていない。
- 我が町では、この10年間の間に歯科医院が63と半減しました。閉院した歯科医を受診していた方が治療を受けず放置となっている可能性があまりあります。今後状況を確認したり、口腔機能に対する事業の検討をしているところです。
- 町内に歯科医院1軒、歯科医1名という状況下で、地域ケア会議等への出席が難しい状態である。
- 認知症の方に限らず、地域の歯科医院が減少し、訪問歯科も。南那珂での対応で行われている。歯科治療などに行けていない。

- 口腔ケアについて専門職が不在。
- 課題について検討、支援するための専門職（常勤）が担当部署にいない。
- 町内には「歯科」が一ヶ所のみで、医師1名。夜間や訪問は対応なく、対象患者は限られてしまう。隣町（約10km）の自動車移動が必要)には、複数の歯科・口腔外科があり、移送支援（介護サービスや町単独サービス）で受診する患者もいるが、「町外への通院」ということは、本人や周囲の携わる人（家族や関係スタッフなど）にとっては、やはり大変なことであり、口腔ケア・治療の優先順位を下げてしまう傾向がある。
- 村内に歯科がないため、近隣市町村の医療機関に頼らざるを得ない状況である。
- 独居や老夫婦世帯の認知症の方の口腔ケアを行き届かせるのは難しく、また人材不足によりヘルパー、訪看でのフォローも現実厳しい状況です。義歯の管理も難しく、所在が不明になり、一緒にゴミ箱を探す事もあります。歯科医院も少なく、認知症で治療にうまく乗れない方などは、最初からあきらめざる事もあります。
- 専門職として認知症のことが分かり、歯科についても詳しいNsのような人材が不足している。
- 歯科医院がある地域に限られており、移動手段が制限される認知症の方やその家族には通院が困難なケースがある。
- 口腔ケアや歯科治療に関する関心が低く、十分なケアができていない状況にある。町内に歯科医院は1ヶ所で歯科衛生士もいないため、認知症の方に限らず口腔ケアについて課題が多い。
- 他市町村では歯科衛生士が自宅へ訪問しているところもあるが、東員町では行われていない。
- 町内に歯科医院が1ヶ所であり、歯科の専門職が不足している。

- 認知症の人で、一般の歯科医院への通院が難しくなっても、障害者歯科事業として認知症の人への歯科治療や口腔ケアを行っている(火・水・木曜日 14時～16時 会場 2 か所)。また、市歯科医師会で在宅の訪問診療事業も行っている(月～金曜 13～15時)。これらの事業の存在が市民に完全に周知されていないため、さらに周知が必要である。
- 市内の歯科医院のうち、約半数が市と医師会が共催する「認知症支援リーダー養成研修」を受け、受講後は、認知症について気軽に相談できる窓口としての「認知症ほっとライン事業所」の設置に協力いただいているが、協力歯科医院の増加や質の向上が課題となっている。施設等での認知症の人の口腔ケアに関わる人材の資質向上のため研修機会の創出が課題である。
- 市内で在宅診療やターミナル期のケアなどに積極的に関わることでできる歯科医師が少ない。
- 認知症の人に限らず、村内に歯科のクリニックが無く、村外の歯科に頼らざるを得ないが、距離数の制限のため訪問診療をしてくれる歯科もない。
- 認知症に限らず歯科医療が町には存在せず、外町村へ治療に出向く。
- 日常生活圏域で歯科診療所のない地域があり、適切な治療が受けられないことがある。
- 町内に歯科医院がないため、町外の歯科医院を受診する際は、家族等介護者の付添が必要となる場合が多い。また、本人とコミュニケーションをとることが難しい場合は、家族等介護者を決めることになるが、本人の希望に沿っていないかわからないこともあると思われる。
- 町内で設備や人員が揃っていない為、対策を立てる事すら出来てお

りません。人員不足が最大の課題と考えております。

- 村内に歯科医がおらず、入れ歯の調整なども隣町に行かなければならず、歯科治療を受けるのにも時間がかかる。認知症を支える家族なども口腔に対する関心が薄く、口腔についてのセミナーなど実施しても住民の参加者が少ない。
- 村内に歯科がない。隣市町の歯科に通院するにもバス移動では近くに停留所がないため、一般タクシー、介護タクシーでの移動となり、負担が大きい。
- 村内には歯科医院は一ヶ所しかなく、要介護状態や認知症で閉じ籠り傾向になればると、定期受診も難しい(移動の問題もある)。または、後回しとなる傾向があると感じます。
- 歯科にまつわる専門職の人員に限られている。協働体制の継続が難しくなると思われる。
- 町内の歯科医がなくなると、歯科治療からさらに足が遠のくことが予測される。
- 交通手段の問題で歯科受診が難しい。村内に歯科医院が1ヶ所しかなく、土日しか診療していない。

㊤【地域資源・特性に関連する課題：サービス・体制等】

- 介護予防把握事業において、認知かつ口腔機能が低下している方を把握しているが、課題解決に向けた事業の取り組みが出来ていないこと。
- 自己管理へアプローチできるような口腔に特化した適切なサービスが無い。
- 歯磨き、義歯の洗浄、消毒が十分に行えない。歯科受診に介助を要するが、マンパワーが不足している。町内歯科では対応できない状態となっている場合、更にサービス利用が困難。

- 現在、当区は後期高齢者歯科健診を実施していない。成人歯科健診からの継続的な流れが必要なのではないかと思う。
- 一人暮らしの方など、自分で歯医者にかかるといふ意志が無ければ、それを促す関わりをしてくれる人はいないのではないかと思われる（ケアマネジャーやデイ職員など）。地域的に山間部の方など車や交通機関を利用しないと歯科治療を受けられない人も多い。お金をかけてまで治療はしなくてもいいとあきらめている人も多いのではないかと思われる。
- 認知症の方についての相談対応や、地域ケア会議の中でも、口腔ケアや歯科治療についての相談が少なく、ケアの仕方や相談窓口の紹介などを行えていないと感じる。歯科医院との情報共有や住民の声を聞きだすところを取り組んでいきたいが、他の市町村の取り組み事例などがあれば参考にしたいと思う。
- 通院困難や、訪問診療に関する課題について、北見歯科医師会と北見市が委託する北見市医療・介護連携支援センターで「訪問歯科診療」についての手順を定めている。
- 行政における「認知症の人の口腔ケアや歯科治療」に対する具体的な取り組み方法。
- 習志野市「高齢者等実態調査」（平成 29 年 3 月）から、認知症の人の割合は、45.0%にとどまっている（参考：一般高齢者の受診率 58.0%）。介護保険制度が定着し、認知症の当事者及び介護者に接するのは、市職員よりもケアマネジャーをはじめとする介護職が多くなっている。介護職が認知症の当事者及び家族による口腔ケアの情報を持ち、必要時にかかりつけ歯科医や地域の歯科医院等に相談できる体制の充実を図ること。
- 後期高齢者歯科健診の受診率低い。
- 地域ケア会議で専門職からの助言を受けても活かさきれていない。口腔ケアの指導を受けても、実際に実施できているのか確認が不十分（動作確認やアセスメントはできていない）。
- 第 9 期介護保険事業計画の策定に向けた議論の中で、訪問歯科の現状を議論する予定。この中で認知症の人の口腔ケアの課題の抽出はかる予定。
- 口腔管理をする人材不足。自宅内で口腔ケアをする介護者不足もしくは、不在の状況（一人暮らしや老老介護）。無料や低料金では仕事としての関わりを持つ人を作ることは難しいと考えます。
- 認知症予防・介護予防の点からみても特に在宅高齢者の口腔ケアの必要性はとて感じている。訪問型の支援も保健事業で力を入れて欲しいと思う。
- 家族等の支援があればある程度管理やケアも可能であるが、当市は高齢化率が上がると同時に認知症罹患者も増えてきており、また、独居や夫婦の世帯も増えていることから、在宅ではケアや治療が難しい方が増えている。そのため、口腔機能が低下する前の健康な時から、オーラルフレイル予防の必要性を理解し、取り組めること、認知症になってもその方を支える支援者が口腔ケアや歯科治療の必要性を学び、技術を習得できるよう在宅医療介護連携を図れる仕組みづくりが課題である。
- オーラルフレイルから筋力の低下、サルコペニア、認知症の進行など要介護状態の促進因子として重要なため、歯科受診率の向上に努めたいが、歯科が近くにないため、高齢者の歯科受診率が低い。そのため、日常的にできる口腔体操などをよりすすめていきたい。
- 認知症の人に限らず、本市の歯周病健診の受診率は低く、口腔に対する意識は低いと考えられる。さらに歯科治療は通院が頻回となるため、医療中断になる恐れもあると考えられる。

- 在宅介護者向けの訪問歯科健康診査事業を行っているが、利用に
つながない方が多い。
- 認知症の人の口腔管理に特化した事業がない。認知症の人への歯科
的介入は実際には難しい。

㊦ 【その他】

- 理解力の低下や聴力の低下等、認知症に関わらず、歯科受診という
行動に対し、各個人のそれまでの人生はさまざまであり、一概には
課題を示すことが難しいと考えます。認知症の人の〇〇というよう
に、認知症になってからのことをクローズアップするのではなく、
長い人生を線で見たとして、健康増進に何が必要か検討いただけ
ると助かります。
- 本人の同意、意思確認が困難であるため、支援に結びつけ難い。
- 認知症であること以前に、オーラルフレイルとその予防に資するセ
ルフケアについての認知度が、一般市民と介護に関わる専門職双方
で高くない。このため、認知機能が低下してきて、口腔ケアが疎か
になっていても、周囲にそれが問題だと気付かれていない可能性が
ある。
- 認知症の有無に関わらず、以下の課題を感じています。歯科受診に
至るまでの行動変容（意識改革）を促すこと。受診の意思がある場
合でも、日程通りに受診していただくことや、継続受診するこ
と。日頃の口腔ケアについて、同居家族が居ない場合は毎日のケア
ができないこと（難しいこと）。
- 認知症カフェにおいて、口腔ケアに関しての取り組みを今後検討し
ていく必要がある。
- 各々理解不足が著しい。
- 認知症患者への口腔ケアは、口腔疾患や誤嚥性肺炎の予防だけでな

- 栄養維持やQOLの向上が有用であり、歯科医師や歯科衛生士
のみならず、看護職や介護者によって、多くの病院や施設、自宅等
で口腔ケアの普及の取り組みが必要である。しかしながら、認知症疾
患の特性から、口腔ケアが自らも介護者からも期待通り提供できな
い場合も多い。当市では、施設や居宅の介護職を対象に口腔ケアの
指導を行っていたが、介護職自身が技術面に不安があったり、拒否
的な患者に取り組むことへの抵抗感などがあり、事業の推進につい
て取り組み方法を再検討することとなった。まずは、認知症患者に
ついて、施設や自宅においての口腔ケアの現状やそれに起因した疾
患等の把握が必要と考える。
- 歯科衛生士を中心に通いの場への健康教育や地域包括支援センター
でのケアプラン作成時に問診を実施し、早期発見・対応に力を入れ
ているが、つながらない方もいる。
- 歯磨き etc の保清が管理されおらず、歯周病にかかるなどによ
り、身体に悪影響を及ぼすので、早期発見への取り組みが課題である
と考える。高齢者の残存歯数は、年々増加傾向にあるため、虫歯や
アルツハイマーの原因の一つである歯周病などの口腔疾患も多い。
そして、残根や義歯、インプラントなど口腔内も多様化し、清潔の
保持も困難になる。また、認知症の方が義歯の使用、管理ができな
くなると、咀嚼機能低下や誤嚥性肺炎、窒息、低栄養に繋がり状態
も悪化する。今後、在宅での認知症患者数が増加してくるため、か
かりつけ歯科医への定期受診や訪問診療、個別口腔ケア事業などの
環境作りが課題である。
- 口腔ケアや歯科治療が置き去りになっている事。
- 嚥下機能低下も伴うため、言語聴覚によるアセスメントが必要と感
じるケースがあるが、在宅で伝える体制が整っていない（ST も少な
い）。

- 口腔ケアの実践がコロナ禍で難しく、講義だけになってしまいがち、備品も高く、購入する事が困難（財政的に厳しい）。
- 認知症の人は誤飲のおそれがあるため、義歯を外していることが多い。どのように入介していくか、糸口をみつけないのが難しい。そのため、認知症予防の段階での口腔ケア、歯科治療に関する普及啓発にとどまっている。
- 歯周疾患健診等は行っているが、認知症だからということを取り出した課題はない。義歯の手入れや口腔ケアについての課題は認知症ではない方々でも多く、口腔フレイルについて少しずつ一体的事業等通じてスタートした所である。
- コロナ禍のため、高齢者施設では面会制限が続いているところであるが、嘱託医は通常通り往診が出来る。口腔内の状態は全身体に大きな影響を及ぼし、口腔ケアは認知症予防しても効果があるにも関わらず、歯科医師は訪問を制限されているため、施設入所者の健康状態、認知機能の低下が危惧される。
- 独居や高齢夫婦世帯では、管理が難しい。
- 口腔内のことを重要視していない人が多いように感じる。
- 歯磨き剤と誤っての他のチューブ型のもを誤用。
- 村の食文化として pH の低い食事内容のものが多く、歯が溶けやすい。日照時間が短く、骨がもろい人が多い。
- コロナ禍によって、口腔内を見せてもらうことが難しくなっており、口腔問題の早期発見に支障がある。
- 認知症になることで口腔フレイルになる可能性は上がる。歯科医師の話聞いてみたいという市民の声がある。地域ケア会議のメンバーに歯科医師がいるため、認知症口腔フレイルについての勉強会を設け、地域課題について考える機会としていく。
- 認知症カフェに参加している介護者より、認知症の人が義歯をはず

してしまい、どこにいったか探し回ることがたびたびあるので、困っているとの声がありました。市販のタフグリップなども試してみましたが、効果なかったそうです。歯科医院に定期受診して、「あたって痛いところはないか？」など、義歯調整することを提案してみました…。

- 当市では、毎年、市歯科医師会と地域包括支援センター、市とでの交流会の場を設けていただいています。昨年、それぞれに高齢者のフレイルに関するアンケート調査を行いました。（主な課題）・認知症による身体機能の低下により、歯科の定期受診が困難となり、フレイルから要介護状態となってしまうている。・高齢期の健康な時から、口腔状態を維持することが認知症の予防に繋がることの普及啓発が足りていない。・コロナ禍において、高齢者の社会交流が減少し、会話の機会が減ったことによる口腔機能低下が懸念される。（取組内容）・歯科衛生士による高齢者のサロン等への出張講座の実施（普及啓発）・交流会にて、包括職員向けの歯科医師によるオーラルフレイルに関する研修会の実施 包括による普及啓発が実施できるよう、リーフレットのご提案も頂きました。
- 元々、若い頃から歯磨きの習慣がない高齢世代が多く、40歳代で総義歯になる方の数も少なくはないと思われる。また、令和2年7月豪雨災害で村内にあった歯科医院が村外に移転したため、交通手段のない独居や高齢者世帯の歯科受診が容易にできなくなった。子との同居世帯の場合でも、認知症の方の口腔内の見極めは困難と思われる。治療のタイミングや治療の協力も相当の労力を要すること等が自歯喪失、義歯の十分な管理や使用ができない原因のひとつと思われる。
- 課題は個別事例ごとに異なるため、地域ケア会議で歯科・口腔分野を含めたケアプランの検討が引き続き必要である。

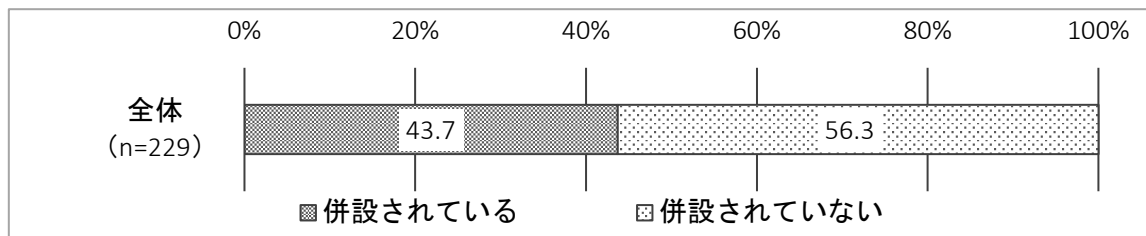
- マスク生活をしているため、サービス利用している対象者に対して専門職として口の中の確認をすることが難しくなっている。
- 高齢者のフレイルの入口としてのオーラルフレイルの予防について、介護予防事業で普及啓発しているが、なかなか自分事として気付きの機会を与えることが難しい（認知症の人に特化せず、オーラルケアドコキネシスを活用した口腔機能チェックを実施していく予定）。
- 認知症の予防段階において、オーラルフレイルは自覚されにくいことから、十分なケアにつながらず、社会的フレイルや認知機能低下につながりやすいという課題がある。
- 認知症の方に限りませんが、ここ3年は新型コロナウイルス感染症の影響で高齢者の閉じこもりが問題となっています。その影響で会話の機会が減り、オーラルフレイルの状態に陥っている事例が増えているようです。閉じこもりによる活動量の減少により、口腔のみならず全身のフレイルをきたし、認知症の症状を進行させる要因になっている事例も散見します。歯科治療についても、感染のリスクから通院を控えているケースもあるようです。

3. 郵送調査①：B. 認知症疾患医療センター

(1) 概要について

回答があった認知症疾患医療センター（229ヶ所）のうち、院内に歯科・口腔外科が併設されているのは43.7%（100ヶ所）であった。

図表 10 歯科・口腔外科の併設の有無



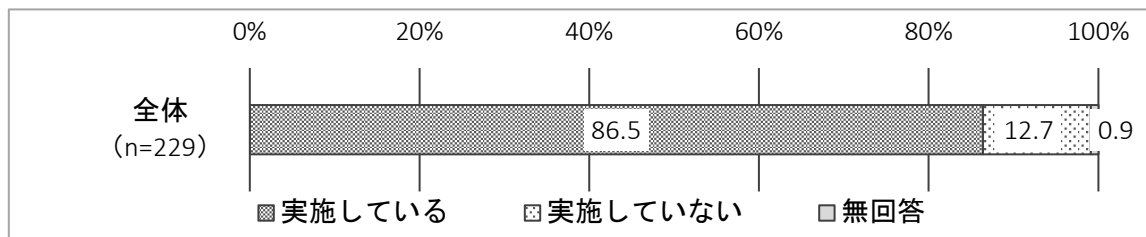
(2) 認知症疾患医療センター地域連携会議*について

*認知症疾患医療センターの所属する二次医療圏域等における関係者の連携会議

i. 認知症疾患医療センター地域連携会議の実施状況

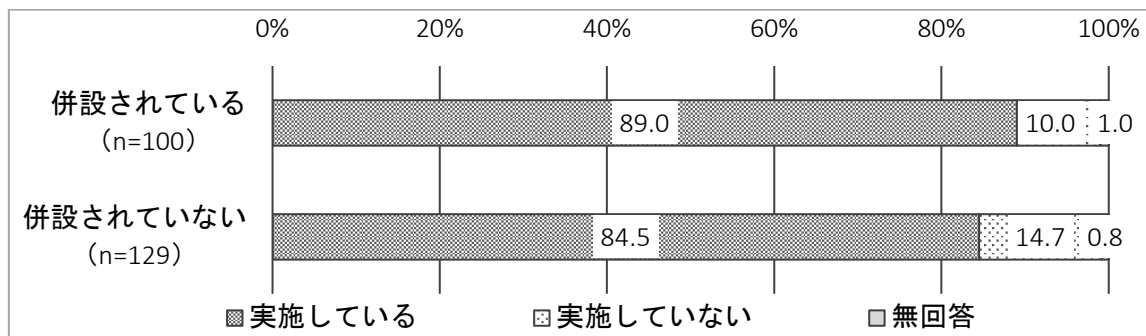
認知症疾患医療センター地域連携会議を実施しているのは86.5%（198ヶ所）であった。

図表 11-1 認知症疾患医療センター地域連携会議の実施状況



歯科・口腔外科の併設の有無と比較すると、認知症疾患医療センター地域連携会議を「実施している」と回答した割合は、歯科・口腔外科が併設されている認知症疾患医療センターでは89.0%（89ヶ所）、併設されていない認知症疾患医療センターでは84.5%（109ヶ所）であった。

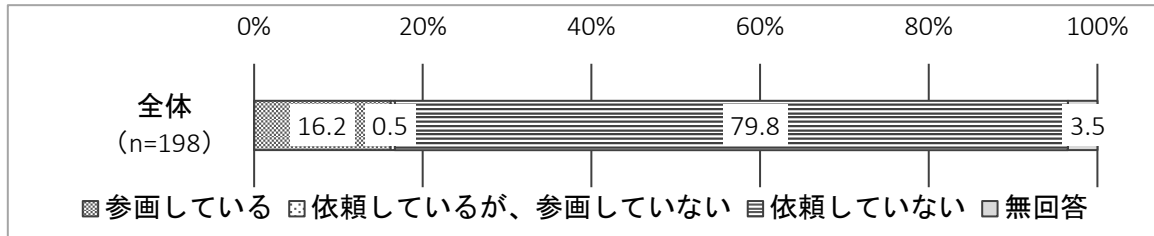
図表 11-2 認知症疾患医療センター地域連携会議の実施状況（歯科・口腔外科の併設ごと）



ii. 認知症疾患医療センター地域連携会議への歯科の参画

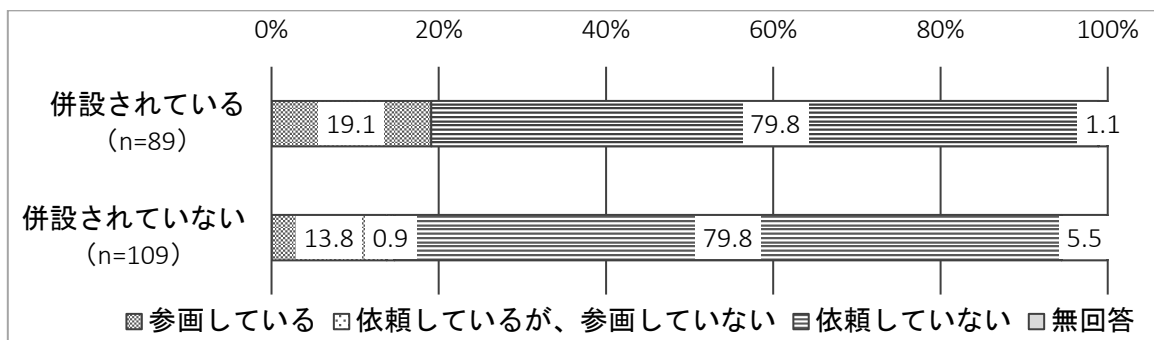
認知症疾患医療センター地域連携会議を実施している認知症疾患医療センター（198ヶ所）のうち、歯科医師または歯科衛生士が参画しているのは16.2%（32ヶ所）であった。

図表 12-1 認知症疾患医療センター地域連携会議への歯科の参画



歯科・口腔外科の併設の有無で比較すると、歯科医師または歯科衛生士が「参画している」と回答した割合は、歯科・口腔外科が併設されている認知症疾患医療センターでは19.1%（17ヶ所）、併設されていない認知症疾患医療センターでは13.8%（15ヶ所）であった。

図表 12-2 認知症疾患医療センター地域連携会議への歯科の参画
(歯科・口腔外科の併設ごと)

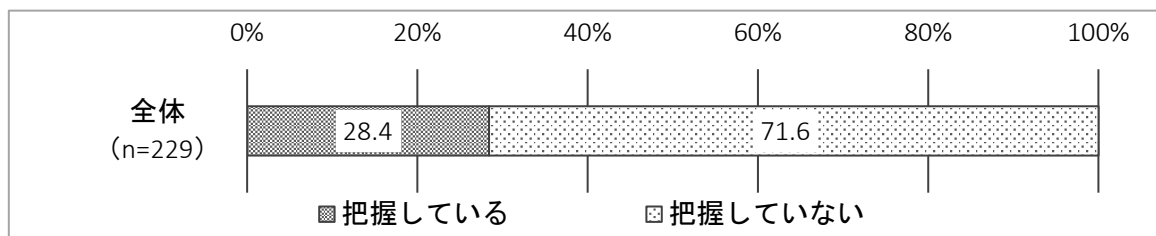


(3) 認知症の人の診断後等支援について

i. 診断後支援における歯科治療ニーズの把握

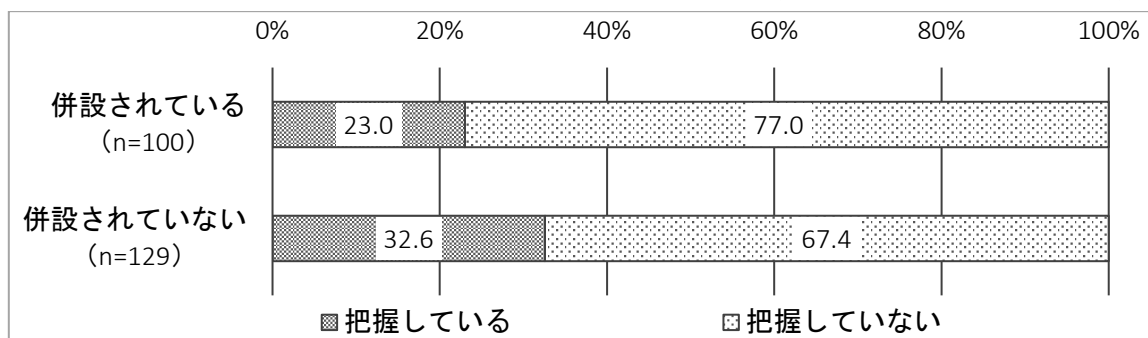
認知症疾患医療センターで実施している一連の診断後支援における歯科治療ニーズの把握について、口に関する困りごとを本人から聞き取ることも含めて、「把握している」と回答した認知症疾患医療センターは28.4%（65ヶ所）であった。

図表 13-1 診断後支援における歯科治療ニーズの把握



歯科・口腔外科の併設の有無で比較すると、診断後支援における歯科治療ニーズを「把握している」と回答した割合は、歯科・口腔外科が併設されている認知症疾患医療センターでは23.0%（23ヶ所）、併設されていない認知症疾患医療センターでは32.6%（42ヶ所）であった。

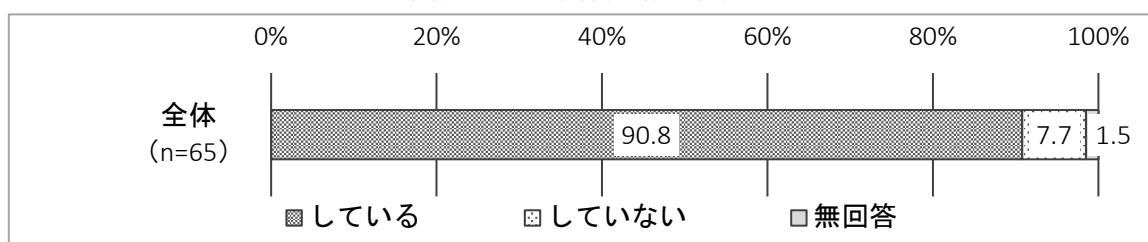
図表 13-2 診断後支援における歯科治療ニーズの把握（歯科・口腔外科の併設ごと）



ii. 歯科受診勧奨の実施

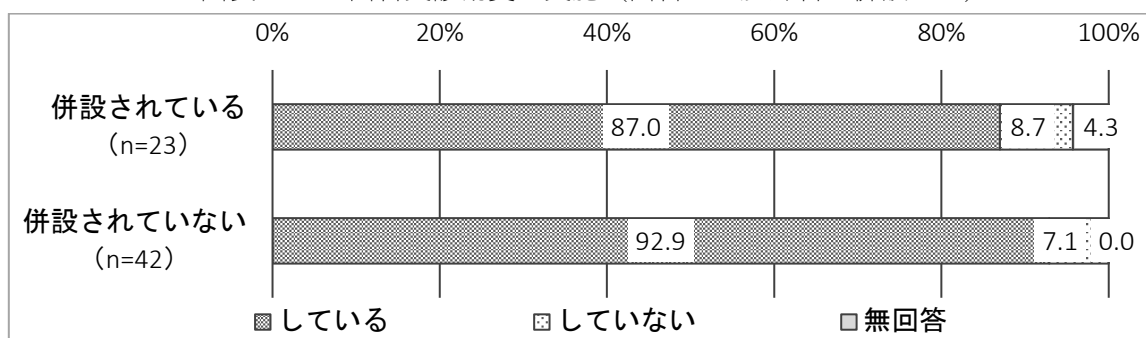
歯科治療ニーズを把握している認知症疾患医療センター（65ヶ所）のうち、歯科受診勧奨を「している」と回答した認知症疾患医療センターは90.8%（59ヶ所）であった。

図表 14-1 歯科受診勧奨の実施



歯科・口腔外科の併設の有無で比較すると、歯科受診勧奨を「している」と回答した割合は、歯科・口腔外科が併設されている認知症疾患医療センターでは87.0%（20ヶ所）、併設されていない認知症疾患医療センターでは92.9%（39ヶ所）であった。

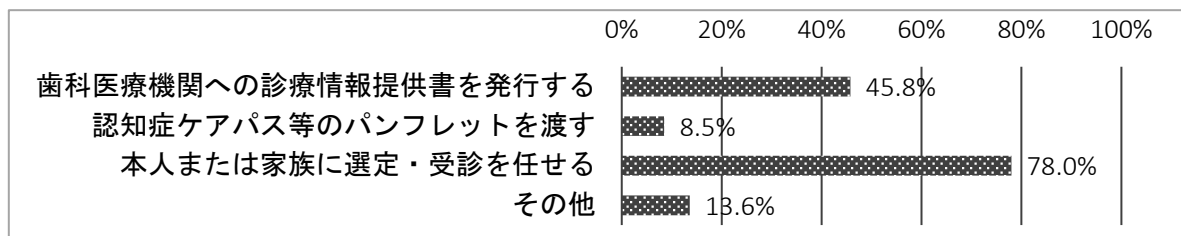
図表 14-2 歯科受診勧奨の実施（歯科・口腔外科の併設ごと）



iii. 歯科受診勧奨時の歯科医療機関の紹介方法

歯科受診勧奨をしている認知症疾患医療センター（59ヶ所）において、歯科受診勧奨を行う際の歯科医療機関の選定については、「本人または家族に選定・受診を任せる」が78.0%と最も多く、次いで「歯科医療機関へ診療情報提供書を発行する」が45.8%と多かった。

図表 15 歯科受診勧奨時の歯科医療機関の紹介方法【複数回答】



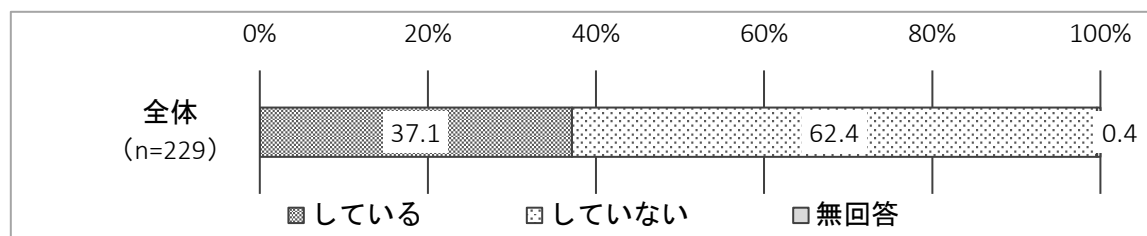
その他の回答は以下の通り。

- ・ 院内歯科受診を紹介(他3件)
- ・ 連携している訪問歯科を紹介
- ・ 口腔管理センターの障がい者専門外来を紹介
- ・ 往診を患者に依頼する
- ・ 在宅歯科医療連携室のパンフを渡す。

iv. 口腔の健康に関するアドバイスの実施

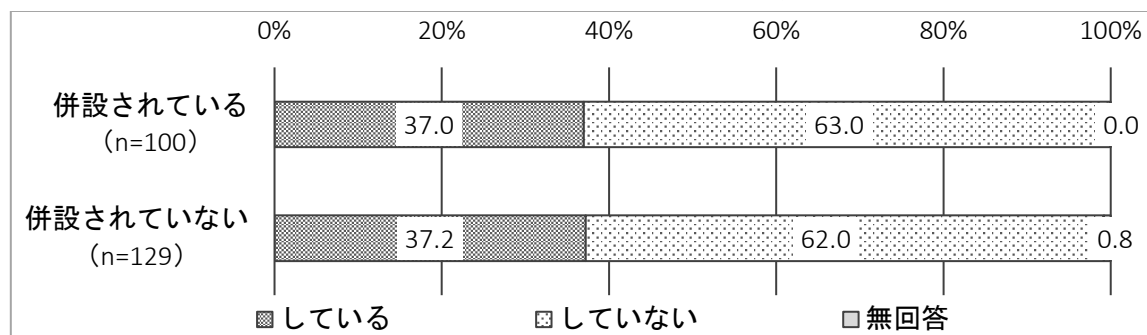
認知症の人の診断後の生活を支える上で必要となる口腔の健康に関して、アドバイスをしている認知症疾患医療センターが37.1%（85ヶ所）であった。

図表 16-1 口腔の健康に関するアドバイス実施の有無



歯科・口腔外科の併設の有無で比較すると、口腔の健康に関するアドバイスを「している」と回答した割合は、歯科・口腔外科が併設されている認知症疾患医療センターでは37.0%（37ヶ所）、併設されていない認知症疾患医療センターでは37.2%（48ヶ所）であった。

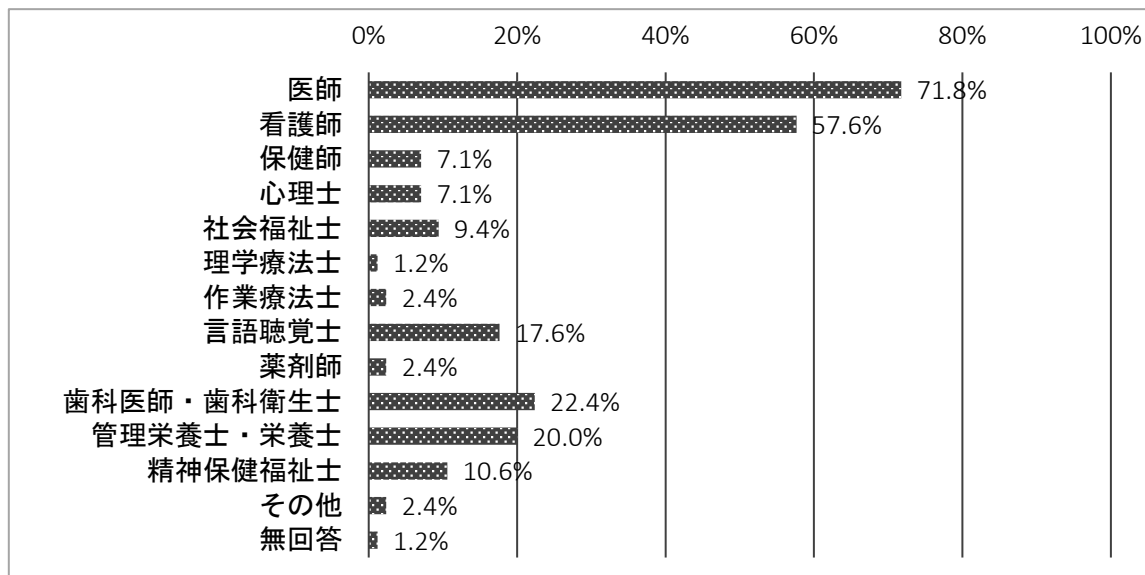
図表 16-2 口腔の健康に関するアドバイス実施の有無（歯科・口腔外科の併設ごと）



v. 口腔の健康に関するアドバイスを実施している職種

アドバイスを行っている職種は、「医師」が71.8%（61ヶ所）と最も多く、次いで「看護師」が57.6%（49ヶ所）、「歯科医師・歯科衛生士」が22.4%（19ヶ所）であった。

図表 17 口腔の健康に関するアドバイスを実施している職種【複数回答】



その他の回答は以下の通り。

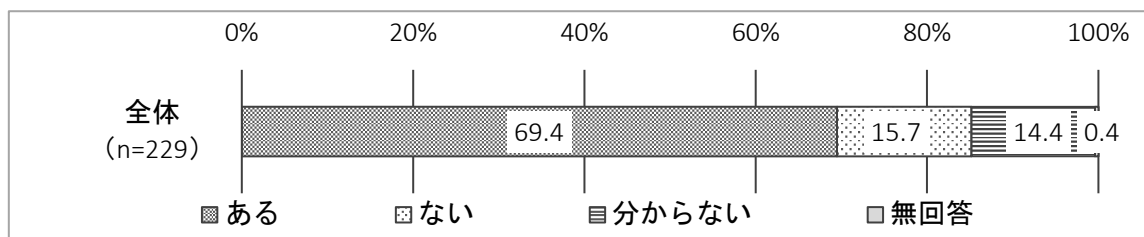
- ・ 介護職員
- ・ 相談支援専門員、介護支援専門員

(4) 歯科との連携について

i. 連携できる歯科医療機関の有無

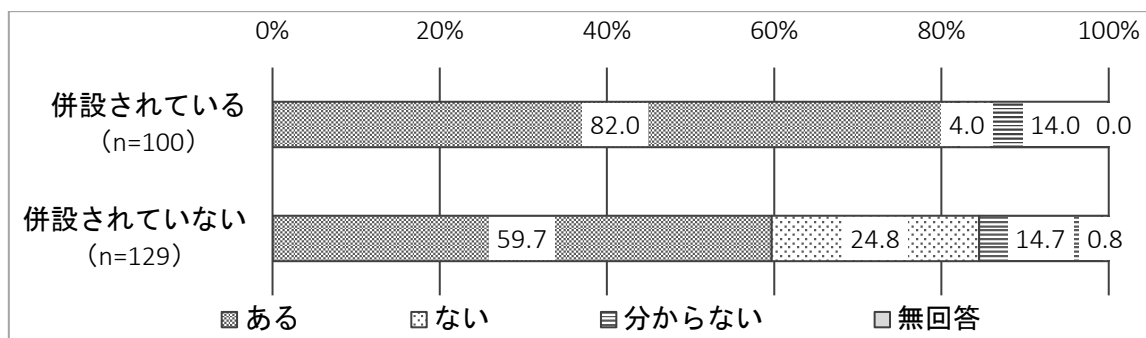
認知症の人本人に口腔疾患があると分かった際に連携できる歯科医療機関が「ある」と回答した認知症疾患医療センターは69.4%（159ヶ所）であった。

図表 18-1 連携できる歯科医療機関の有無



歯科・口腔外科の併設の有無で比較すると、連携できる歯科医療機関が「ある」と回答した割合は、歯科・口腔外科が併設されている認知症疾患医療センターでは82.0%（82ヶ所）、併設されていない認知症疾患医療センターでは59.7%（77ヶ所）であり、歯科・口腔外科が併設されている認知症疾患医療センターの方が割合が多かった。

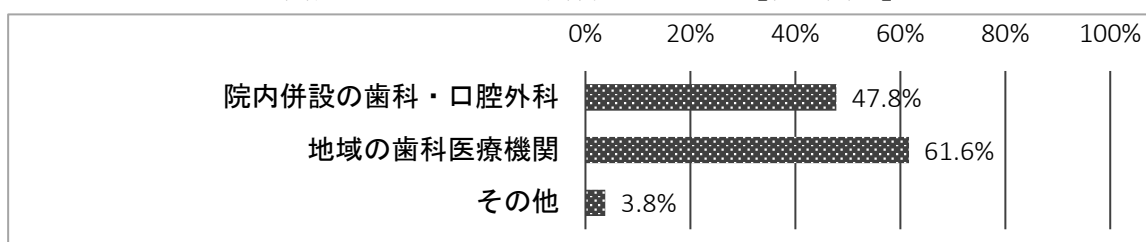
図表 18-2 連携できる歯科医療機関の有無（歯科・口腔外科の併設ごと）



ii. 連携できる歯科医療機関先

連携できる歯科医療機関が「ある」と回答した認知症疾患医療センター（159ヶ所）のうち、連携先として最も多かったのは、「地域の歯科医療機関」61.6%（98ヶ所）であった。

図表 19 連携できる歯科医療機関先【複数回答】



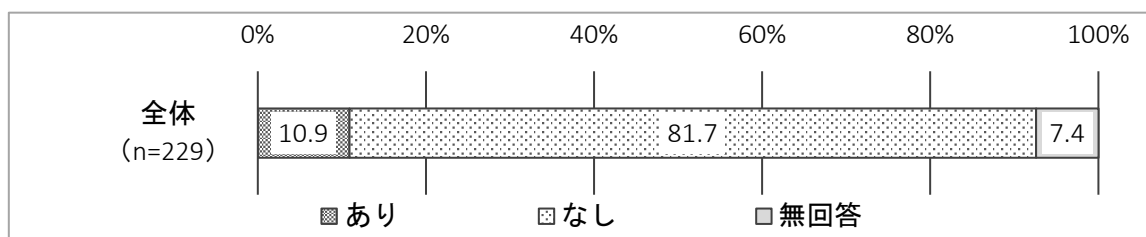
その他の回答は以下の通り。

- ・ 往診の先生(他 3 件)
- ・ 県立病院の口腔外科
- ・ 隣接する同法人の病院に併設の歯科クリニック

iii. 連携できる歯科医療機関の選定に困った経験の有無

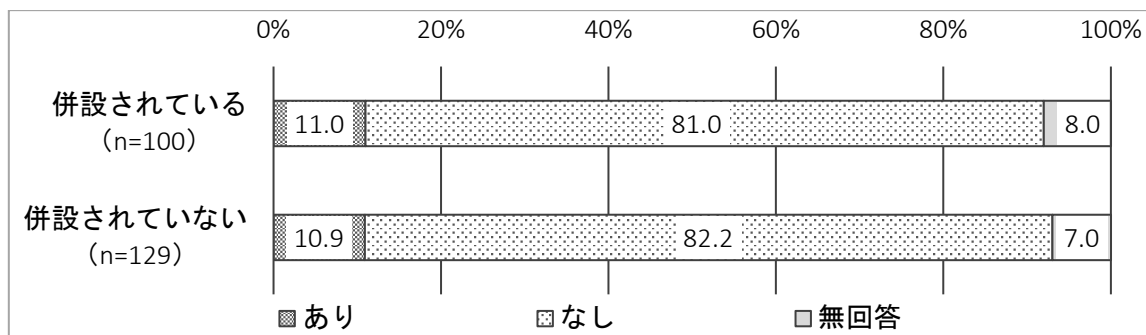
連携できる歯科医療機関の選定に困った経験の有無については、困ったことが「ある」と回答した認知症疾患医療センターは10.9%（25ヶ所）であった。

図表 20-1 連携できる歯科医療機関の選定に困った経験の有無



歯科・口腔外科の併設の有無で比較すると、選定に困ったことが「ある」と回答した割合は、歯科・口腔外科が併設されている認知症疾患医療センターでは11.0%（11ヶ所）、併設されていない認知症疾患医療センターでは10.9%（14ヶ所）であった。

図表 20-2 連携できる歯科医療機関の選定に困った経験の有無（歯科・口腔外科の併設ごと）



iv. 連携できる歯科医療機関の選定に困った際の対応

連携できる歯科医療機関の選定に困ったことが「ある」と回答した認知症疾患医療センターに、その際にどのように対応したか回答を求めた。主な対応方法は、①【歯科医院へ直接打診】、②【インターネット等を利用して検索】、③【本人・家族による対応を依頼】、④【福祉・行政の利用】、⑤【院内・往診による対応】、⑥【その他】のカテゴリに分けられた。各回答は P.76-77 に示す。

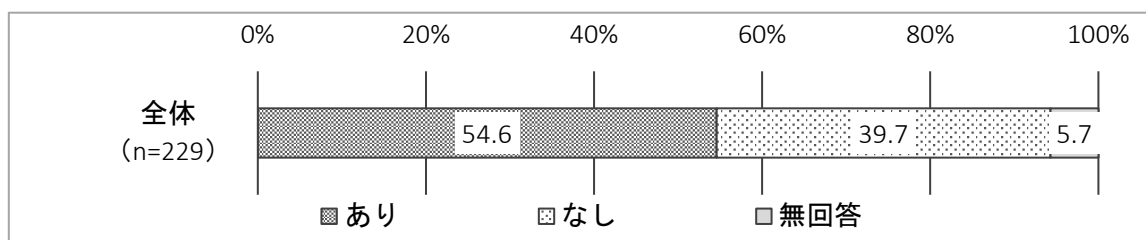
(5) 認知症の人の口に関する困りごとについて

認知症の人の口に関する困りごとについて、「口腔ケア」、「口腔疾患」、「摂食嚥下」、「歯科連携」、「その他」に分けて回答を求めた。主な困りごとはそれぞれ、「口腔ケア」では①【認知機能に起因する困りごと】、②【口腔ケアの手法・歯科治療等について】、③【口腔衛生状態について】、④【家族等の支援に関する困りごと】、⑤【その他】、「口腔疾患」では①【認知機能に起因する困りごと】、②【口腔疾患について】、③【義歯について】、④【その他】、「摂食嚥下」では①【摂食嚥下機能について】、②【多職種連携について】、③【その他】、「歯科連携」では①【連携先について】、②【受け入れについて】、③【その他】、「その他」では①【歯科に関する積極的なアプローチをしていなかった】、②【歯科受診に繋がらない・歯科治療が困難】、③【要望等】、④【その他】のカテゴリに分けられた。各回答は P.78-93 に示す。

i. 口腔ケア

困りごとが「ある」と回答した認知症疾患医療センターは、54.6%（125ヶ所）であった。

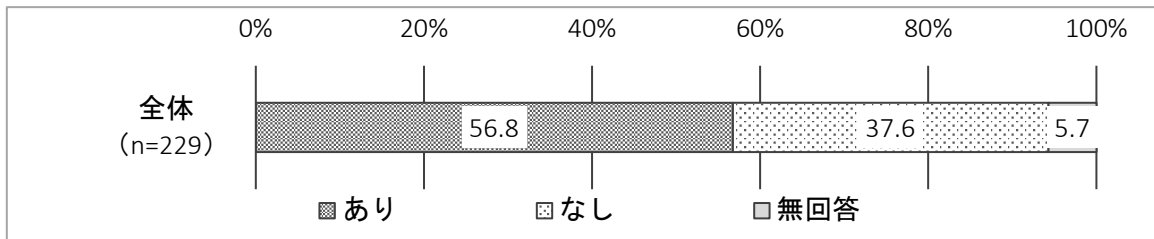
図表 21 認知症の人の口に関する困りごとの有無：口腔ケア



ii. 口腔疾患

困りごとが「ある」と回答した認知症疾患医療センターは、56.8%（130ヶ所）であった。

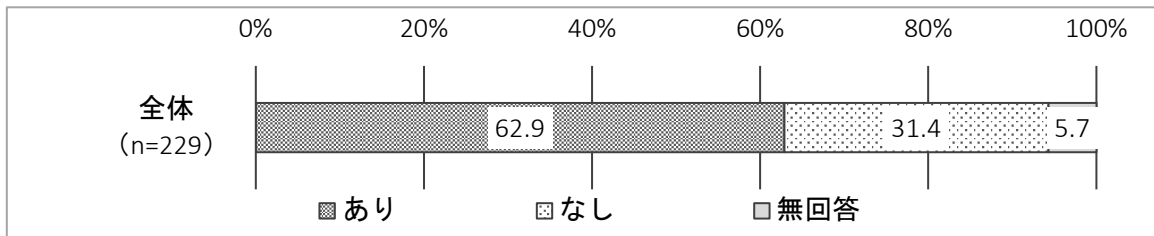
図表 22 認知症の人の口に関する困りごとの有無：口腔疾患



iii. 摂食嚥下

困りごとが「ある」と回答した認知症疾患医療センターは、62.9%（144ヶ所）であった。

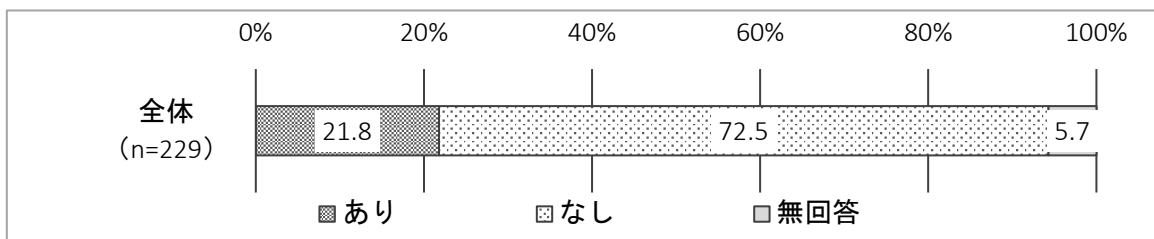
図表 23 認知症の人の口に関する困りごとの有無：摂食嚥下



iv. 歯科連携

困りごとが「ある」と回答した認知症疾患医療センターは、21.8%（50ヶ所）であった。

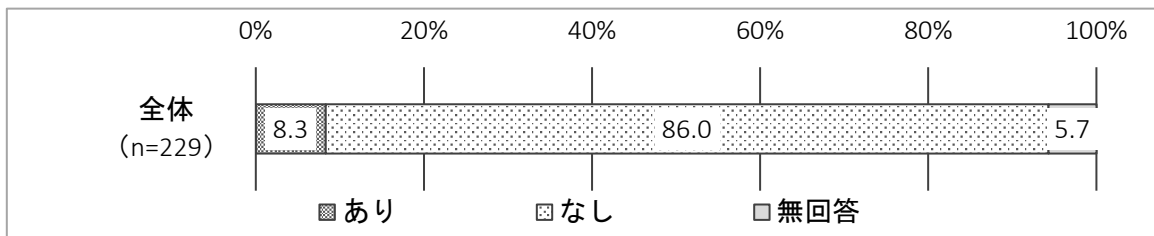
図表 24 認知症の人の口に関する困りごとの有無：歯科連携



v. その他

困りごとが「ある」と回答した認知症疾患医療センターは、8.3%（19ヶ所）であった。

図表 25 認知症の人の口に関する困りごとの有無：その他



(4) iv 連携できる歯科医療機関の選定に困った際の具体的な対応

原則として原文ママ（明らかな誤字は修正のうえ記載）

①【歯科医院へ直接打診】

- 受け入れを行ってくれる歯科医院がなく（当日受診の相談だったの
で）近隣の歯科医院に一つずつ相談を行った。
- 当院近隣の歯科医院の場合、ある程度の情報や以前の対応などを知
っているから患者さんの居住地における歯科医院で認知症の人への
対応が可能かどうか、分からない。
- かかりつけ医及び系列歯科打診。
- 総当たりで問い合わせる。

②【インターネット等を利用して検索】

- 歯科医師会のHPを参照し、認知症の方も対応可能なクリニックを
確認して、認知症家族の方にお伝えした。しかし、そのクリニック
（歯科医師）と顔の見える関係ではない。ADLから車いす対応可
能かまたは、移乗可能な体制かは確認出来なかった。
- 障害歯科を調べて依頼した。
- 患者様の居住地域にある歯科医療機関がどの位あるのか、どのよう
な診療をしているのか（往診をしているのか等）わからなかった
が、医療機関マップ等を参照して直接医療機関に問い合わせ確認
した。

③【本人・家族による対応を依頼】

- 併設されている歯科はあるが外来診療はしておらず、入院患者の診
察がメイン。まったく診療依頼できない訳でもないが、基本的には
家族に探してもらおう。安静を保てない方について、麻酔で眠っても

らって治療して下さった医院があった。

- 歯科医療機関が車イス対応なのか、訪問を行ってくれるのか等確認
したかったので家族に直接問い合わせてもらった。
- 歯科治療（う歯、歯肉炎、義歯が合わない等）が必要な認知症患者
者。特に十分に指示に従えないくらい（中等度以上）の方につい
て、協力的に診療・治療して頂けるDr.、病院についての情報がな
い。そのため、ご家族に近くの歯科から順に問い合わせさせて頂くしか
ないことが多い。嚥下障害の評価や診療をしているDr.についての情
報がない。

④【福祉・行政の利用】

- 歯科治療を要する本人をどこの歯科に受診させれば良いか家族が困
っていた。認知症があるのと、本人の人の意見に耳を傾けない特性
があり、通っていた歯科の先生と治療内容をめぐって口論になって
しまった背景があった。家族は認知症への理解と本人に合わせるく
れる歯科医を探したかったよう。家族が通っている歯科の先生の特
徴はどうか、また診察前に認知症の状態、本人の特性を伝え事
前に配慮をお願いしてはどうかを提案した。結果的には当院併設の
歯科を希望したので相談員が同行し、家族と一緒に事情を伝える。
後日、本人も怒ることなく歯科治療が行えた。
- 市町村役場、包括センターや障害者部門に連絡し情報を得る。

⑤【院内・往診による対応】

- 往診可能な歯科医療機関が限られており、依頼していた歯科医療機
関が対応できなくなった際に引き継ぎ先の歯科医療機関を探すこと
に時間を要した。また、感染症の感染拡大時期には、往診を受け入
れることができず、院内で可能な範囲での対応を行うこととした。

- 入院中に当院歯科で治療や入れ歯の調整などを行っていた方が、退院に伴い地域で診てもらえる歯科を探すのに難渋する。 歯科からに加え、精神科からも認知症状や指示のコツなどを診療情報提供する。(しかしなかなか診てもらえる所がなく、遠方でも当院歯科まで継続通院される事もある) ※特に、LBD、FTDの方、重度ALZの方が顕著。
- 認知症のため指示が理解できず、治療を受けてもらえなかったため、他院を紹介したり、当院入院中、往診してもらい治療を行った。

⑥【その他】

- 認知症の方で治療への協力（開口しておく等）が困難、待合で降伏される危惧がある等、事情を説明して、困難を了承して頂いた上で、受診を認めて下さいました。
- 認知症の方を対応してくれる歯科が少ない。車いすから診察台への移乗の経験がなくスタッフへの指導を依頼され介入。自施設（精神科）併設の歯科に依頼し訪問診療してもらい受診拒否の方の対応をしたが、訪問エリア外だと対応出来ない。
- 鑑別診断において歯科から紹介されたケースもあり（他に内科疾患がない場合）地域で見守るという意識はあると思います。市内で口腔嚥下について学習会を行っております。しかし、様々な対応をするDr.、事務の方の視線が怖い、分かるように説明をしてくれないというご家族からの不満が続き、認知症になれている歯科医を問われますが、連携が不十分にてケアとしてNsが依頼をしています。
- 地域で対応出来る歯科医師を把握出来ていない。歯科医師側も発信をしていない。歯科治療の重要性は理解しているが、積極的な介入はしてこなかったもので、今後は考慮したい。

- 認知症の症状に対する相談が主であり、歯科に関する相談は受けたことがない。しかし実際に相談が来た場合、歯科情報を得るすべがなく、どこから探していいかわからない。
- 歯科医を探した事例はないが、どの程度認知症に対応してもらえないか、BPSDがある場合対応可能か、拒否がある場合対応可能かなど、不安がある。
- 認知症患者を歯科に紹介する場合は、特殊なケースを除いては、通常拒否的な反応が生じる場合が多いと思われる。
- BPSDで落ち着かない方の歯科受診。
- どこが対応しているかわからない。
- 往診してもらえない歯科の情報を知らない。

(5) 認知症の人の口に関する困りごと

原則として原文ママ（明らかな誤字は修正のうえ記載）

i. 口腔ケア

①【認知機能に起因する困りごと】

- 歯を磨かせてくれないという介護者からの訴えをよく聞きます。
- 進行期認知症状態でのケア（協力の得られない方への対応）
- 認知機能の低下により、口腔ケアに対する抵抗がある方や口を十分に開けられない方がいる。また、入れ歯洗浄のため預かった際に「盗られた」と不安になり洗浄が十分に行えないことがある。
- 入院時・受診時、口腔内汚染が強く、口腔ケアが出来ていないことが多い。家族が介入できない（BPSD等による拒否がある）。ご本人が口腔ケア（歯磨き）の仕方を忘れている。口腔ケア介入時、口腔ケアを認識できず（咳嗽が出来ない、歯ブラシを噛んだり、しゃぶる、義歯を外してくれない）、指示が入らず困る。
- BPSDがあり、介助も指導も出来ない事がある。
- 介護拒否があるとケアがきちんと出来ないことがあると思う。
- 認知症のある方で、歯磨きをいやがる場合に、どのように口腔ケアをすればよいか。
- 口腔ケアの際に口を開けてもらえない。またはすぐに閉じてしまうなど指示が通らない。
- 単身者などは特に歯磨きが出来ないため汚れがひどい（在宅のケアでも後回しになりがちなのだろう） 指示が入りにくいとケアさせてもらえない、拒否が強い。
- 拒否や抵抗のある方へのケアは家族などでは難しい事もあり、不衛生に繋がりがやすい。
- 口腔ケアができていない印象がある。

- 口腔ケアを拒否されることがある。チームでの関わりで対応している。
- 認知症が進行すると、口腔ケアのため口を開けて頂くよう説明しても理解が難しかったり、歯ブラシを噛んでしまったり拒否される場合もあり、工夫しながらケアを行っている。
- ブラッシング不足で口腔内汚れているが、口腔ケア介助に応じてくれない。
- ケアの必要性の理解がなく、周囲からの介助に拒否、抵抗みられる場合。
- 歯磨きをしてもらうまでに時間がかかる。開口しない、うがいが出れないなど。
- 何に対しても億劫になるのも認知症の特徴なので、セルフケアの低下によって歯磨きをしない。進行すれば仕方が分からない。介護拒否があればケアできない。
- 口を開けない、歯ブラシを噛む、うがいができない。
- 洗顔フォーム等、歯磨き粉でないもので歯を磨く方がいる。歯を磨くという行為自体を忘れている。
- 口腔の汚れがあるが、本人が困っていない。お口の健康に気をつけているケースが少ない。
- 認知機能低下により、歯磨きの仕方が分からない。
- 本人が困ることはあると思うが、上手く伝えることができないと思う。口腔ケアの必要性を患者本人が理解できない。入院中はケア出来るが、在宅に帰ってからは困難になることが多いと思う。
- 介入拒否、介護者不在。
- 介護抵抗により口腔ケアを拒否されることがある。
- 認知症により、保清に配慮できない状況となり、入浴や着替えを拒否したり、洗顔、口腔ケア（歯磨き）を拒否することもある。

- 歯磨きの仕方がわからなくなる。歯磨き粉を食べてしまう。歯ブラシや口腔ケアスポンジの軸などを噛む為、歯磨きや口腔ケアが上手く出来ない。
- 口を閉じてしまう。または噛んでしまう。
- 認知症が発症した頃は ADL が自立していることが多く、家族が本人の口腔ケアについて確認していないことが多い。認知症が進行すると口腔ケアに対して抵抗する方もいる。
- 発症前と比較してブラッシングの質が低下している。
- 歯磨きの介助を拒否される。入れ歯の管理ができない（隠してしまふ、捨ててしまう）。
- ケアそのものを拒否される。指導をしても理解が困難。歯磨きを嫌う患者も多い。
- 本人が理解できない。
- 介助時の抵抗、指示の通りにくさ等がある場合、開口すら困難となりがちである。
- 認知症が重症だと予防が困難。
- 介護抵抗があり、口腔ケアが難しい時がある。
- 認知症のため自発的な単独での口腔ケアが困難。周囲のサポートが必要である。
- 急性疾患で入院した中等度以上の認知症のある方。
- 失行、失認により歯磨きの仕方が分からない。歯磨きの物品が分からず、洗顔クリームで磨く。実行機能障害により、一人で磨けないなど、介助が必要な方が多い。
- 家族介護者さんからの訴えの内容です。患者さんご本人が歯みがきするが不十分、"したよ"と言うがみがけていない。声がけしないとお歯をみがかない。歯みがき介助を嫌がる。
- 歯磨きを嫌がる。
- 清潔ケアをしたがらない。サポートを受けたがらない。
- 含嗽ができない。した後そのまま水を飲んでしまう。歯ブラシを噛んでしまう。口腔ケアの拒否がある。入れ歯を外さず付けっぱなしにする。
- 歯磨きを忘れる、上手く出来ない、他者のケアに対しての拒否がある。
- 本人様が歯磨きの仕方が分からず汚れたままとなっていることがある。
- 口腔ケアを嫌がるためうまくケアできない。
- 口腔ケアの必要性が理解できない。失認・失行のため、歯磨きや入れ歯の手入れができず口腔内が不衛生になる。
- 歯磨き、うがいを拒否され、口腔内が汚染されている。歯磨き介助も抵抗される。入れ歯を本人がいつの間にか外して紛失していることがある。
- 口をなかなか開けてもらえない。口腔内や口唇が乾燥しやすい。歯ブラシやスポンジをしゃぶってしまう。うがいができずに水を飲んでしまう。
- 拒否する。特に入院中の方（見ること、触れること）。歯科に行っても痛いところなど診療場面的に確に伝えられない。
- 失認・失行により歯ブラシや歯磨きが認識できず、歯ブラシを口腔内に入れる事に抵抗を示したり、かじるなどされることで口腔内の汚れが目立つ。口腔過敏による歯磨き拒否。
- 歯磨きをする習慣を失っている方が多い。歯磨き粉を理解できず、そのまま飲み込んでしまう恐れがある。歯磨きの仕方が分からぬ。歯ブラシをかみ歯の損傷で治療したケースがある。口腔ケアに対する個別の支援が必要である。
- 口腔内が汚れている、歯磨きの仕方が分からない等。

- 磨き残しがあっても、家族による確認や介助は嫌がられる場合が多い。
- 認知機能の低下につれて、自身の口腔ケアの機会が少なくなる。
- 認知症が進行し、歯磨きの仕方が分からなくなる。しかし家族は、歯磨きをさせたいがために、声かけが強くなってしまふ。易怒性を示されながら、暴力をくもらいながら、どうにか家族が歯磨きをさせるケースもあった。お互いに危険のない口腔ケアができるといいなと感じた。
- 介護抵抗が強い患者さんの場合、口を開けない。介助者の指を噛む等があり、十分な口腔ケアが行えない。
- 口腔ケアに介助を要するが、口を開けてくれない。歯磨きの仕方が分からず、口腔内が汚れている。
- 歯が汚れているがケア（自己も介助も）を拒否する。重度の認知症で開口（保持）が困難でケアが十分できないことがある。
- 歯磨きが上手く出来ず、汚れが残りやすい。歯磨き自体の行為（口をゆすぐなど）が上手く出来ない。
- 施設入所の方や入院患者さんに口腔ケアを実施しますが、理解力の低下などによりなかなか協力が得られません。
- 口腔内を見るためのリクライニングをするイスや口腔内を見るためのライトが不安を募らせるようで、イスに座れなかつたりする。また、そのために普段は出来るブラッシングが出来なくなる。
- 歯磨きの仕方を忘れてしまふ。入れ歯の管理が難しくなり、ポリデントの使い方が分からなくなり、結果的に入れ歯を使わなくなってしまう。

②【口腔ケアの手法・歯科治療等について】

- 介護者が見ねまでケアしているのは地域でのしつかりとした介護者教育が望まれる。
- 看護でのケアが十分行えていない。口腔ケアが正しく行われているのか。
- 歯磨きの習慣がない。うがい「快」と感じるケアをしている。
- ケアに拒否のある方への上手な介入方法がわからない。口腔ケア用品についての情報が不足しがち（安全性の高い工夫された用品が欲しい）。相談する所がどこかわからない。
- 口腔ケアが上手く行えない場合は、ケアマネジャーやデイケアの職員の介入などにより、上手く行えるように工夫している。ご家族への説明 口腔ケアの仕方など。
- 口の中を家族が看ることが難しく汚れていると感じているが次の方法（受診など）がわからない。
- 一見磨けている様で、磨き残しが多かつたり、一部しか磨いていない事がある。家族もチェックが難しい。
- きちんとできているか確認が難しい。
- 本人よりも家族からどのようにしたらよいか分からないと相談を受けます。その際は当院の歯科受診をすすめるようにしております。当院では嚥下機能評価も可能なので他院、他施設に入居中でも受診が可能です。
- 歯磨きが自分でできなくなった時、介助で口腔ケアを行うが、十分に磨けていないと感じる。末期で食事も摂れなくなると、どうしても口腔内汚染がひどくなる。
- 介護サービスなどの地域医療・介護資源に限りがあり、在宅での十分なケアの提供が難しい。
- 拒否のない上手いやり方がわからない。

● 治療が難しい。

● 受診や訪問歯科をおすすめしてもなかなか 動機づけに苦労することがあります。

● 実際には表面化しないことが多い。

● 口腔ケアは経口からの食事摂取の継続や、誤嚥性肺炎の予防に大切な役割があるが、現時点では、診断後支援の中で、食事に関する訴えがなければ歯科治療ニーズの聞き取りはしていない現状がある。

今後多職種で連携し、援助していく必要があると思う。

● あると思われるが常時マスクをしている為、外見では分からない。積極的な相談はない。

● 本人が気づいていないので、伝えにくい。

③【口腔衛生状態について】

● 口腔内の汚れ。(他 2 件)

● 口腔ケアが全くとできておらず不潔の状態。

● 口腔内の乾燥。

● 口腔内の保清や義歯の管理が困難な場合がある。

● 一日 2 回の歯磨きが多い。食後の口腔内の清潔が出来ていない。

● 歯磨きが自動的に出来ていないので口腔内が汚れていることがしばしばある。

● 口腔ケアが上手く出来ず口臭、歯周病等から歯を失う。

● 認知症患者は通常口腔内の衛生が保たれていない場合が多い。

退院後効果的に口腔ケア出来ていない。

④【家族等の支援に関連する困りごと】

● 家族様が介護者のケアを拒否する。

● 軽度の頃から口腔ケアを自分で出来ている方は少数。家族も口腔内

の事はトラブルがあるまま関わっていない事が多い。

● 老介護では家族が口腔ケアできない。

● 本人・家族の理解協力が得られにくい。

● 認知症があることで、口腔ケアを周囲が諦めてしまいがち。

● 独居の方など、ケアの促し、確認をする人物がいない。不衛生。

● 本人の認知症の進行により、口腔ケアが十分でない場合、家族や支援者の手助けがどうしても必要になってくる。独居や介護拒否によって介入できないケースでの対応に困る事がある。

● 支援者がいないと口腔ケアをしていないことが多い。口腔ケア（義歯洗浄）しておらず、MRI 検査の時になかなか外すことができない（食渣が付着してしまっている）。

● 介護者不在（独居を含む）の対応。

● 家族・介護者（Key Person）との連絡が困難。

● 在宅の方でケアなどに問題があっても老老介護などでご家族での対応が困難なことがある。訪問歯科診療のサービスなど紹介しても必要性を理解してもらえないこともある。

⑤【その他】

● 口腔内の保清がかなわない時には看護師が介入。

● 訪看任せです。

● 在宅患者で歯の衛生は行き届いていない。

● 独居のケースなど、口腔ケアの体制づくりに難渋することがある（マンパワー不足等）。

● 独居の方でセルフケア不足（歯磨き、うがいを行えていない）。口腔内の乾燥。義歯を無くしている。

● 独居の方の普段の口腔ケアの状況がわからない。マスクをしていることで外来で観察する機会があまりない。

● 独居や介護者が高齢だったりする際、どれほどケアが出来ているか不明となる。

● 独居のケースでは口腔ケアが不十分になると思います。

● 独居高齢者の場合、歯磨きが出来ているか入れ歯の管理ができているかかわからない。COVID-19 以後外来で主治医による簡単な観察がしづらくなった。

ii. 口腔疾患

① 【認知機能に起因する困りごと】

- 痛みの訴えが出来なかつたり、はつきりしないこともあり、治療が遅れてしまうことがある。義歯が合わなくなっても、症状の為治療や調整の受診ができず、食事形態を落とし、義歯を使わず食事摂取することがある。
- 本人がむし歯や入れ歯の不具合などを認識できず、支援者も気づけない事がある。
- むし歯、傷がある、痛みがある、入れ歯が合わない・壊れている等は全てである。問題はそれら不調があっても認知症本人が訴えられないこと、周りが気づきにくいことが多い。入れ歯の管理（消毒など）ができない。
- 痛みの不具合の自覚がなく、治療の理解できず拒否、抵抗がみられる場合。
- 入れ歯があっても「使用していません」と言いながら持参される場合もある。痛みを訴えられない場合もあり、発見が遅れる。
- 認知症本人が歯科受診を拒否して、治療に繋がらない。歯の痛みが易怒性に繋がっていても、本人も正しく痛みの訴えが出来ず、家族も支援者もなかなか気づけない事がある。
- 義歯が合わないために食形態が変わり食欲が低下する人がいるが、認知症の薬物治療によるためかとも考えられ副作用の判断が難しくなる。むし歯があってもそのままにしている人がいる。
- 認知症進行期には痛みを訴えない。
- 本人が困ることはあると思うが、上手く伝えることができないと思う。口腔ケアの必要性を患者本人が理解できない。入院中はケア出来るが、在宅に帰ってからは困難になることが多いと思う。
- 適切な治療の遅れ。的確に症状を訴えることが困難。

- 口腔疾患に気づき難い。
- 本人が訴えられない。
- 疼痛の訴えが上手く出来ず、よほど悪化しないと周囲が気づけない。
- 認知症の進行によっては、本人からの訴えがなくなるとむし歯が悪化してしまう。
- 早期発見の遅れ。
- 認知症が重症だと予防は困難。
- 進行期認知症状態でのケア（協力の得られない方への対応）
- 歯科受診を拒否する。
- 痛み等の自覚症状がなく、気づいた時には重症になっていることがある。理解力低下のため、治療に対する恐怖心を抱くなど必要な治療が受けられないことがある。
- 口を開けてもらえない。またはすぐに閉じてしまい指示が通らない。
- 拒否のある方は口腔内の確認などが難しい。受診拒否が強い方も多く、問題があってもなかなか受診に繋げることが出来ない。訪問診療（専門的な）が充実すれば良いと思う。
- 本人が受診をしらない。
- 受診を勧めても腰が重い。
- 介護抵抗により口腔ケアを拒否されることがある。
- なかなか受診してもらえない。受診し、治療が開始されても歯磨きなどの正しいケアを続けられない。
- 認知症が発症した頃はADLが自立していることが多く、家族が本人の口腔ケアについて確認していないことが多い。認知症が進行すると口腔ケアに対して抵抗する方もいる。
- 歯科受診を拒否することがある。
- 受診勧奨に従わない。
- 受診困難。
- 歯痛や口内炎等の痛みがBPSDとして表出されていると思われる状況が時にはある。
- 治療に協力が得られない場合は、診療を断られる事がある。老介護の場合は治療出来ず、入院中に受診依頼がある。
- 本人も嫌がり、家族がなかなか歯科に連れていけない場合、どのようにしたらスムーズに受診できるか。
- 入院中の患者様の場合、むし歯、入れ歯が合わない場合でも外出できる状態でない場合（易怒性、徘徊、衝動性ある場合）があり治療ができないことがある。
- 歯科受診がうまくいかない。
- 独居高齢者の場合、歯磨きが出来ているか入れ歯の管理ができていないかわからない。COVID-19以後外来で主治医による簡単な観察がしづらくなった。
- むし歯、歯周病により口臭のある方もいるが、暴言・暴力により歯科受診に繋がらない。コロナ禍で外出制限から歯科受診できない。
- 受診や訪問歯科をおすすめしてもなかなか動機づけに苦労することがあります。
- 治療が難しい。
- 口腔に問題がありそうだとしても、独居で自ら歯科受診出来ない。
- 移動可能な患者さんは歯科受診で対応出来ているが、寝たきりの患者さんの場合、対応が困難。
- もとものかかりつけの歯科へ治療をお願いしても、認知症で指示が入らないことから治療を断られることがある。
- 歯科治療をしつかり受けることが難しく、時に麻酔が必要である。

- 歯科への通院困難な場合、治療が進めづらい。歯科へ行かなければ義歯製作・調整が進まないこと（院内歯科では対応しない、または出来ない）。通院すべきか否かの判断が難しい。
- 歯科治療の必要性を理解できない。
- 急性疾患で入院した中等度以上の認知症のある方。

②【口腔疾患について】

- 齦歯、動揺歯、残根歯が多い。歯垢、プラークが多い。義歯の問題（不適合、壊れている、集中力がなくすぐに取り外してしまう）。
- 口腔内の痛み、違和感により食事摂取量の低下、薬が飲めない。
- 歯痛などで緊急を要する場合は、併設の口腔外科を受診している。抗血栓薬を服用している方の抜歯時の歯科医からの問合せが多いこと。
- むし歯、入れ歯不適合、動揺歯による誤飲、口腔粘膜、舌の炎症。
- 食事が十分に摂れない場合に、口腔疾患の可能性をスクリーニングする必要があるが、より一層多くのケアスタッフの周知が必要と思われる。
- 歯肉炎 歯槽膿漏。
- 認知症でむし歯等の治療が難しい場合がある。
- 在宅患者で歯の衛生は行き届いていることがない。
- むし歯。
- むし歯、傷がある、痛みがある、入れ歯が合わない・壊れている等。
- むし歯がある。
- 歯根が残っているとケアが大変。

③【義歯について】

- 入れ歯が合わない。(他 4 件)
- 入れ歯が合わないから、はめようとしなない。(他 2 件)
- 入れ歯の調整に時間がかかる。入れ歯の調整が必要そうだがされていない人がいると感じる事が度々ある。
- 食事摂取を嫌がる場合、傷があつてしみて摂取困難がある。入れ歯の不衛生や入れっぱなし、挿入せず入れ歯が合わなくなった場合とかを聞きます。
- 入れ歯が合っておらず、食事が摂れなくなつたという事例も多く、家族もなかなか気づく難い。専門職による指導が重要である。
- 入れ歯の紛失。治療歴や歯科受診歴すら不明。
- 体重変化や劣化により義歯が合っていない。むし歯が多く痛みを感じにくくなつたり、唾液量の低下もあり、いつの間にかむし歯だらけになっている。バネをかける歯がなくなつたり、義歯が上手くはめれていない。
- 義歯を嫌がる。 るい瘦により。
- 入れ歯を作つたがどこにあるのかわからない。合っているかわからない。合わなくても本人が使用しているのでそのまま使用している。洗浄せずに入れたままの状態になっている。
- 入れ歯を無くしたり、壊れていても面倒だつたり、歯肉で噛めていゝるから等と受診に繋がらない（受診が難しい）。
- 認知症があると、継続的な治療が困難という理由で義歯を作れないことがあつた。
- 義歯が合わない、必要なのに装着できていない、調整しても上手く適応できない。
- 部分入れ歯を支える歯が片方抜けているにもかかわらず、そのまま使用されているケースがある。

- 入れ歯を自分で外してしまい、紛失のリスクがある。
- 義歯があわねいと摂食が進まない。入院中のう歯の治療できない。
- 本人が自ら訴えることが難しいので、あっても気付かれにくいのが問題。入れ歯が合わない、装着を自分でできない、管理できないはよくある。
- 入れ歯が当たって、口内炎など。
- 入れ歯の破損・紛失。入れ歯（部分）の誤嚥 救急受診。
- 義歯の調整が難しかったり使用することができにくい（本人の認識の問題で）ことがある。
- 治療が難しい。入れ歯に関しては、調整することが難しく、一度失うともうそのままになることが多いです。
- 入院が長期になり入れ歯が合わなくなると、なかなか歯科受診に行く事ができず、使用しなくなってしまう。食事形態を変更することになり、食事の見た目や楽しみの低下に繋がってしまう。発語に影響してくる。
- 入れ歯を無くしてしまう。作り直すことを勧めるが、家族の方が負担が増えてしまい強くは勧められない。
- 入れ歯が入院中に合わなくなり、入れ歯なしで食事されていることがある。
- 入れ歯の管理が困難。自身で付け外しができない（できても向きが違う）。痛みを正しく理解しているか不明。家族の協力が必要。
- 入れ歯が合わなかったり壊れているために、食事がうまく食べられない事がある。入れ歯の調整・修理には、通院回数・時間がかかるため、食事形態を刻み食にするなど工夫を行うが、食事形態が変わった事で食欲が落ちる方もある。
- 入れ歯が合わず外す事が増え、食事量の低下 体重減少。
- 歯茎が硬せて義歯がずれやすく、飲み込むリスクがある。作り直し

- てもなじんで使えるか。義歯に傷ができる。
- 入れ歯をしない、してくれない。
- 歯の本数が少なくなっても、義歯を装着していない方が多い。
- 入れ歯が合わず、調整するが使用したがいらない。痛みや傷があっても訴えがない。
- 歯科治療に対して拒否や抵抗がある。義歯の紛失・破損をしてしまう。
- 入れ歯が噛み合わない方が多い。
- 入れ歯のあたりや口内炎があっても、本人が訴えられず、経口摂取不良となり、歯科診察や口腔ケアの時に気づかれることがある。
- 入れ歯が合わないためか、入れてもすぐに外してしまう。使わないので余計に合わなくなり、使用しなくなる。むし歯や歯周病がある。
- 義歯が上手く使えない。無くす（大切にしまう）。合わなくなった時に受診できない 噛めない、飲み込むことも…。
- 院内歯科へ治療、義歯調整等依頼しています。
- 癖で入れ歯を出したり、入れたりする方がいる。言っても理解できない。人によっては歯科治療を嫌がり拒否する方がいる。
- 認知症の症状が進行すると治療の協力が得られなかったり、安静を保てなかったりして、治療を中断したり、入れ歯が合わなくなっても作り直すことが出来ない場合がある。
- 入れ歯治療（作製）が中断し、そのままになっていた患者さんについて、訪問診療は検討できず、患者さんの認知症の進行が著しくなり、ご本人の状態に応じた通院対応、継続が可能な歯科医院を探るのが非常に困っている。ご夫婦2人共認知症のお2人暮らしである
- と、通院が続かない。
- うつ症状を伴うと、体重減少により義歯が合わなくなる事が多い。

● 入れ歯が合わない、壊れているため、歯茎に痛みがある。入れ歯が合わない、壊れているため、食事が進まない。

● 義歯を外している期間が長く、合わなくなりそのままとなっている。

④【その他】

● 高齢である事もあり、積極的介入を歯科医も、介助者も希望しないことが多い。

● 入院中の方の検診を全員して、すべて治療すべきと考えますが十分行えていない。

● 口腔内のトラブルには歯科に依頼。

● 本人よりも家族からどのようなしにしたらよいか分からないと相談を受けます。その際は当院の歯科受診をすすめるようにしております。当院では嚥下機能評価も可能なので他院、他施設に入居中でも受診が可能です。

● 入院した認知症の患者に対しては、必ず歯科依頼をする。

● グループホーム入所中の患者で歯周症による発熱があり、歯科受診勧めるが家族が理解されない。

● 実際には表面化しないことが多い。

● 継続的歯科診療には付添の必要な方がいるが、キーパーソンがいらない方がいる。

● 本人・家族が早期に動かない。

● 対応可能な病院探し。

● 家族が対応にあきらめていたり、施設が業務の繁忙さに流されているため、本人の口腔疾患ケアなどを放ったらかしにしているケースも少なくない。

iii. 摂食嚥下

①【摂食嚥下機能について】

● 嚥下機能低下。(他2件)

● 認知症の進行に伴い嚥下障害が出現してくることがあり、ACPにも関わってくる所でのように本人、家族を支援するが悩みます。

● 原因疾患については、誤嚥が問題となります。

● 重度認知症の方だと食事が低下してくる方が多く、内容に工夫が必要になってくる。通所施設等のスタッフと情報共有し、食事形態を変えたりしてもらっているが、誤嚥性肺炎での入院になるケースも多い。

● 進行期認知症状態でのケア（協力の得られない方への対応）。

● 認知症の原因別の対応ができない。指導や訓練についての自院での体制、診療報酬。

● トロミ付けなど工夫している。

● 重度になると嚥下できず、溜め込んでしまう。窒息や誤嚥の原因になる。食事形態が難しい。

● 嚥下機能が低下していても食事形態の変更に納得されず、誤嚥のリスクが高くなる。それに伴い身体疾患発症のリスクが高くなる。

● 食事が摂れていない原因が、食欲の低下（メンタル・身体疾患含む） or 口腔内の環境悪化 or 咀嚼・嚥下機能の低下なのか判断ができない。

● 嚥下機能低下があり、誤嚥や食事が入らなくなる事がある。

● 飲み込みが悪くなったがトロミ剤の使用を嫌がり普通食を食べようとする。

● 食事摂取量が減少しても、原因が分からず、改善されない。加齢によるものであれば治療は困難と思うが…。

- 食べ方を忘れていて（食具の使い方）。食事摂取への執着により摂取速度が速く、咀嚼不足で丸飲みする（窒息のリスク）。認知機能低下による盗食や異食、口腔内の溜め込み、薬物の影響による嚥下機能低下、傾眠があり食事時間とご本人の覚醒のタイムラグが合わず、食事の提供方法に工夫が必要。在宅のようなご本人の覚醒のサイクルに合わせた食事提供や介助力（マンパワー）が難しい。個々人の嚥下機能に合わせた食事提供が難しい。入院前から食事・水分摂取不足などがあり、それによる脱水から入院時に意識不透明、食事摂取困難、嚥下機能低下などがある。疎通や意思表示困難から、拒食の原因を探ることが難しい。
- 認知症の進行により、徐々に食事摂取が難しくなる（介助をしても）。誤嚥リスクも高まるため、どのあたりまで食事提供をすべきか判断に迷う。
- 摂食不良の原因に菌科的課題があるかもしれないが、それにアプロ一チできてなかった。
- 指示が入らず訓練が進みにくい。眠剤の影響が時にある。
- 抗精神剤薬内服で摂食嚥下 口渴 など起きる。
- 外来では食事の様子が変わらず、評価の難しさある。
- 食事に集中出来ない。指示しても理解できない、開かない、食物をいつまでも口の中に入れていいるなど。
- LBD が多いため、ムセる。
- 嚥下機能評価が可能な医療機関が十分とはいえない。
- 疾患の特徴で口の中にたくさん詰め込んで食べる。よく嚙んで、ができない。説明しても意味が分からない。
- 嚥下能力の低下あり。
- 認知症になる前の意欲低下の状況の時に、発語少なくなること等から嚥下力低下。

- 異食。薬によって、傾眠傾向になってしまいう人がいる。余計にムセやすい。
- 嚥下評価が十分でない。
- 嚥下能力低下に伴う誤嚥性肺炎。
- 嚥下障害を有する患者は多く、食物形態を工夫してもらっている。
- 嚥下機能低下等による誤嚥性肺炎の併発。
- 嚥下機能障害は出てくる人がいること。
- 嚥下機能障害と合併。
- 嚥下機能は問題なくとも、食事を拒否する患者が多い事。
- 嚥下機能の低下によるムセ込み、誤嚥性肺炎のリスク上昇。
- 嚥下に非常な時間がかかる患者さんをしばしばみかける。
- 本人が困ることはあると思うが、上手く伝えることができないと思う。口腔ケアの必要性を患者本人が理解できない。入院中はケア出来るが、在宅に帰ってからは困難になることが多いと思う。
- 認知障害に伴う摂食障害への対応。
- 認知症者の偏食・拒食。
- 認知症軽度の方の診療が多いため、数例であるがレビー小体認知症のケースなどで、嚥下機能の低下が生じるケースがある。認知症の病期によるものとも考えられるため、口腔機能だけでなく、ADLの支援も必要と感じている。最後までどのように食を支援するかで捉えている。
- 認知症機能の低下に伴い、嚥下機能も低下すると想定していた施設入所ができなくなり、行き先（退院先）がなくなってしまうたり、再度探し直さないといけなくなる。
- 認知症の進行に伴う誤嚥、窒息など。
- 認知症の進行により、嚥下機能低下し、誤嚥性肺炎を起こしやすい。嚥下困難で口腔内溜め込みがあり嚥下できない。

- 認知症の症状が進むと、食物（固形のもの）を飲み込むということを嫌がってしまい食事が進まない方がいる。水分（高カロリーのものを含め）は飲み込めるため、流動食みたいなもので栄養を摂っている。
- 認知症の具合により嚥下機能の低下にて肺炎の併発は突然の問題となる。
- 認知症の end stage で PEG 造設するかどうかの判断。
- 認知症による嚥下機能低下がみられている患者様の場合、認知症に対する服薬治療が難しい。
- 認知症が進行してくると摂食や嚥下が困難となる人が増えてくる。
- 認知症が進行了した症例での摂食嚥下機能低下への対応。
- 認知機能低下により失行が進み、口腔内の溜め込み、嚥下が出来ないこととこのことによる入院相談が増加傾向にある。食事が入らないことで身体合併症を引き起こしてしまう。
- 入院中の患者様の嚥下機能の低下がみられ、誤嚥性の肺炎等のリスクが大きくなっていく。
- 入院後薬の影響で嚥下が困難になることが多い。
- 入院の場合、嚥下機能の評価が行われるが、外来通院の方は、専門職の評価を受ける機会が少なく、嚥下機能の低下が始まっていることが気づかれにくい。飲み込みが悪くなり、食事が低下しているが、食事形態が変えられないということがある。
- 適切な食事形態で提供されないことでの、誤嚥の恐れ。
- 中程度以上の人のほぼすべてに嚥下機能障害がある。
- 進行した際に、口腔内貯留やそれに伴うムセ、口腔内の汚れが見られる。
- 食欲低下、嚥下しない人への対処。
- 食事形態の指示困難。
- 食事を食べない、飲み込めないなど。
- 食事の際の困りごと、摂食嚥下機能等・
- 食事の詰め込みなど対応に悩む。
- 食事として理解できず拒食される（拒薬も含む）。
- 食べない（拒否）、口に入れても飲み込まない、口に溜め込む、食べる意欲がない（むらがある）、食べても量が少なかったり、偏食の傾向がある。
- 症状進行で必発。
- 出来る範囲で情報提供しています。
- 重度化し、摂食しなくなり栄養不足となるケースが多々ある。
- 疾患別の嚥下障害、摂食相談。
- 時折、嚥下機能が低下しており、摂食不良の方を見掛ける。
- 在宅時において、どの程度嚥下の問題があるか判断できない。
- 口の中にまだ食べ物が入っているのに、さらに口の中にかき込んでしまう。嚥下のリスク。
- 誤嚥性肺炎のリスクが高いが、家族がいてもいなくても食形態の調整が実施困難な場合がある。
- 誤嚥のリスクが上がる。
- 急性疾患、特に肺炎で入院した高度認知症のある方。
- 義歯が合わずムセる。注意障害によりゆっくり食べられない。失行によりいつまでも嘔み続けるなど、自宅介護が難しくなると誤嚥性肺炎、入院しか支援の方法がなくなる。
- 機能低下が起こりやすい。
- 嘔んで飲み込むことが理解できず、流動食がメインの方は食事が足らず、在宅生活で家族介護負担が増える。流動食を準備する手間もある。
- 飲み込みせず溜め込む。咀嚼が少ない。丸飲みする。

- 家族介護者さんからの訴えの内容です。口の中に食べ物を入れてなかなか飲み込まない。注意がそれると口の動きが止まる。
- 異食等、または誤嚥の恐れある。
- レビー小体型認知症などで、嚥下機能が低下した際、看護師が嚥下体操等の説明を行っているが、自宅での実施が十分に行えていない患者様も多い。
- まるのみ、つめこみ、ためこみ。
- パーキンソン関連疾患、血管性認知症の場合、摂食嚥下に問題がある場合が多いと思われる。
- なかなか嚥下しない（口腔内に溜め込む）。食事中に入れ歯を外してしまう。
- かき込みやムセ込みがある。
- かき込みのように食べせられる人が多く、声かけ見守りが必要だが、本人に理解されず対応が難しい。
- 嚥下機能が低下し、食事が減少。失行が進行し、摂食がうまくいかない。
- 嚥下機能が低下し、誤嚥することが多い。食べ物を認識できず、口腔内に食物を溜め込んでしまい、摂取出来ない。食塊形成の障害。
- 認知症が高度化した時の摂食障害。食事形態の工夫や介助方法の指導。
- 認知機能低下による機能低下。効果的な評価や改善に向けたリハ等が困難。
- 食事や水分状態でトロミが必要だが、本人は理解できず、そのためトロミ水や嚥下食を拒否され、経口摂取不良となる。「これは違う」と頑なに拒否される。レビー小体型認知症など、その時々で認知機能も身体機能も変動があり、そのためその時々で介助方法が変わる場合がある。

- 食事に集中することができず、食事や食器を触っただけで食べてもらえない。口の中に食事を溜め込む、なかなか嚥下できない。嚥下機能検査ができない（機器の問題と指示動作が困難であるという問題）。
- 食事が摂れなくなっただけで、これは認知症によるものなのか？と聞かれたことがある。目の前に食物があると、あるだけ食べてしまう。
- 失語がある方だと、食事中にムセる事があるため、本人が1人でも行える摂食嚥下のリハビリなどあたら知りたい。
- 指示が入りにくい・意欲低下・食認知低下。
- 訓練が出来ない ・PEGなどに医療者が移行しがち。
- 義歯を付けたがらない為、誤嚥に繋がる事例もある。歯の状態によって、自宅で食べていた食事形態を変更しなくてはならない。嚥下が悪い理由に、口腔内の状態悪化がある。
- 加齢による摂食嚥下機能の低下に加え、BPSDの治療のために抗精神病薬の使用を余儀なくされた場合、より機能が低下し誤嚥性肺炎を併発しやすくなってしまふ。
- とろみ剤などを使用し、介助者が細心の注意を払って介助してもむせる場合がある。急いで食べようとして嘔まないで飲み込む方がいる。注意して観察が必要である。

②【多職種連携について】

- OTプログラムで嚥下機能に関するプログラムがあるか十分でないと思えます。
- NSTと協力しているが「認知症だから」と片付ける傾向にあり戦っている。
- 診察の場のみでは、食事形態の細かい指導や理解が難しく、介護サービスマネージャーからの情報や協力が必要。

- 専従のSTが院内におらず、2～4回/月のラウンドに限定されてしまうこと（相談がタイムリーににくい）。摂食嚥下について、同じ対応をしている方もコストがとれる方、とれない方がいること。
- 食事に関して、介護者に対して、栄養相談室に寄って頂き、食事指導を行う。歯科口腔外科に依頼すべきか、耳鼻咽喉科に依頼すべきか、リハビリテーション科に依頼すべきか迷うことがある。
- 特にレビーやLBDの方など、早期から嚥下機能低下を起す疾患の時、STを導入してリハビリをしたいがSTがいる事業所が非常に少ない。誤嚥性肺炎のくり返りで退院時期を逸したり、元いた施設に戻れなくなる。
- 嚥下機能の低下があり、言語聴覚士の評価を受けている。
- 嚥下に問題があるかどうかの確認ができるスタッフや環境がない。
- 訪問リハ、通所リハにて対応（ST）。
- 当院で嚥下機能の支援チームを準備中です。
- 認知症患者さん、高齢の患者さんの増加で嚥下機能が低下している方が多い。薬物使用の影響もあると思うが、誤嚥性肺炎を起こしてしまう方も多い。介助する、無理して食べさせないなど工夫しているが、STがいるとよほどの確かな判断や指導をしてももらえないと思う。
- 入院患者については、STにより対応している。在宅患者については、対応は不十分だった。
- 当院にはSTが在籍していない。STが嚥下機能の評価してくれれば良いが、と思うケースもある。
- 地域にSTスタッフがほとんどおらず、リハビリ介入が困難である。
- 言語聴覚士等の専門職不在による適切な判断の不足。
- STもおらず嚥下困難となる場合にアセスメントできないことがある。

③【その他】

- 食事の拒否、脱水、体力低下で入院の原因となる。食べ過ぎると、外来での相談が多い。
- 独居でも在宅（自分の家）にこだわると、嚥下障害がある方、しかもへき地の為支援がどこまで出来るか、限られた人材の中での介入はどう組み立てるか悩みます。
- 在宅の方の嚥下評価などできると良い。訪問診療など。
- 嚥下専門医への紹介。
- 嚥下機能の低下で食べれないのか、認知症の症状として食べれないのかフレイルで食べれないのか分りにくいことがあり、VEなどをして確認したいと思うことがある。
- 嚥下機能の低下、摂食不振というポイントをどこで判断するか。そこまでに、どういう工夫ができるか。
- 本人よりも家族からどのようにしたらよいか分からないと相談を受けます。その際は当院の歯科受診をすすめるようにしております。当院では嚥下機能評価も可能なので他院、他施設に入居中でも受診が可能です。
- 必要時介入（VFなど）。
- 口腔外科の嚥下外科を利用している。
- 口腔ケアをしている機関が少ない。

iv. 歯科連携

①【連携先について】

- 対応して頂けるか、往診で対応できるかの情報が簡単にアクセスできる体制が望ましい。
- 連携会議等で歯科医と話す際、認知症の方は多くいるがどこに相談したらいいかわからないので、地域包括支援センターにまず案内しているとの話があり、認知症患者センターの認知度の低さと、連携不足を改めて感じた。
- どの歯科がどのような治療（対応）をしてくれるのか情報が少ないため、病院と歯科が直接連携することは少ない。
- 併設歯科以外の連携や関わりはほとんどない。
- 認知症のある方に対応可能かどうか情報が少ない。
- 嚥下障害等について、連携はしていない。する時間が歯科医は少ない。
- 認知症がある方の歯科治療に積極的なところは少ないように感じる。そのため、連携のとれる歯科医院に集中してしまう可能性がある。センター主催の事例検討会や研修会について案内を出しても参加される歯科医院が少ない。

- 医療者側も介護者も BPSD に目がいきがちなので、口腔についての話になることがほとんどない。問題が表面化した時、特に進行期の認知症の方はどこで対応してもらえらるか把握していない。普段から連携はとれていない。
- 入院中に当該歯科で治療や入れ歯の調整などを行っていた方が、退院に伴い地域で診てもらえる歯科を探すのに難渋する。歯科からに加え、精神科からも認知症状や指示のコツなどを診療情報提供する。（しかしなかなか診てもらえる所がなく、遠方でも当該歯科まで継続通院される事もある。） ※特に、レビー、LBD、FTLD の方、

重度 ALZ の方が顕著。

- 入院患者のみ往診の対応をしており、外来患者は対象外。
- 地域において認知症対応や訪問診療など充実してくれば連携もしやすいし、認知症の方の口腔管理も容易になると思います。ニーズは多いと思います（受診には行きたくないが、口腔内に問題を抱えている等）。
- 対応出来る歯科医が分からない。
- 歯科連携がないため、あれば良いと思う。
- 外来の方の場合、自宅近くの歯科など本人、家族に選定任せになっている。
- 往診歯科を依頼している。
- 往診をお願いしている（入院中）。
- 遠方の患者の場合に、連携先の選定に悩むことがある。
- 院内に歯科はあるが、連携しているとは言えず、他科紹介で受診紹介するのみなので、受診まで時間もかかる。また、かなり緊急性がないと紹介とはならない。
- そもそも歯科と連携を図る機会が無かった。

②【受け入れについて】

- 認知症の方の治療の受け入れの有無が不明。
- じっとしてられず、歯科から治療困難と言われる事もある。
- 患者本人が大人しくできないため、かかりつけ歯科の通院が困難となった、と相談を受けたことがある。訪問歯科の導入を提案するが、どの程度対応出来るか情報がない。
- 病院は決まっても診察時本人が落ち着いて受診できるか不安を感じている。認知症対応の医療機関があれば受診しやすいと感じている人もいる。

- 往診の頻度が月に1～2回と決められているため、早期治療や早期相談に繋がらないことがある。
- 診察は可能でも義歯についてなどの問題がある場合、通院出来なければ諦めざるを得ない現状にあること。

③【その他】

- 歯科のサポーター医もいると思うが相談すること、されることがない。
- 認知症の重症度が高くなると、歯科治療に消極的になる傾向があると感じる。
- 紹介した歯科に技術がなく半年通院したが改善しなかった。技術に関して評価が高い歯科に変更したら1回で治った。
- 認知症の方の支援について、歯科連携の必要性について意識不足がある。
- 歯科受診後の「ケア方法の共有」「日々病棟でのケアの習慣化」の定着ができず難しい。歯科クリニック等では歯の治療がメインで、摂食・嚥下に関しての認知度が低い。地域で評価できる体制があるといい。齧歯や歯牙欠損により咀嚼能力が低下し、さらに歯牙欠損は、学習・記憶力や情動性の低下にまで影響を及ぼす。認知症患者の生活への多大な影響を考えると、専門家による口腔ケア、また治療は必要。
- 生活保護の方や、後見人との連携が必要な方など、歯科受診に繋がるまでの手続きや、物品の購入に時間を要することがある。
- 治療が必要な場合歯科受診を行うが、寝たきりの方は訪問歯科診療が必要。

v. その他

①【歯科に関する積極的なアプローチをしていなかった】

- 認知症外来において、口腔内について、確認していませんでした。この調査を受けて、もの忘れのある方が、歯磨きを忘れることは、十分考えられるし、口腔ケアを怠ると、食事が摂りづらくなる他、他の疾患（感染症等）にかかりやすくなるなど、健康面でのリスクについて、考える良い機会になりました。今後、連携協議会等で歯科医にも、お声かけしたいと思います。ありがとうございました。
 - 認知症の予防の段階では定期的な歯科検診についてケアパスに沿って説明することはありますが、あまり口腔機能管理について取り組んでいませんでした。
 - 口腔ケアに関する（対する）検討、機会創出意識が不足しておりました。今後検討を進めます。
 - 口に関する困り事を、疾患センサーで対応していないのでこのアンケートで、新たな視点ができました。
- #### ②【歯科受診に繋がらない・歯科治療が困難】
- 口腔疾患があるが本人の拒否が強くなかなか治療に繋がらないケースがある。訪問診療も選択肢に上がるが、初回のみで終わってしまうこともある。
 - 家族であっても口腔ケアには抵抗がある人が多く、トラブルがあるまで家族も介入しないことが多々あります。口腔ケアの教室も開催していますが、家族の方も人の口の中までは…と介入が難しいのが現状です。拒否されることも多く、放置になりがち。
 - 直接的原因は分からないが、口腔内の不調と併せて患者本人がイライラしている、落ち着きがない等の話しを聞くことがある。歯科治療とBPSDの関連。

- 認知症に対応可能な歯科がどこにあるのかが分からない。小児や障害者対応はHPに謳っている。在宅での口腔トラブル・誤嚥性肺炎・経口摂取量低下による脱水等の予防。最期の最後の一口まで自分の口から摂取するために、初期からの専門家による口腔ケアを提供、歯の保持・義歯の調整・管理により咀嚼機能を保つ。地域で活動する摂食・嚥下分野の専門スタッフチーム（歯科医師・歯科衛生士・ST・Ns・管理栄養士など）の充実（在宅NSTのようなイメージ）と病診連携。ご家族のフォローや指導。
- 外来の方でその地域に認知症の方に対応可能な歯科医療機関がない場合。
- 認知症の為に口腔アプローチを拒否する人への対応ができるスキルがスタッフに求められています。かなり属人的スキルですが、マニュアルで対応出来るでしょうか。

③【要望等】

- 口腔機能に関するリーフレットを作成して欲しい。なかなか患者様やご家族様側から、口腔ケアに関する相談は全くなく、口腔ケアに関する関心を高めること、一般市民に対して向けていくことが大切。出来ましたら、本調査を通じて、歯科医院会から認知症医療センターとの連携を働きかけて頂きたいと感じました。
- 口腔ケア・嚥下機能の維持に対する啓発。エビデンスの集積が必要。
- 現状の対応は十分でないと思います。入院患者の検診（歯科）をどうすべきか、ご教示していただきたい。
- 口腔ケア、摂食嚥下共に専門性が高い分野のため、学んだり、新たな情報を得る機会がもっと欲しい。

④【その他】

- 薬を拒否して飲まない。
- 独居の方などは、見守りや声かけなどがなく歯磨きを忘れる場合がある。定期的な検診も気軽にも気軽にも出来る様になれば良いと思います。
- 当院に口腔外科が設置されて、特に地域向けに、口腔外科の医師にお願いし、「加齢による口腔内の変化とケアについて」と題して研修会を開催します。地域にも熱心に認知症の方にかかわる歯科医師もおりますので、今後共診断後支援ということでも連携をしていきたいと考えております。
- 受診ケースに口腔ケアの対象者がいなかった。
- 家族が困っているそう、食べられない？と観察して頂けるよう声をかけています。
- センター併設病院に多数の歯科衛生士が常駐しており、地区歯科医師会との連携も良好で特に困っていない。むしろ積極的に地区のオーラルフレイル対策に取り組んでいる。
- ケア用品が高値のため、経済的負担が大きくなり、十分な物品を準備出来ない方が多い。
- 基本的には、ケアマネジャー・デイケア・ヘルパーと連携をとり、時には訪問看護指示を行い、出来る範囲で介入を行っている。

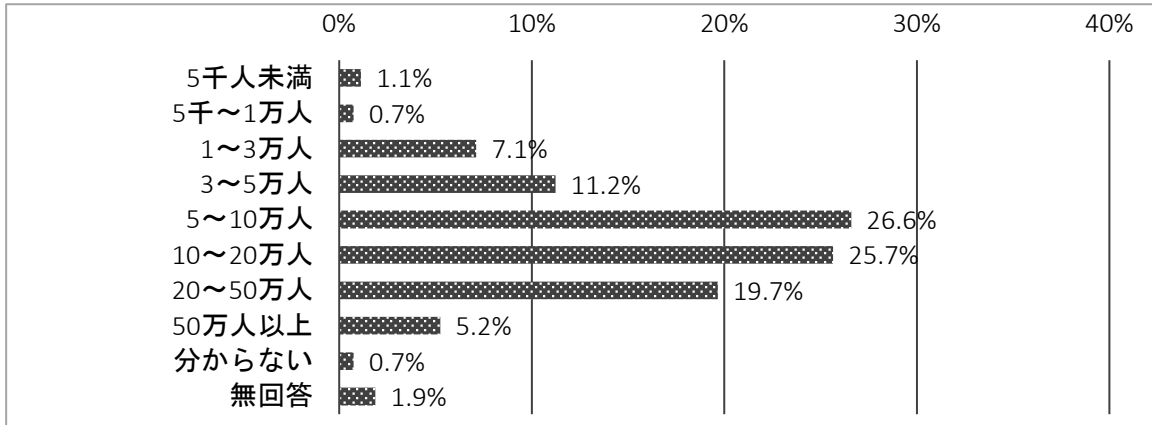
4. 郵送調査①：C. 郡市区歯科医師会

(1) 概要について

i. 地域の人口規模

回答を得られた郡市区歯科医師会（534ヶ所）のうち、地域の人口規模が最も多かったのは「5～10万人」が26.6%（142ヶ所）、次いで「10～20万人」が25.7%（137ヶ所）、「20～50万人」が19.7%（105ヶ所）であった。

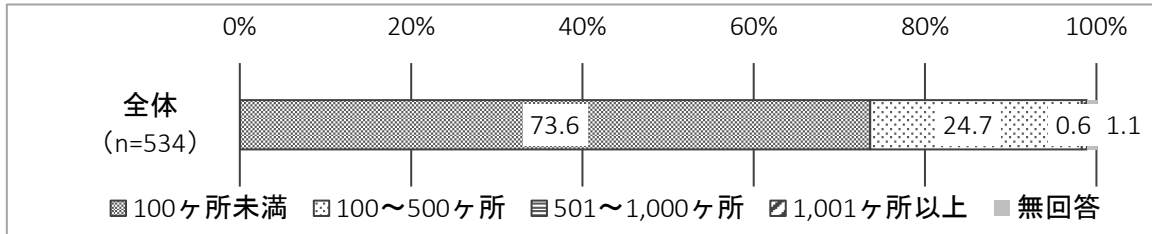
図表 26 地域の人口規模



ii. 会員診療所数

回答を得られた郡市区歯科医師会（534ヶ所）のうち、会員診療所数は「100ヶ所未満」が73.6%（393ヶ所）と最も多かった。

図表 27 会員診療所数

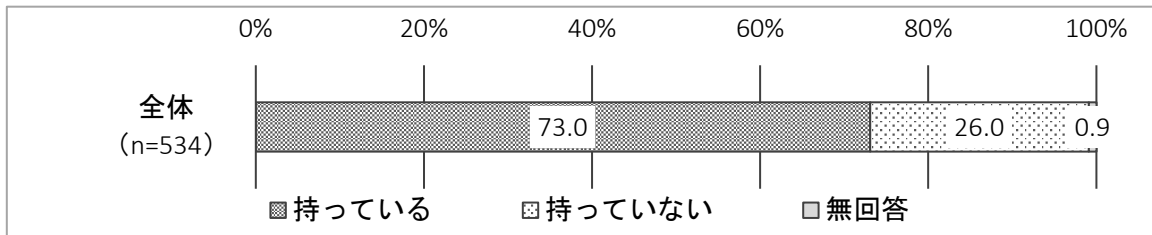


iii. 在宅歯科連携室*の機能の有無

*住民や医療・介護等の連携窓口としての調整機能や相談窓口、機材の貸出等を担う。

在宅歯科連携室の機能を持っている郡市区歯科医師会は、73.0%（390ヶ所）であった。

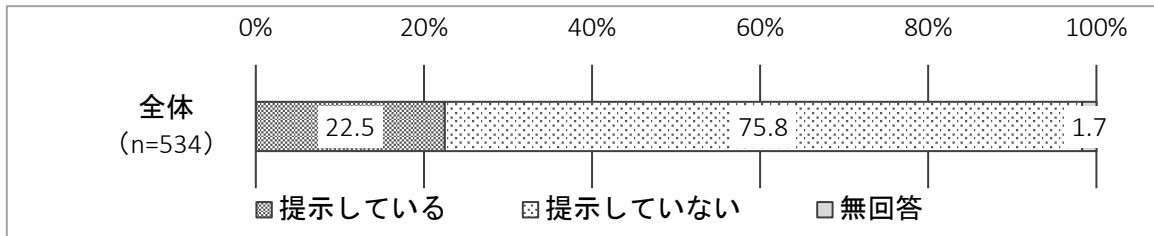
図表 28 在宅歯科連携室の機能の有無



iv. 認知症患者が来院した際の連携先に関する情報の提示

地域包括支援センターや認知症初期集中支援チームから紹介があり、認知症患者（疑い含む）が来院した際の連携先を会員に提示している郡市区歯科医師会は、22.5%（120ヶ所）であった。

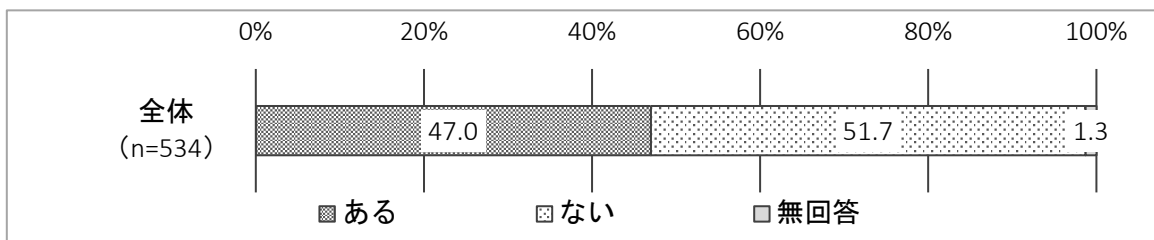
図表 29 認知症患者が来院した際の連携先に関する情報の提示



v. 認知症・障がい者・車いす対応が分かる一覧の有無

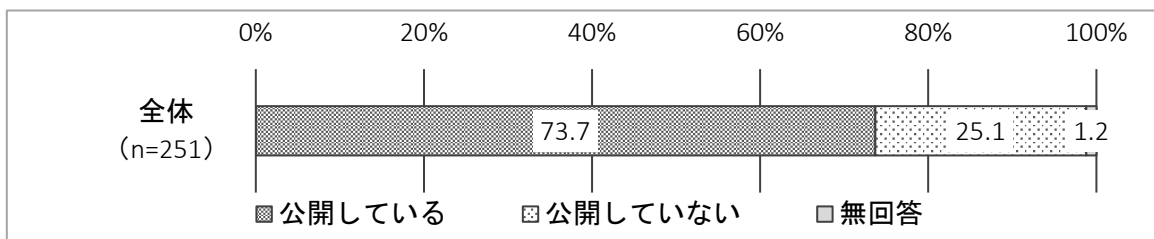
歯科医療機関における認知症・障がい者・車いす対応の有無が分かる一覧（医療機関名簿等）がある郡市区歯科医師会は、47.0%（251ヶ所）であった。

図表 30 認知症・障がい者・車いす対応が分かる一覧の有無



一覧がある郡市区歯科医師会（251ヶ所）のうち、患者向けに紙配布またはweb等で公開している郡市区歯科医師会は、73.7%（185ヶ所）であった。

図表 31 認知症・障がい者・車いす対応が分かる一覧の患者への公開

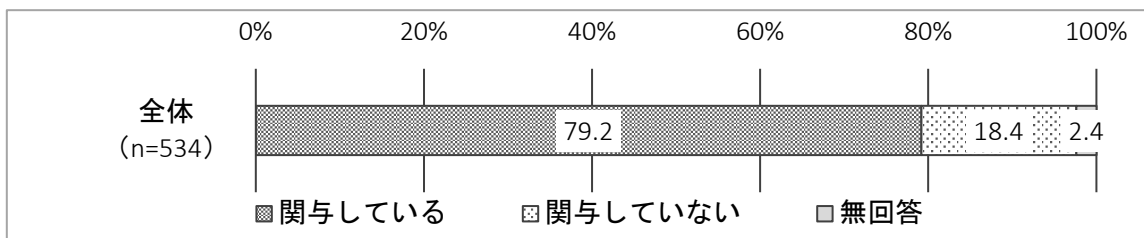


(2) 市区町村の高齢者施策および認知症施策への参画について

i. 市区町村や保健所の高齢者施策または認知症施策への関与

市区町村や保健所の高齢者施策（第9期介護保険事業計画策定など）または認知症施策に関与している郡市区歯科医師会は、79.2%（423ヶ所）であった。

図表 32 高齢者施策または認知症施策への関与

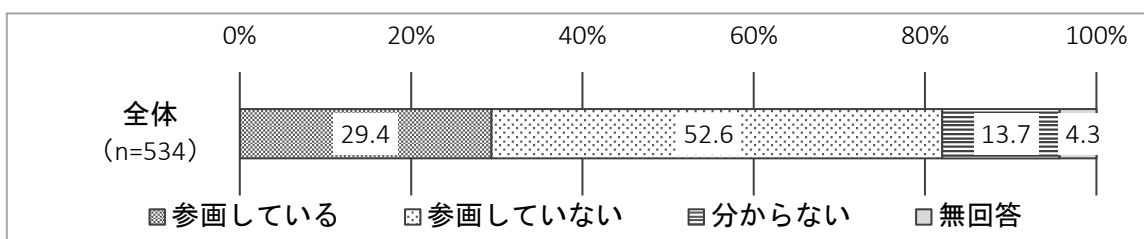


高齢者施策または認知症施策に「関与していない」理由は、主に①【行政から依頼がない】、②【個々の歯科医療機関が対応している】、③【業務・マンパワー不足】、④【地域特性・課題】、⑤【その他】のカテゴリに分けられた。各回答は P.102-103 に示す。

ii. 認知症初期集中支援チームへの参画

市区町村の認知症初期集中支援チームに歯科医師（歯科医師会の代表者等）または歯科衛生士（行政以外の所属）が参画している郡市区歯科医師会は、29.4%（157ヶ所）であった。

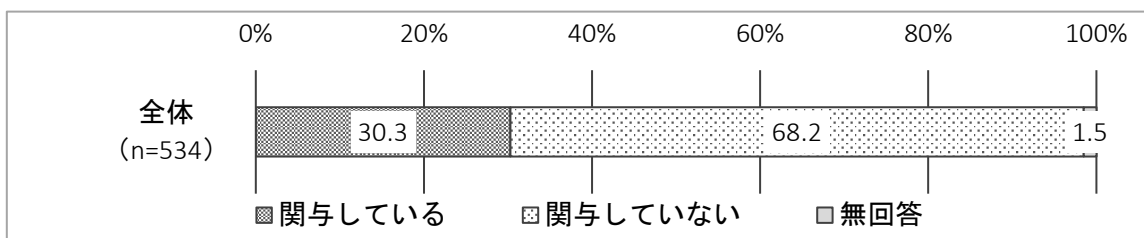
図表 33 認知症初期集中支援チームへの参画



iii. 認知症ケアパス作成への関与

市区町村の認知症ケアパスの作成に関与している郡市区歯科医師会は、30.3%（162ヶ所）であった。

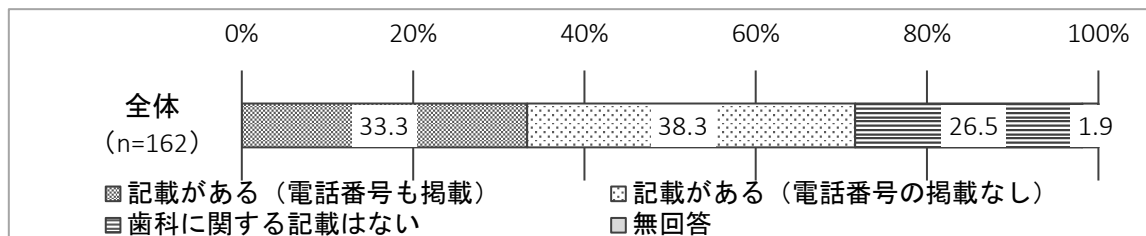
図表 34 認知症ケアパス作成への関与



認知症ケアパスの作成に「関与していない」理由は、主に①【要請・依頼がない】、②【認知症施策には関わっているが認知症ケアパス作成には関与していない】、③【認知症ケアパス・作成の有無を知らない】、④【認知症ケアパスが作成されていない】、⑤【理由不明】、⑥【検討中】、⑦【その他】のカテゴリに分けられた。各回答は P.104-108 に示す。

認知症ケアパスの作成に関与している郡市区歯科医師会（162ヶ所）のうち、電話番号も含めて歯科に関する記載があるのは33.3%（54ヶ所）、電話番号の記載はないが歯科に関する記載があるのは38.3%（62ヶ所）であった。

図表 35 認知症ケアパスへの歯科に関する記載の有無



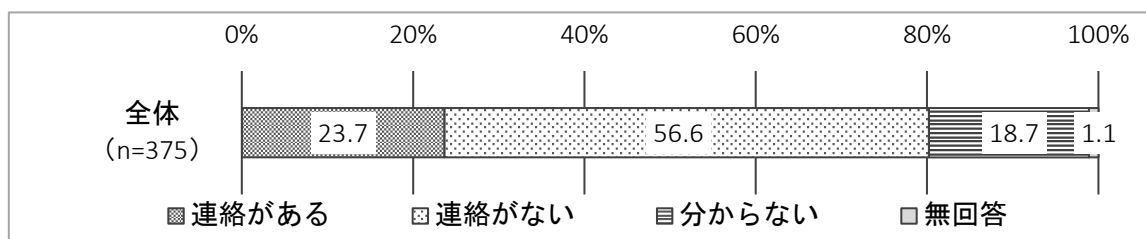
(3) 認知症疾患医療センターとの連携について

認知症疾患医療センターが地区内にある郡市区歯科医師会（375ヶ所）から回答を得た。

i. 認知症疾患医療センター地域連携会議に関する開催連絡の有無

認知症疾患医療センターが開催している、認知症疾患医療センター地域連携会議の開催情報について「連絡がある」と回答した郡市区歯科医師会は、23.7%（89ヶ所）であった。

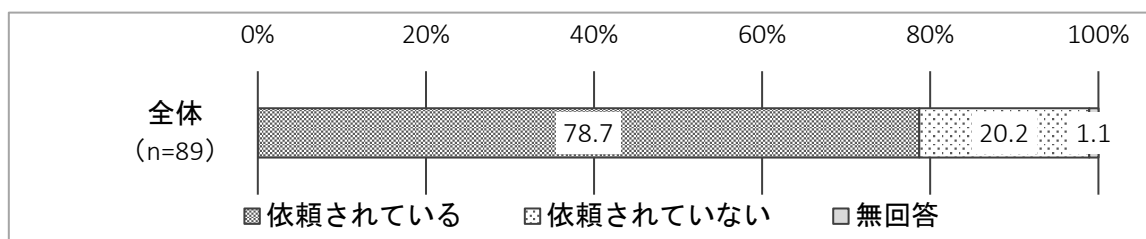
図表 36 認知症疾患医療センター地域連携会議に関する開催連絡の有無



ii. 認知症疾患医療センター地域連携会議への参画

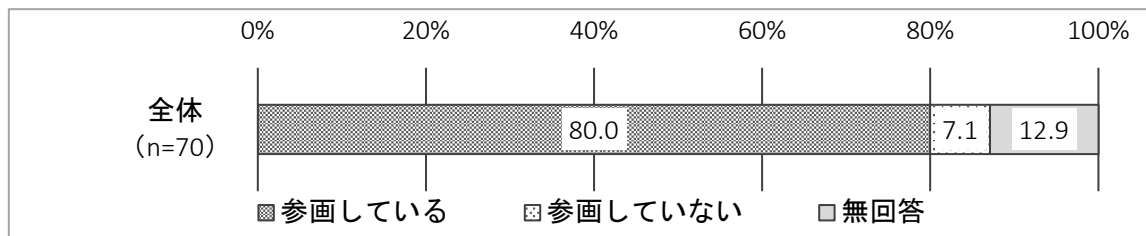
認知症疾患医療センター地域連携会議の開催情報について「連絡がある」と回答した郡市区歯科医師会（89ヶ所）のうち、認知症疾患医療センター地域連携会議の参画を「依頼されている」と回答したのは78.7%（70ヶ所）であった。

図表 37 認知症疾患医療センター地域連携会議への参画依頼の有無



また、認知症疾患医療センター地域連携会議の参画を「依頼されている」と回答した郡市区歯科医師会（70ヶ所）のうち、実際に参画している郡市区歯科医師会は80.0%（56ヶ所）であった。

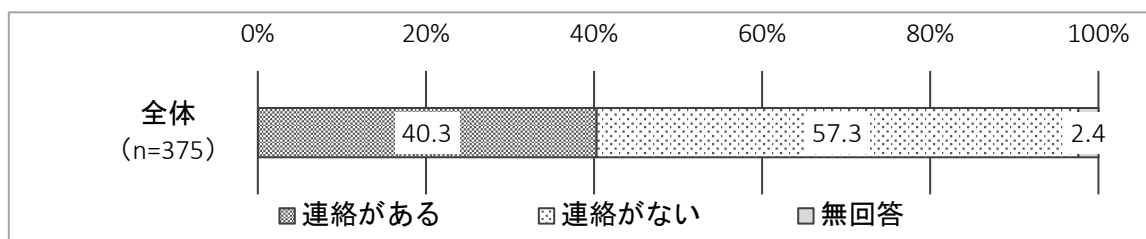
図表 38 認知症疾患医療センター地域連携会議への参画



iii. 認知症疾患医療センター開催の多職種向け研修会に関する開催連絡の有無

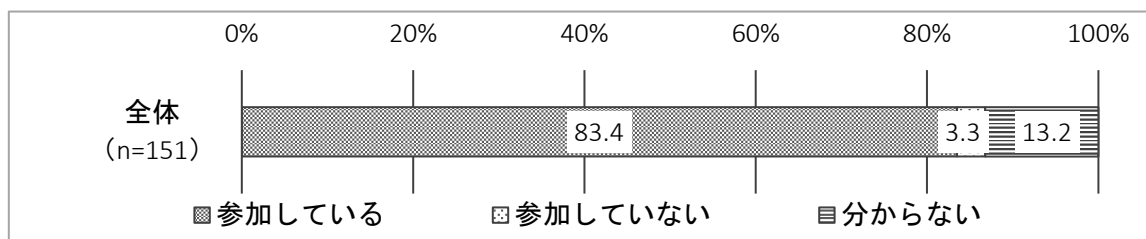
認知症疾患医療センターが開催している多職種向け研修会（認知症疾患医療センター地域連携会議以外）の開催情報について「連絡がある」と回答した郡市区歯科医師会は、40.3%（151ヶ所）であった。

図表 39 認知症疾患医療センター開催の多職種向け研修会に関する開催連絡の有無



また、認知症疾患医療センターが開催している多職種向け研修会の開催情報について「連絡がある」と回答した郡市区歯科医師会（151ヶ所）のうち、実際に参加している郡市区歯科医師会は83.4%（126ヶ所）であった。

図表 40 認知症疾患医療センター開催の多職種向け研修会への参加

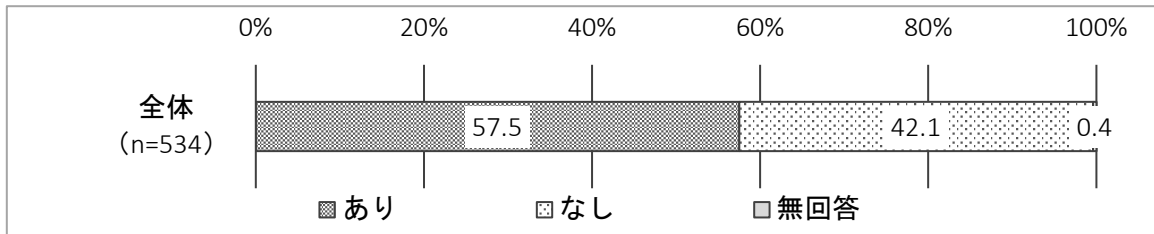


(4) 高齢者医療・介護に関する多職種連携研修について

i. 高齢者医療・介護に関する多職種連携研修の開催状況

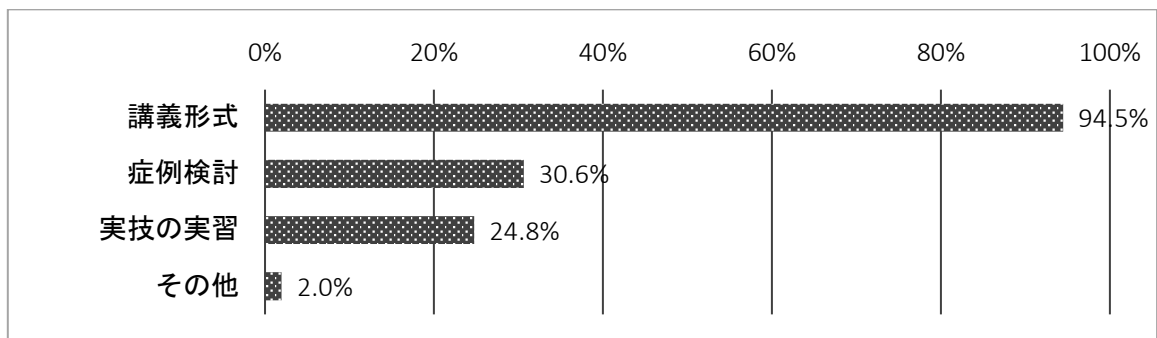
回答を得られた郡市区歯科医師会（534ヶ所）のうち、高齢者（要介護高齢者含む）医療・介護に関する多職種連携研修を主催している郡市区歯科医師会は、57.5%（307ヶ所）であった。

図表 41 高齢者医療・介護に関する多職種連携研修の主催の有無



高齢者医療・介護に関する多職種連携研修を主催している郡市区歯科医師会（307ヶ所）のうち、開催している研修の形式は「講義形式」が94.5%（290ヶ所）で最も多かった。

図表 42 高齢者医療・介護に関する多職種連携研修の開催形式【複数回答】



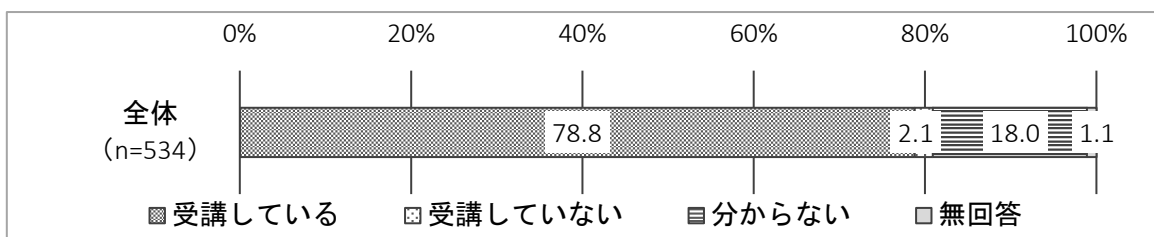
その他の回答は以下の通り。

- ・ グループワーク(他 1 件)
- ・ パネルディスカッション
- ・ デモによる実習
- ・ 医師会とのカンファレンス
- ・ 紙面と web による開催

ii. 高齢者医療・介護に関する多職種連携研修の受講状況

高齢者（要介護高齢者含む）医療・介護に関する多職種連携研修（主催者問わず）を会員が「受講している」と回答した郡市区歯科医師会は、78.8%（421ヶ所）であった。

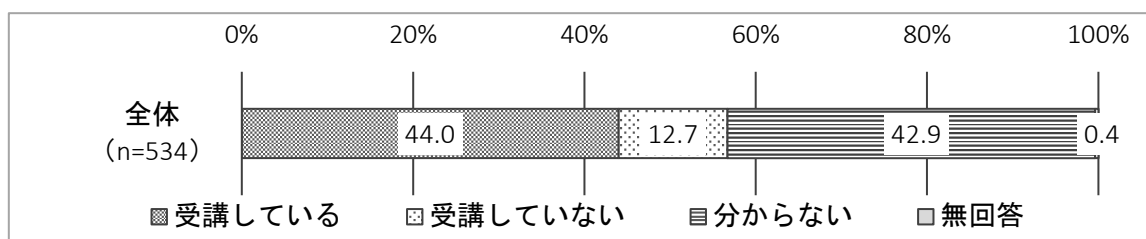
図表 43 高齢者医療・介護に関する多職種連携研修の会員の受講状況



iii. 郡市区歯科医師会以外が開催する実務を学ぶ研修の受講状況

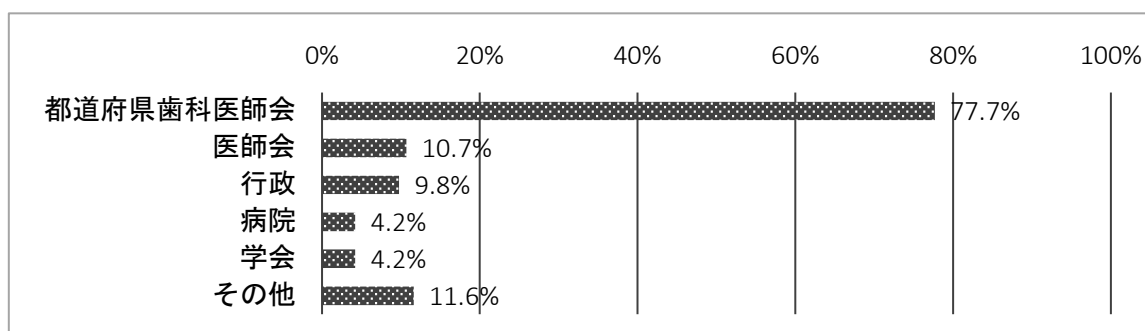
郡市区歯科医師会以外が開催している、高齢者（要介護高齢者含む）に対する歯科治療・口腔衛生管理等に関する実務（手技等）を学ぶ研修を会員が「受講している」と回答した郡市区歯科医師会は、44.0%（235ヶ所）であった。

図表 44 郡市区歯科医師会以外が開催する実務を学ぶ研修の会員の受講状況



会員が「受講している」と回答した郡市区歯科医師会（235ヶ所）が把握していた、具体的な主催者は都道府県歯科医師会が71.1%（98ヶ所）と最も多かった。

図表 45 高齢者医療・介護に関する多職種連携研修の開催形式【複数回答】



その他の回答は以下の通り

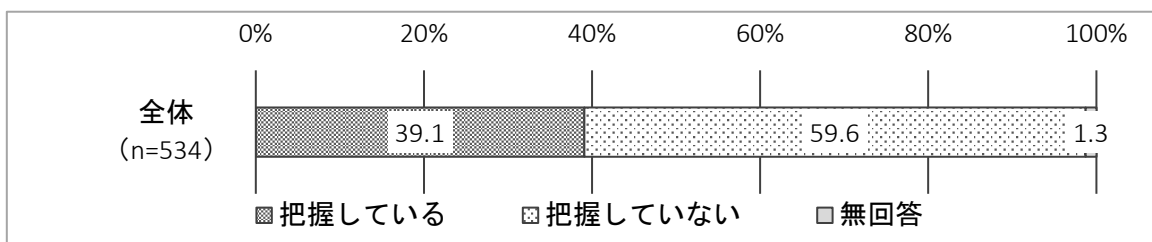
- ・ 多野藤岡リハビリ研究会、医療介護連携センターふじおか
- ・ 中越 NST
- ・ CCN かわごえ（地域包括ケアシステム）
- ・ PDN、神奈川摂食嚥下リハビリテーション研究会県央地区
- ・ PT・OT・ST 部会研修会（リハビリ部会）
- ・ あまミぼ
- ・ かも丸ネット研修会
- ・ ライフドアすわ
- ・ リフレケアセミナー 東海オーラルケアマネジメント研究会
- ・ 岡山大学公開講座 摂食・嚥下リハビリテーション従事者研修会
- ・ 介護支援専門員協会
- ・ 業者等
- ・ 両盤地区介護支援専門員協議会
- ・ 恵那デンタルスタディグループ
- ・ 在宅医療介護予防推進センター、中京在宅医療介護多職種連携支援センター

- ・ 在宅医療連携支援センター
- ・ 新潟大学摂食嚥下リハビリテーション分野、日本歯科大学新潟生命歯学部、燕・弥彦医療介護センター
- ・ 地域リハビリテーション広域支援センター
- ・ 東和薬品株式会社
- ・ 宮城県保険医協会
- ・ 薬剤師会
- ・ 保険医師会
- ・ 芳賀4町在宅医療、介護推進連携事業、多職種研修会
- ・ 諫早市在宅ケアサークル、県央地域リハビリテーション広域支援センター、諫早市在宅医療・介護連携支援センター

(5) 認知症対応力向上研修の受講状況について

会員の認知症対応力向上研修の受講状況を把握している郡市区歯科医師会は、39.1%（209ヶ所）であった。

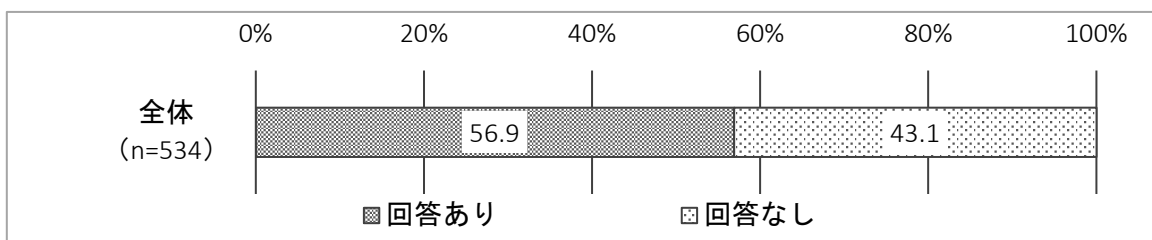
図表 46 認知症対応力向上研修の受講状況の把握の有無



(6) 認知症の人の歯科治療における医療連携に関する課題について

認知症の人の歯科治療における医療連携に関する課題について回答があった郡市区歯科医師会は、56.9%（304ヶ所）であった。

図表 47 認知症の人の歯科治療における医療連携に関する課題について



主な課題内容は、①【連携できていない】、②【情報共有が不足】、③【歯科医療従事者における課題】、④【多職種連携の必要性】、⑤【本人・家族・他職種への歯科の重要性の周知の必要性】、⑥【マンパワー・社会的資源の不足】、⑦【コスト面について】、⑧【認知症の診断について】、⑨【認知症発症前からの歯科受診の重要性】、⑩【その他】のカテゴリに分けられた。また、⑪【認知症の人への歯科治療】に関する課題も多く回答を得られた。各回答は P.109-125 に示す。

(2) i 高齢者施策および認知症施策に関与していない理由

原則として原文ママ（明らかな誤字は修正のうえ記載）

①【行政から依頼がない】

- 要請・依頼がない。（他 17 件）
- 行政より連絡がない。（他 4 件）
- 案内がない為。（他 4 件）
- 市の委員会等、呼ばれない。
- 第 9 期介護保険事業計画について知らされていない。（関連委員会の開催についても知らされていない。）
- 医師会主導で行っており、声をかけられていない。
- 行政とそこまで連携が取れていない。
- 自治体が歯科に高齢者施策への参画を重要視していない為。
- 市から要請が無い。また会として人材も不足している。
- 関連委員会の会議には出席・参加するが、それ以上の進展はない。

②【個々の歯科医療機関が対応している】

- 当歯科医師会としてはその部署を現在組織していない。個別の歯科医院での対応はある。
- 町村単位の歯科医師会では、会合 etc.に委員が参画しているところがあるが、地区歯科医師会のレベルでは、統括的には、今のところ関与していない。
- 町村数が多いため個別に対応している。
- 大分市は 3 郡市に分かれており、当会は直接的に関与していない為（会員数 10 数名の会の為）。
- 全体ではなく、個別に対応しているのではないだろうか。
- 高齢者施策は各自 歯科医院で個別に対応

- 各歯科医院が個別に対応しており、歯科医師会や行政とは少しずつ話し合いが行われています。
- 各会員が希望者のみ果歯の研修会を受講している。
- 会として対応はしていないが、個人歯科医院を通じて行っている。
- 4 市 1 町を管轄する地区であり、市町規模に差がある。支部ごとの対応になり、やっている所もあるが、ない所もある。

③【業務・マンパワー不足】

- マンパワーの不足。（他 1 件）
- 多忙。
- 歯科医師会員が少ない為。
- 会員数が少なく非力なため。実働会員数 8 名。
- 一般診療が忙しく、そこまで手が回らない。関連委員会や会議に誰も出席したがない。

④【地域特性・課題】

- 市が認知症施策を行っていない。医療と介護の研修会や自立支援型地域ケア会議などには参加しており、その中には認知症のケースもあるが、認知症に特化しているわけではない。
- まだ明確な体制が整っていない。
- 市町村での施策がない。
- 北九州市行政の中に認知症支援・介護予防センターがある。
- 行政や保健所にて、認知症に特化した施策が特に行われていないため。
- 認知症以外の高齢者については関与している。
- 特に必要が無い状況の為。

● 現在、市町村との間で主にガン治療の際の周術期口腔管理について、医科歯科連携について話し合われており、認知症患者については手つかずです。

⑤【その他】

- 明確な理由は分からない。(他3件)
- 各市町村単位での対応については不明。
- 認知症に限っての紹介がほとんど無い為。
- 今後の検討課題としているか、コロナの影響によりこの数年は進行していない。
- 高齢者施設から直接の依頼に対応する事で十分と考えているから。
- 県において栃木県は障害者歯科紹介所が歯科医師会館内にあり、機能して居り、患者または診療所の相談依頼がある場合、地域の訪問また受入可能な診療所の紹介を行っている。

(2) iii 認知症ケアパスの作成に関与していない理由

原則として原文ママ（明らかな誤字は修正のうえ記載）

①【要請・依頼がない】

- 市町村（行政）からの依頼・要請がない。（他 48 件）
- 案内がない。（他 1 件）
- 市町村、医師会等より依頼・相談がない為。
- 市行政から作成関与について連絡はありません。
- 市区町村のケアパスについて、連絡が無い為。
- 市より特に依頼されなかった。理由不明。
- 市から連絡が来ないため。
- 参画を求められなかった。
- 作成の連絡を受けなかった。
- 作成に関して市区町村より連絡がない。
- 今のところ特に案内や依頼はない。
- 関与への依頼がない
- 依頼がなかった。内容にも関与していない。
- ケアパス作成について市町村より依頼がない。
- 先ず依頼がないと思えます。
- 認知症ケアパス作成についての案内はない。
- 認知症ケアパスについての案内がないため。
- 特に相談等がない為。
- 特に行政から相談・依頼を受けていないため。
- 特に求めがないため。
- 声がかからない。
- 誘われていない。
- 歯科医師会への参画依頼無。

- 歯科医師会に報告等がないので分からない。
- 歯科医師会に正式に話がない。
- 歯科医師会には参加の依頼がない。
- 郡市歯科医師会には関与の要請はない。
- 関与に関する依頼がなかった。あるいは歯科医師会を窓口にしていくかも知れません。
- 当会として関与したいが何の連絡もない。
- 県や市（行政）から当歯科医師会への「声がけ」がないため。
- 歯科医師会と市区町村との間で要請・取り決め等ないため。
- 市町村より認知症ケアパスなどの参画について、私が会長になって 2 年未満であるが、引き継ぎに際しても伺った事はない。
- 市町村から認知症ケアパスの作成に関する問合せがない。
- 市町村がケアパスを作成しているかどうかともわからない。相談や問合せもない。
- 未周知。
- 作成するにあたり、協力を求められなかったため。
- 行政当局や医師会等から依頼等アプローチは一切ない。
- 行政からのアプローチがありません。
- 行政より働きかけがないため。
- 行政から関与して欲しい旨の連絡がないため。
- 行政がまだ対応していないと思う。
- 関係機関からの依頼を受けていないため。
- 関与の仕方が不明。行政から呼びかけ無し。
- 会議（ケアパス作成の）に呼ばれてない。
- 旭市より関与するようにと言われていない。
- まだ、市区町村の認知症ケアパスには、関与依頼が特にならないため。
- そういった話が無いからです。

段階である。

- 多職種連携の会議には出席しているが、認知症ケアパス作成に関して、歯科医師会として参画を要請されていない。
- 市区町村の福祉対策では行っているが、本会では直接行っていない。行政の福祉委員会等に会から参加している。
- 市あるいは介護広域連合での会議には参加し意見を述べているが、作成には関与していない。
- 三師会及び多職種関係者の委員会で若干揭示を受けたが、歯科は作成に関わっていない。
- 泉市の作成には関与していないが、包括ケアネットワーク（市内）を通じて、アドバイス等を行っています。
- 関連会議には出席しているが、ケアパスの作成には直接関与していない。

②【認知症施策には関わっているが認知症ケアパス作成には関与していない】

- コミュニケーションがないため。
- ケアパス作成に関して市より連絡等受けていないと思われる。
- ケアパスの依頼もない。また作成にも関与していない。
- 地区内行政単位でのそれぞれケアパス作成の情報を有していない。また、認知症ケアパス作成への地区歯科医師会への参画要請も今のところ受けていない。
- 市から認知症ケアパスについて作成に関与していない。
- 医科と地方自治体の間では存じませんが、歯科については話があった事はありません。
- 市が作成し配布されている。歯科医師会に、意見は求められていない。

②【認知症施策には関わっているが認知症ケアパス作成には関与していない】

- 市町村の作成に認知症対応歯科医療機関の選定には関与。
- 認知症関連の会議には参加しているが、パスなどの詳細な内容には関与していない。
- 認知症患者の受け入れ先は出しており、作成には直接関与していません。
- 認知症を含めた高齢者の医療介護事業に関する行政の会議には出席しているが、認知症ケアパスの作成に参画した実績はない。また、行政からその要望もない。
- 認知症に特化したケアパスには関わっていない。介護事業の中では関与しているが、認知症に特化したものには関わっていない。
- 中野区認知症対策部会では、医科診療所を中心に認知症患者の早期発見・早期治療のための健診事業が今秋より実施されている。他職種（歯科を含む）とのケアパスの作成については、討論・検討中の

- 都道府県で認知症ケアパスに似た内容のものを作成した際に関わったが、市区町村の作成は関与していない。

③【認知症ケアパス・作成の有無を知らない】

- 認知症ケアパスについて知らなかった。(他 5 件)
- 作成されているか不明。(他 3 件)
- 認知症ケアパスを初めて聞いたため、分からない。(他 2 件)
- 認知症ケアパスをみたことがないので分からない。
- 認知症ケアパスの周知がされていないため。
- 認知症ケアパスがあることもよく知らない。歯科に対しては、いろいろな情報提供が少ないと感じる。認知症の患者は日常的に診ているのに声はかからない。
- 特に自治体からの要請がないし、そもそも「認知症ケアパス」についての知識がない。
- 市で作成している認知症ケアパスの存在も知りませんでした。
- 認知症ケアパス作成に関与していないと思われる。ケアパス自体の存在も理解していない。
- 当会では把握していない。
- 市では検討している様だけ不明。
- 過去にあったか不明。
- 状況がわからない。
- ケアパスの有無を知らない。

④【認知症ケアパスが作成されていない】

- 認知症ケアパスは市町村では作成してない。(他 6 件)
- 認知症ケアパスの形態を取っていないため(区が)。
- 認知症ケアに関する事業がまだ確立されていないため。

- 当市ではまだ認知症ケアパスがなさそうに思われる。
- 市区町村の認知症ケアパスがまだ無いと思われる。
- 行政や保健所にて、認知症に特化した施策が特に行われていないため。
- 行政とはまだ話し合いが進んでおらず、金沢や小松などより遅れています。
- そもそもそのような会議が存在しない為。
- ケアパス自体、作成されているかどうか分からない。
- ケアパスに関しての会議等、開催された事がない。
- 動きがない。
- 未着手。
- 認知症ケアパスはないが、症例ごとに対応している。

⑤【理由不明】

- 不明。(他 14 件)
- 特に理由なし。(他 8 件)

⑥【検討中】

- 準備しているところです。
- 現在検討中。
- 今後検討の予定。
- 今後の検討課題と議論中。
- 今後、医師会等の多職種と連携に関わっていききたい。
- 行政が作成しているが、今後関与するよう要望している。
- 現在歯科保健活動の見直しを市と行っており、今後取り組んでいく予定です。
- まだまだ準備不足の為。

● ここまででは対応していない。今後対応していく。

⑦【その他】

- 作成に関する条件が整っていない。
- 市の認知症対策には、歯科の需要がない為。
- 市の作成資料に訪問歯科医療が出来る歯科医院の掲載のみ。
- 市との共有がない。
- 在宅療養ガイドブックに記載されているが、認知症ガイドブックには記載されていない。
- 高齢者施設から直接の依頼に対応する事で十分と考えているから。
- 総合病院内の歯科医師、歯科衛生士が関与。
- 静岡市にて認知症ケアパスシートは作成されている。「かかりつけ歯科医」に相談するよう記載はされているが、各歯科医院の電話番号は記載されていない。
- 行政とそこまで連携が取れていない。
- 医師会の「もの忘れ相談医リスト」が収載されている「認知症あんしんガイド」が配布されている。
- 芦屋市の支援チームに参画していない。
- 詳細不明のため。
- 手順が不明のため。
- 現時点ではよくわからない。
- 栃木県歯科医師会が主催で、市は関与していない。
- 大分市は3郡市に分かれており、当会は直接的に関与していない為。
- 市町村で作成されていますが、当会は関与しておりません。
- 会員個人で関わっているため、会としては関与していない。
- 当歯科医師会としては関わっていない。

- 県歯科医師会では行っているものでそれらでは関わっている。
- 医師会が主に関与しており、歯科医師会は関与していない。
- 小規模歯科医師会のため、県歯の対応をお願いしている。
- 地区医師会に任せている。
- 人員不足。
- 認知症に積極的に関わるドクターが少ない。
- 地域が広域のため相談員が配置できない。
- 対応できる医院が少ない為。
- 歯科医師会員数が少ない為。
- 市と医師会とで作成している。
- 市として関与している。
- 市が作成している。
- 高松市の住宅ケア便利帳作成の際に関わった。
- 県におまかせ。
- 3町（行政単位）よりなっており、各町異なる。
- 区が独自に作成。
- 医師会と関連業種で、連携以前に作成済みであった。
- 医科を中心に認知症あんしんガイドが作成されている。当会からのアプローチも特に無いため歯科は含まれていないと考えます。
- 認知症に特化した協議会等に参画していない。
- 諏訪市医師会が諏訪日赤と諏訪市社会福祉協議会と共同して、諏訪市より委託を受けて「ライフドアすわ」活動をしているので関与していない。
- 市町村のそれぞれの自治体にて、ケアマップのようなものを作成していますが、作成については関与していません。
- 作成には関与していないが、会員へ配布するなど周知協力は実施している。

- 市町村への情報提供は行っているが、作成には携わっていない。
- 京都府歯科医師会が京都府の会議に参加しているのみで、当会は参加したことがない。
- 気仙沼市 HP から。認知症暮らしの便利帳～気仙沼市認知症ケアパス～という冊子を紹介するページはあるが、内容を見ると「かかりつけ歯科医」という単語が一つあるだけだった。作成にはかかわっていない。

(6) 認知症の人の歯科治療における医療連携に関する課題

原則として原文ママ（明らかな誤字は修正のうえ記載）

①【連携できていない】

- 多職種間のいわゆる顔の見える関係が確立されていない点。
- 特におひとり受診された場合など、患者様の認知症の現況を把握しにくい。医科や介護（ケアマネジャー？）等の連携の輪にうまく入れるような仕組み作りが課題。
- 医師との連携が希薄なのでもっと合同での研修を通して、お互いの理解を深める必要があると思う。
- 連携すること、できることを目的、目標として他職種の方々と研修等参加はしているが、実際に連携したという経験が私は0であり、歯科医師会として他の会員が連携できているか否か情報がない。また、医師の参加が殆どみられない状況での研修会が多い。
- 連携が取れていると思っても、スムーズな運用となると難しい面が出ています。
- 本会は1市4町から成っている為、行政ごとになかなか意見統一するのに大変である。
- 訪問治療を行っている歯科医療機関はケアマネジャーや医科との連携はなれているが、外来のみの歯科医療機関は連携になれていない。
- 函南町…現在、医科や介護職との連携を取れるよう、関係づくりをしているところです。多職種がお互いにどのような役割があり、どのようなことができるか、ということ把握し、顔の見える関係づくりができればよりスムーズに連携が取れると思います。
- 認知症担当主治医との連携。ご家族の協力。
- 認知症を自覚されている方とそうでない人との格差が大きく、歯科

治療上、必要と思われる治療でも本人の協力が得られない場合があります。家族や施設職員、他医療従事者との連携構築に進まない傾向があります。どこからアクションをすれば良いのか悩む事もあります。

- 認知症も含め、介護が必要な方を把握しているケアマネジャーさんが中心となり指示を出していただくと良いのですが、医師、歯科医師、訪問看護師、ヘルパーと各仕事バラバラでがんばっているように思える。
- 認知症の程度により診療の難易度が違うため、段階的に連携の方法を考慮すべきでは。
- 当歯科医師会では、県下で行われます講習会への参加はしていますが、各会員との個別にて対応しているようです。介護サービスを受けています方々からまた担当ケアマネジャーより連絡を頂き対応していますが、その内容までは把握していません。今後は連絡を取りながら対応できるように願いたいと思います。
- 地元医師会の連携室より依頼、情報提供を受け、歯科治療に応じているが、難易度の高いケースもあり、十分な対応は出来ていない。出来る範囲での対応という、消極的な対応となっています。
- 他職種の連携不足。
- 他職種との接点が少なく顔のみえる関係が十分に構築されていないこと。
- 歯科医師の立場から、認知症の初期つまり歯科治療が困難になる前の時期で管理しやすい口腔環境に整えたい。そのためには、かかりつけ医、認知症サポート医との医療連携が必要不可欠である。医療連携（介護も）何の情報共有や連携が必要なのか、具体的なフォーマットが必要である。また、連携する機会も増やす必要がある。
- 具体的なやり方がわからない。

- 歯科医院に初期の段階で認知症に気付く事が多くありますが、次にどこへつなげていくか、どのような声をかけをすればいいのか、もう少し多職種連携が取れればいいと感じております。
- 今後、多職種連携で認知症の治療を行っていく事になると思います。
- 行政主導で在宅医療介護の多職種連携会議が開かれておりますが、現場レベルではなかなか歯科との連携は取れていないのが現状です。
- 行政を含めた認知症の会議は行っていますが、まだ具体的な歯科治療についてはほとんど行われていない状況です。
- 現在のところ歯科単独で認知症の方の治療にあたる事が多く、認知症初期集中支援チームに参画していない（できない・依頼がこない）。認知症の方の口腔ケア等はまだまだ後回しのようです。
- 家族などから依頼があり治療についていらいらっしやる事はあるが、認知症を診ている病院からの依頼は無い。どのようにルートを作っていくたらいいか話あわれているのでしょうか。郡歯会としては会員に研修を受けて頂き、適切な治療に結びつけていきたいが。
- 医療連携の手前である。同居家族やグループホームの職員の協力意識も大切であると思う。
- 医療、介護連携をさらに密にしていっていく必要があると考えます。
- 医科歯科の連携不十分。
- 医科、歯科、介護の横の連携が構築されていない。
- 医科、ケアパス、ヘルパー等の連携が非常に大事ですが、連携が不十分な時がまだあるので強化していきたい。
- まだしつかりした医療連携が確立していない。コロナで中断してしまっただけで、これからまた連携を模索していく。
- 8020 運動で、歯を残すべきという考えが一般的になったが、人生

- 100 年時代と言われる中で、様々な全身疾患により歯科治療のリスクが高くなる。認知症になると自己管理が出来なくなり、様々な治療の同意を得るのが難しくなる。不衛生なまま放置され、崩壊していく口を何人も診てきた。まだ理解が出来るうちに親知らずは抜歯しておくべきだし、多のリスクの高い歯についても戦略的に抜歯して管理しやすい口を作るよう努めることが結果的に健康でいられるのではないかと感じる。認知症になる前の人、全身管理をする医師、Ns、介護士などにも管理しやすいシンプルな口にして終末期を迎える方が、メリットが大きい事を教育した方が良いと思う。歯科からの情報発信も積極的にした方が良い。歯科と他の職種の交流が少ないので相互理解が少ないと思う。
- 多職種間での連携が未だ不十分。医科にリーダーシップをとって欲しいが、フラットな関係を構築するのが困難か。地域の医師会会員は高齢の方が多く、若いドクターが少ない。＝多職種間の立場が旧態依然としている。独居の認知症患者の予約管理。サービス担当者と連携ができていても予約日に担当者が迎えに行っても本人不在な
- 保健、医療、介護の連携体制の構築が多職種間で出来ていない。
- 認知症疾患医療に特化した機能が未整備であるため、連携が難しい。
- 認知症患者に対しての専門知識を持った歯科医師の確保。多職種がシームレスに連携できるシステム作り。
- 認知症患者だけでなく、高齢者、多くの疾患を持つ患者に対する治療のリスクは高い。そのリスクを払拭できるだけの医科・行政・その他の連携がまだしつかり出来ていない。
- 歯科治療の必要な方が相当数いると思われるが、医療連携のシステムが構築されていない為治療に結びついていない。

- 認知症患者さんの基礎疾患等の有無を確認する為に、歯科医療機関から医科医療機関に紹介を行っても、診療情報連携共有料が算定出来る事でご存知ない医師の中には、返書を提出されない方もおられる為、医療連携が出来ない事がある。
- 認知症の方の口腔衛生状態を含めた口腔機能の診察について医科からの依頼があまりにもないのが実情です。医科に口腔の診察の重要性を認識してもらい、なるべく介護度の低いうちから歯科が介入できるようなシステムの構築が必要です。介護認定申請時、または介護認定後に歯科の診察を義務化するなどが無いと口腔衛生状態の悪化や口腔機能低下による摂食障害などを防ぐのが難しい。
- 当地区歯科医師会が4つの自治体にまたがる為、それぞれの自治体で対応がまちまちになる場合があり、歯科医師会として主体的に動く事が困難なこと。
- 当歯科医師会として市の関連の会議などには出席していますが、会として認知症の人の歯科治療における医療連携が具体的に出来てないので、市・医師会などと関連を密にして取り組んでいかなければと思います。会としてこれから考えていかなければいけないと思います。
- 通院介助をしつかり利用して欲しい。
- 歯科治療を行う前に当該患者が認知症なのかどうかを知るすべがなく、また歯科治療中に認知症の疑いを感じても、その情報を他機関に確認する方法がない。速やかに情報を共有できるようにシステムが急務と思われる。
- 歯科医師の役割とされる認知症の早期発見、早期の対応があります。早期発見については行政（福祉分野）との連携体制の構築が進んでいる所です。医療連携においては、口腔機能の維持が認知症の発症を予防すること、そして認知症になると口腔環境の悪化につな

- 認知症の発症率の低下にもつながっていくことを医科と共有できるかどうかが課題と考えます（具体的ではないのですが）。
- 在宅医療・介護連携推進協議会、包括支援センター協議会などには歯科医師会として参加しているが、認知症疾患医療センターとの連携はまだまだ取れていないのが現状です。今後は医療連携をとる必要があると思われま
- 高度に進行した認知症患者の対応・治療及び紹介連携等の具体的なマニュアル等が必要と思われ
- 行政や医科とのさらなる連携の強化。
- 地域の顔の見える関係の構築。
- 行政との連携が難しい。
- 県単位では同連携について推進しているが、市単位でその取組は行っていない。
- 一般開業医では、対応が難しいケース等があり、総合病院との連携が必要な場合は、個々の歯科医院から直接病院へ連携されている状況です。歯科医師会連携室で取りまとめ、連携が出来るようになればと考えております。
- 医師会、歯科医師会、薬剤師会及び包括センターなどとの連携の立ち上げがなされていない。
- 異なる行政単位が混在しており、その進展も様々で統一的な対応が困難と思われ
- 認知症疾患医療センターとの連携が取れていない。重度の認知症患者がいた場合に紹介できる歯科医療機関リストの作成が必要。
- 認知症患者の歯科医療のニーズは非常に高いにも関わらず、かかわる医師や専門職からの紹介は非常に少ない。歯科の早期介入が重要との共通認識が多職種で共有されていないと感じる。認知症患者の受入体制の不備。

- 口腔に問題がある認知症の方を歯科受診や歯科訪問につなげるシステムが構築されていない。
- 我々の地域は高齢化率が高くなり高く、認知症または疑いの方も多いためですが、ケアパスは存在していませんが、その中には歯科のみならず歯科の医療情報も入っていないので、医科歯科として薬局で携帯できる実用性のあるパスを作成出来るのが望ましいと考えます。また我々の地域に近い認知症疾患医療センターは無いので、せめて地域の基幹病院でその役割を担える体制を作って欲しい。
- 医科歯科の連携が密で無い。歯科と地域包括支援センターとの連携が医科ほど密で無い。外来にて認知症の患者に接するケースが医科より少ない。外来にて治療する患者は65歳を過ぎると医科より受診率が少ない。医科に比べ在宅医療の件数が少ない。医科に比べて在宅医療を行う為に機材設備が大変で、また必要なマンパワー（歯科衛生士の数）が少ない。等の理由で多職種連携の場が少ない。
- 認知症の患者が1人で来院して対応を苦慮する場合もあるので、キーパーソンの確保、ケアマネジャーの確認などが必要。
- 認知症の可能性のある方に対して、適切な対応、どこに相談したらいいのかわからない。
- 医療連携が困難。どこに相談して良いのかが不明。
- 連携を主導する機関が明確でない。
- 通院している患者さんに問題となる認知症状が認められた場合、地域の包括支援センターに相談するよう会員に周知。
- 歯科治療で通院している患者さんが認知症の疑いがあるもとの医師機関にどのように紹介してよいかかわからない。
- 歯科医院には、長期にわたり通院されたり通院されている高齢者が多く、会話や行動により認知症の初期症状を疑うケースが時々見られます。そのような時に認知症疾患医療センターにつなげたくても、地域内にセ

ンターが少なすぎで連携が困難です。専門性が問われているこの疾患では、近所の内科医とくに相談しても適切な診断や治療に結びつきにくく疑問に思っています。センターだけでなく、認知症に対応できる診療所・病院等も公表し、医科歯科連携のハードルを下げて欲しいです。

②【情報共有が不足】

- 多職種の情報共有が難しい。(他3件)
- 認知症として把握されていない人が、まだまだ多く医療機関やケアマネジャー等からの情報が入ってこないこと。
- 地域の認知症に対する偏見をなくす取り組みへ、歯科が多職種と共に活動し、医療・介護・介護における口腔（食）支援の重要性和、在宅、病院、施設へシームレスに口腔の情報共有する事、また、歯科関係者が認知症進行度合いにあった適切な患者への対応を理解し多職種と連携し治療、支援にあたる必要がある。
- 多職種間の情報伝達方法。
- 多職種ゆえに個々の職種特有の言語や認識がなかなか共有できない。
- 他職種・行政からの情報が得づらい。
- 市区町村からの連携があまりない。家族からの相談で治療を行い、他からの依頼はない。
- 行政も含めた多職種での意識共有。
- 現在、歯科に対して何ら情報提供はない状態。情報の共有から始める必要があると思う。
- 患者様各個人の現状をリアルタイムで、担当医やケアマネジャーなどと情報共有できると良いと思います。
- 各職種の情報が一元化されにくい。

- 認知症患者の情報不足。
- 医療機関、歯科医療機関、互いの情報の共有不足。
- 課題の一つに、歯科治療において定期的に診療されている方の口腔内状況の悪化が見られた時に認知症を疑うことがあり、その際医療、介護との情報共有と特に家族へのアプローチについて難しさを感じる。
- 医師から経口摂取は無理と判断された方を拝見した事があります。単に周辺症状を抑える為の薬剤によるものでした。認知症の方の歯科治療は無理でしようという勝手な判断の元、放置されたからです。出来ない事も、無理な事もあります。出来事もあります。認知症の方が在宅にしろ、施設にしろ、どこにおられるかは歯科医師会としては把握しておりません。管理されていない口腔はあつとつという間に崩壊します。他職種からの情報が求められます。
- 医師・訪問看護師・施設職員と情報交換することにより認知症の進行度を確認し、どのレベルの歯科治療が相応しいかを見定めることが必要と思われまふ。
- 医科からの情報提供がほとんどない。
- 医科、歯科、行政共に別々に働いている気がします。医師から歯科への連絡はほぼ無しです。ケアマネジャーからの情報提供もほぼ無く、家族のみに頼って治療を行っているのが現状と思います。
- センターから会へのアプローチがない（あつたのかも知れないが、周知されていない）。
- ケアマネジャーが歯科医師とつながりのない方の場合、そこで処置（対処）が止まってしまう可能性があるため、情報の共有が必要だと考える。
- オンライン資格確認等の利用で改善されるかも知れないが、療養状況・服薬等の医療情報が共有できない。また、地域の歯科医師の高齢化が進行しているため、訪問診療・口腔衛生指導等に対応できない。
- アルツハイマー薬での食欲低下、抗パーキンソンや抗うつ剤、降圧剤での口腔乾燥、咳止め薬での誤嚥など薬物副作用原因による口腔衛生状態悪化も多いです。他科や介護士と投薬の状況・変更等、簡単に共有できると助かります。
- 要介助・要介護認定の際に歯科医療機関との情報交換がない為、自己判断で歯科医療の必要・不要の判断となり、症状が悪化してから受診が多すぎる。家族が認知症患者に対する理解を得る際に歯科医療が介入するメリットを理解することを提供して欲しい。誤嚥性肺炎の可能性を下げること及び自信で食事が出来ることが症状悪化防止につながる点など。
- 各職種の知識レベルと、言語（用語）の違いをどのように統一させていくか認識したい事がある時に、ケアマネジャーや医科に直接聞くべきなのか、それとも包括支援センターを経由すべきなのか、迷う事がある。連携の中心を明確にした方が良いのではないか。
- キーパーソンの把握（また、いない場合の対応）、本人の正確な情報の把握をどうするか（既往症など）、連携ツールを何にするか、連携の中心となる人（ケアマネジャー・医師など）の選定、など。
- MCSをより有効活用でき、歯科治療前に主治医あるいは施設に入所されていれば介護の人を含んだ情報入手できればいいと思う。
- 患者さんの基本医療情報（服薬、治療等）の連絡システムが整っていない。
- 医療連携に関するネットワークの確立が必要である。
- 医師、医院、病院との個人的な関係で情報を共有することはあるが、公式に情報を得ることはまずありません。
- キーパーソンの把握が難しい。

● 認知症疾患医療センターとの連携の手段が会員にあまり周知されていない（事例の数もあまり多くはないが）。

● 施設や行政から歯科への連携はできてきて、歯科医師会でも把握できているが、医科・歯科の連携が個別になされることが多く、会として把握しづらいです。歯科治療にかかわる課題も会として共有したいところではあります。

● 認知症に関する勉強会は、会として独自にやっております、施設の際には認知症の方もみえています。認知症施設を特別に扱うわけではなく、施設の中でみることが多いし、日常の診療の際も普通に診療しております。課題としては情報提供がスムーズであれば問題なく診療しております。

● 歯科口腔保健への関心や自信の健康に対するリテラシーが低下した患者の医療への協力が得づらく、これが問題で共有する情報量を増やして、充実され、個々への対応を柔軟に行う事が大切と考えています。

● まず認知症の方を把握することから始め、さらにその期に歯科治療のニーズがあることをどのようにして情報収集するかが課題です。

③【歯科医療従事者における課題】

● 歯科医師の知識、臨床（現場）経験の不足。※個々意識の問題、情報、経験の場はあるはず。他職種と積極的に連携をとる。情報交換は益々必要。

● 医療介護ネットワークという多職種の集まりがあり、その中には医師、歯科医師、薬剤師、看護師、OT・PT・ST、ケアマネジャー、ソーシャルワーカー、栄養士らに行政まで加わり、多職種が連携して、認知症をはじめ、在宅医療、ACP等の研修会を行っている。しかし、歯科医師の参加が少ない。歯科医師の関心のなさが課題とな

る。

● 医科その他で認知症のサポーターを育成されているが、歯科の関わりは少ない。歯科の場合は、様々なケースの実習を受けないと紹介されても対応が難しいのが現状です。

● 連携する認知症の方の歯科治療を行う歯科医師の対応力の向上。

● 認知症の程度によって、歯科治療の関与度が変わる。歯科医師（医院）の対応が異なる。

● 認知症の進行程度により、可能な歯科治療は制限されますが、紹介元の希望される治療ができないことがよくあります。口腔機能の維持が介護度の悪化を抑える要素となりますので、認知症の方をよりうまく歯科治療を受けていただく為の研修を受ける機会を増やしてもらいたいと存じます。

● 地域が多職種との密な連携がとれていない。

● 重度認知症の方に対応できる医療機関の選定と、個々の歯科医の対応力の向上が必要と思います。

● 自院での認知症対策は行っていると思われるが、研修会などの参加は至って少なく（歯科医師）残念である。

● 歯科医師会の歯科医師の高齢化もあり、認知症の患者さんへの理解が十分でないように思える。実際、研修会を開いてもいつも受講する歯科医師は決まっておき、人数や増えていかないのが現状だ。

● 広島県主催の認知症対応力向上研修への本会会員の受講率の向上。

● 会員（歯科医師）自体がまだ認知症患者に対応できる体制が整っていない状況で、また多職種も認知症の方の口腔管理の必要性に対する意識がまだ十分に浸透していないと考えられます。

● 認知症、歯科医療の医療連携の研修等の立ち上げ自体無いので、それが課題です（我々の歯科医師会からの医療連携へのアプローチも必要ですが…）。

- 認知症の方に特別な配慮をせず対応できる教育が必要であるが、周知されおらず逆に距離を置いて対応している人が多い。また認知症への対応も日々変化している為、研修し続ける困難さがある。
- 認知症の進行に伴って、口腔ケア問題 摂食障害 嚥下障害という負の連鎖を断ち切るために、各段階でのアプローチに多くの専門性が必要となるが、歯科医師会レベルではスペシャリズムに充実した人材にまで育つ会員が限られてしまう。
- 多職種での講習会、研修会への会員の参加はごく少数の会員であり、まだまだ市民への対応は少ない状況である。さらなる参加増員が必要となる。
- 歯科医師が認知症の方々との様に接して、どの様な治療を具体的にに行っていけばよいか、なかなかノウハウが不足していると思います。研修会等はありませんが、医科からの紹介等もない状況です。
- 介護審査委員の増員、介護・認知症についてより周知が必要かと思われまます。
- 高齢者、特に有病高齢者対策で認知症が問題になることは周知しており、要支援、要介護への対応で歯科が行うべきこと、出来ることを考えて検討していきたいと思っています。

④【多職種連携の必要性】

- 認知症の人は問題行動や投薬等の関係で治療が困難であることが多く、歯科医師と医師が連携しながら治療を進める事が重要となります。多職種連携交流会や研修会等で、いろいろな理解は埋めています。医師と連携する場合、具体的な方法、及び手順についてよくわからない点が課題だと思っています。
- 行政において活動がまちまち、案内があれば参加・活動するスキルはある。

- まだ多くの歯科医療従事者は認知症自体の理解が不十分であるため、さらなるスキルアップが早急に必要であると思われ。
- 歯科受診や訪問歯科診療で軽度認知症の疑いを持ってても認知症の診断や治療につながりにくい。歯科ができる認知症への対応力をアピールできていない。
- 認知症を含め、高齢者に対する多職種連携に関心を示す会員の少なさ。
- 認知症の人の歯科治療を依頼された歯科医師個人の対応能力、経験値、知識、手技が試されている感じ。他職種とどのように連携させてもらえばよいか、戸惑うことが多い（つまり連携が構築されていないと言う事）。
- 長野県歯科医師会では認知症対応力向上研修会など複数回実施はしているが受講者がまだ少ない。当会が主催する研修会についてももっと周知し、認知症への理解を深められるように行う必要があると感じる。
- 大阪府歯科医師会で開催される講習には参加されている会員は多数です。ので、本会を通して案内にされると効果的だと思います。
- 歯科医師側としては、歯科医師の「認知症と口腔」の問題についての認識が不十分である点が大きいと思われる。連携については、普段からの医療連携（一般的歯科治療のもの）が十分に行われていないので、認知症についても全くといっていいほど連携はとれていないと考えられる。
- 認知症に対する歯科医の知識がまだまだ浅い。
- 認知症の方の治療に対応できる会員がどれだけいるか分からない。会員減少、高齢化により、訪問に対応できる会員も減少している。
- 歯科医の認識が低い。情報の入手先が（介護予防事業等）あるが、入手先を知らない Dr.が多い。

- 多職種連携において歯科への協働依頼（相談）が少なく、他職種の歯科口腔衛生に対する理解度があまりにも低いと思われる。
- 患者さんご家族の歯科的ニーズへの無理解。歯科医師や歯科衛生士が行う口腔ケアの有効性。一般ナース、ヘルパーが行う場合との差違が知られていない。
- まだまだ歯科と認知症の関連が認知されていないと思います。
- 多職種連携が上手くできていない（口腔ケアの大切さなど介護スタッフへの知識の指導等の必要性を感じる）。
- 多職種の方々の中には、口腔衛生や機能維持に関する事に関心の高い人が比較的多いように感じています。
- 歯科治療等の必要性・重要性が、あまり強く他職種に理解されていない。
- 認知症患者を介護する家族、介護施設職員等、従事者の方々に口腔内環境の整備、口腔内清掃の重要性を理解してもらおう。口腔内トラブルが発生した場合、要介護者が迅速に治療を受けられるよう介護者からの連絡系統を整えておく。
- 歯科治療の必要性への理解度（本人、介護者、他職種）。口から食べる事の重要性の周知。
- ご本人やご家族、他職種の口腔に対する関心が少ない。より周知徹底が必要。歯科医師、医療従事者にも認知症患者の歯科治療に理解を深める必要があると感じます。
- 歯科医師の歯科治療による認知症の関係性の研鑽及びその関係性の他業種への周知、普及、啓蒙。
- 訪問歯科診療やメインテナンスに関して本人や家族の理解が得られにくい。
- 医科の先生方に歯周医学の重要性を理解して頂く事がスムーズな事業の展開には必要だと思われまます。

- 地区での医師会との研修会。
- 多職種連携研修等には、積極的に参加・関与していますが、高齢者、特に認知症対応向上に関しては未周知なことが多く、これから参画を考えていく予定です。
- 連携の必要性をあまり理解していない。わかっていない。
- 多職種との理解と周知。
- 認知症についての講習は受けて理解は深まってきているが、実際の医療連携は、まだできてないケースが多い。
- 専門医をまねいての講演会、懇親会など、まずは顔合わせが必要。
- 三師会連合で講演会等を開催。
- 三師会ならびに多職種連携研修会。
- 三師会。
- 基本的な知識吸収のための各種研修会の不足。多職種連携の不足。

⑤【本人・家族・他職種への歯科の重要性の周知の必要性】

- 医科・介護の連携は強固ではあるが、認知機能と歯科との関係があまり周知されていない事もあり、歯科との連携が希薄である。今後は口腔機能と認知に関して周知していくことが課題であると思えます。
- 口腔の状態まで把握している方（本人、家族、ケアマネジャー等）が少ない。
- 歯科医療の特異性により、他職種に対して治療内容を理解してもらうのが難しいことも考えられます。
- 口腔ケアの実施が困難で、重要性を理解してもらえない。
- 歯科以外のスタッフの歯科医療に関する認識が低い。
- 患者に指示が通らない。他業種の歯科治療に対する認識や理解不足。

- 日常的に介護を行っている家族や介護者も口腔の変化を見極めることは困難で、結果的に放置され適切な時期に歯科医療の効果的な介入が行えないのが現状で、定期的な歯科医師・歯科衛生士による口腔管理を看護師や介護者に理解してもらい連携していくことが、認知症患者のQOLの維持につながっていくと考えます。
- 訪問歯科診療の重要性を認識していただくこと。
- 認知症初期集中チームの活動やケアパスの運用について歯科職種に参加の要請がない。認知症患者に係る口腔の問題について他職種に気付いてもらうことが連携のスタートと考えるが、歯科職種の関わりが少ないことから口腔の問題への関心度は低いように感じられる。
- 認知症患者に関わる複数の専門職における歯科医療の必要性について認識が低い。
- 認知症の方の口腔管理がようやく医科側にも認知され始めていると感じていますが、まだまだ低く、連携が十分取れるまでにはいないのが実情です。
- 認知症の程度により歯科治療は全員医療機関で実施されているが、進行した状態では、医療連携を取ったとしても治療は全員個人のクリニックでは困難と思われる。医療連携の中に認知症予防のための歯科的アプローチも含めて市民への啓発は、以前より実施している。
- 認知症が進行了した患者さんでは、歯科治療が困難な場合があることをご家族も含めて分かって欲しい。
- 訪問歯科診療やオーラルフレイルについての研修会は行ってきただが、認知症に特化した研修会、講習会を開催したいと考えている。その上で、医科や介護関連の方々々と連携を図って行きたい。

⑥【マンパワー・社会的資源の不足】

- 連携する本会においてもマンパワー不足が一番の課題です。来年度は在宅歯科医療強化モデル事業を本会が行う予定で、認知症対応についても対策を講じる予定です。
- 当歯科医師会管内では認知症の方対象に限らず、医療連携そのものが十分機能していません。一番の原因は時間的な問題かと思えます。多職種の方々それぞれが自分のルーティンを持つ中、時間を調整して集まって…となるとかなり難しいかと思えます。マンパワーが豊富な地域であればそれも可能とは思いますが…。
- 認知症の方の治療に対応できる会員がどれだけいるか分からない。会員減少、高齢化により、訪問に対応できる会員も減少している。
- 通常診療への影響に不安を持つ会員が多い。
- 地方では医療機関、歯科医師数が少なく、診療の時間内で対応することが難しい。移動を伴う場合は往復100kmを超えることもある。
- 地域での多職種連携は進んでいるが、参加会員数が少ない。
- 対応可能な歯科医師が限られているため集中してしまう。
- 政令指定都市の場合、区単位の対応になるので市行政と直結していないので対応にタイムラグがある。
- 住民及び歯科医師会員数が少なく、活動ができない。
- 受け入れし医療所の不足。
- 実際に連携に関わる歯科医師がまだまだ少ない。
- 治療困難事例の後送施設・病院の確保。
- 「地域ケア会議のための栄養 口腔アセスメントの視点」の活用率が1割弱で活用できていない。診療時間外でしか(Dr.1人のケース等)会議、連携等対応が出来ない。自院の歯科医院の業務で一杯一杯のDr.が多く、時間的精神的な余裕がない。
- 今現在は、個々の会員が個別に対応しているのが現状です。

- 医療連携に歯科は入っていないし、入るだけの知識、経験も持ち合わせている人材が圧倒的に少ない。
- 高次医療機関では、抜歯等の単発の依頼しか受けてもらえず、結局は一般歯科診療所が継続して診ていかざるを得ない為負担が大きい。
- 個人開業医の多い歯科においては、自分の診療室であれば対応可能なこともあり、診療室を空けて出かけるということは、代診でもいなければ負担が大きい。その中で行うためには、連携を密にし、役割分担を明確にして対応する必要があると考えるが、容易なことではないと考える。
- 各歯科医師の年齢、診療体制の考えから市歯科医師会として全ての会員が協力出来る状況ではない（市との連携はとっており、各個人として講習会に参加、訪問診療を行っている）。
- 会員数が年々減少していて、範囲が広いので対応するのが難しい。
- まだまだ介護施設等の連携が不十分。医療保険制度での整備や歯科衛生士のマンパワーが不足している。
- 当地域では、包括を中心に顔の見える関係作りは少しずつ進んでいるが、まだまだ積極的な連携ができていないのは一部のみである。地域の診療所数の減少が起ってきており、今後、時間的にも対応していくことが困難になる可能性も考えられる。
- 初期集中チームや行政などの動きがあまり良くみえない。もつと関係機関との情報共有が重要になると思う。本人の意思とは別に家族等の不理解・不協力的になる中絶・休止があり、治療が終わらないうちに終了してしまう事がある。人手不足。認知症本人やその家族とのトラブル。介護者の負担にならないようなケア方法がなかなか見つからない。どんなに簡単なもので示しても協力してくれない。スタッフ全員における知識の対応の共有。サポートの者にも理解して
- もらう。洗口ができないと工夫が必要。歯科医師・衛生士の知識不足の解消。対応力の向上が必要と思われる。
- マンパワーの不足。意欲的に取り組む人間の不足。
- 行政の担当者を通じて、地域のケアマネジャーさん達と交流する場を設け、歯科に対する知識・情報の向上に努力していただいているし、歯科医側も認知症を含め知識習得に励んでいるもの、在宅医療に携われる歯科医・歯科衛生士の人数不足が一番の問題と思われる。
- 医師、歯科医師、介護職、薬剤師間の連携は良い状態としますが、当地区の課題はマンパワーの不足です。小中学生の啓蒙活動をしなければと思っています。

⑦【コスト面について】

- 補助金等をつかり出して歯科医師が診療を休んでも参加する事ができるようにして欲しい。
- 認知症の人の治療を積極的に行う歯科医師が少ない。知識や経営的に問題がある。
- 当歯科医師会は2市7町、9行政からなっており、行政力の違いから対応がかなり異なり、苦勞しています。人口も多く、医療・介護・福祉にお金をかけられる地域と同じように対応しろと言われても不可能です。また保険点数も低く、コストパフォーマンスの悪い認知症患者は診療したくない（できない）会員もいたため、何らかの補助がないと認知症の患者を診る診療所は増えないと思います。
- どのルートで連携するか明確でない。医科主治医と包括支援センターに紹介でよいのか？保険請求上の点数がなく、ボランティア活動になつてしまうのでやる事に対して点数がつくようになりたい。

- そもそも各種保険料や窓口負担金（利用者の一部負担金）が高すぎ、連携自体が絵空事になっている。また、ケアマネジャーはじめ介護職が歯科医療の特性（CureよりCare）を理解していないため、介護職が望んでいるものと我々歯科医療者が理解できるサービスに齟齬が明確に認められている。

⑧【認知症の診断について】

- 認知症と言っても様々な病型、症状があるが、その診断名がはっきりしないことが多い。また専門医が診断をしていないのでよく分からない場合がある。
- 長期通院患者が認知症の診断をされているか分からない。
- 患者が認知症かどうかわからない場合が多い（情報が何もない）。
- 来院された患者さんが認知症の可能性があると判定するための基礎知識と手順。認知症の程度と治療や歯科関連指導の方法の選択。
- 認知症を見つけた時の対応が難しい。誰に相談するか？認知症と家族は知っていても医科へ報告してくれない。

- 認知症を疑うケースが外来である際は、家族や包括支援センターへの相談をすることを伝達している。訪問診療にて、治療への協力が困難なケースでは、治療ゴールをケースによって設定しなければならぬ。

⑨【認知症発症前からの歯科受診の重要性について】

- 発症前に歯科が関与できるかが重要で、なかなか関与できない。
- 認知症になってからの特別な対応も重要であるが、認知症になる前から定期的な歯科受診を生活の一部にする取り組みもより重要であると考える。
- 認知症が進行する前に、歯科受診を勧めたい。

- 認知症が進行してしまうと歯科治療は困難になります。初期の認知症の段階で医療連携において歯科医療が介入ができるような仕組みが必要だと思います。

- 当歯科医師会では多くの会員が介護認知審査会に参加しております。在宅、施設における訪問診療においては、介護度が上がるほど、治療管理等が困難となっております。認知症初期の時点で口腔機能管理等を行う事により、その後の治療・管理の幅が広がり、多くの歯科診療所の協力を得る事が出来ると考えます。
- 早期発見、早期治療。
- 歯科治療の早期介入の重要性を認識して頂く事が課題と考えます。
- 医療機関や介護施設に歯科治療はできるだけ早期に介入できるように呼びかけている。認知症が進むと意思疎通が困難になる為。
- 早期の段階における歯科治療の重要性についての認識が不足している。

⑩【その他】

- 認知症の様々な病態に応じた歯科的対応を更に協議して分かり易くマニュアル化すべき。
- マニュアルがない。すでにあれば会員に周知されていない。
- ACPに関して歯科がどう関わっていくのか？
- 認知症のため歯科への受診が途絶えている患者さんの実態把握と来院へのアプローチが出来ていない。
- 認知症に対する理解の共有とそれぞれの職種でできるケアの内容の把握、そして情熱だと思います。
- 自立支援型地域ケア会議では、医師会・薬剤師会等、多職種でのケースへのアドバイスを行っているが、特に認知症に特化しているわけではない。

- 医療連携に関する会議自体存在しないし、当然呼ばれない。当地区は常勤の歯科衛生士が市にいない為、いろいろと不自由している。よつ市に要望しても保健師で十分間に合っているとされている。よつて歯科が認知症に携わる事自体、行政は期待していないと思う。
- 当歯科医師会において、現状の認識ができていない為、具体的な課題は分からない。
- 今後の検討課題と重要視している。まだ分からない部分が多い。
- 地区歯科医師会としては、具体的には検討していない。
- 歯科に対し依頼がない。
- 地区のセンターよりのアプローチがないので、手をつけてもいません。
- 今は連携がとれていないが、これから連携していきたい。
- 現状「課題」が見えるまでの連携が行われていない状態です。
- 近年増加している独居の方などは、医療の必要性があるにも関わらず、なかなか受診・応診につなげられていない現状があると思います。
- 各先生にお任せしている。
- 会員の個々では対応しているが、まだ会全体の組織として体制が整っていないため、全体を把握できていないこと。
- 我々にこのアンケートの質問に対する認識が無くても既存の会を流用して、開催されていると体裁を整えていることはよく目にします。
- 特に在宅療養中の認知症患者において、口腔・嚥下機能と食形態との不一致が起因する食事摂取量の減少に伴う低栄養患者が多い。補助栄養剤の処方がないか、処方があっても十分に活用されていないケースも多い。
- 医科に連絡しても本人にうまく伝わらない。
- コロナの影響で集まることが出来ない。
- あまり具現化されていないので、今後、必要かとは思いますが。
- 医療連携の実際についての事項ではありませんが、私見について記載します。74歳の男性、明らかに認知症状（診察券の紛失、仕舞い忘れ、予約日時の再々再確認等）のある方ですが、治療上の必要性から服薬の確認を行っても服用していると言いますが、どのような病名（たぶん認知症）で、どのような薬を服用しているかははっきり言わず、お薬手帳の提示を求めても「忘れました」の繰り返しです。かたくなに自分が認知症と知られたくない。悟られたくない様子です。このような方の対応はとでもデリケートで、この方は「認知症になっても安心して暮らせる町」というのは、かえって「イヤ」なのかも知れません。大変難しい問題であり、このようなケースは心理面でも支える多職種で対応しなければ、上手くいかないのだからうと思います。
- 認知症の対応については具体的な対応は各医院での対応となっており、現状では歯科医師会としての対応は取っていない。
- 市内慈英中央病院が行う歯科と認知症に関する研修会に参加しましたが、今後もしこうした課題に積極的に取り組んでいきたいと考えています。
- この地域では、認知症、うつ病に関する「甲賀、湖南、うつ病、認知症、在宅医療懇話会」医師会、行政、歯科医師会、薬剤師会が世話人となり、毎年研修会を開催している。
- 認知症患者に対応した歯科治療の研修証明証（研修パスや修得単位などを含めた）を、車の運転免許のように努力義務でもよいので、保持するのが好ましい方向に、多方面より告知するのが良いとは思われる。
- ご家族が行政や多職種に相談しやすい環境が必要。

- 認知症ではないかと思われた時の本人や家族、包括への相談など、認知症疾患医療センター等への受診勧奨など。
- 通常、認知症と思われる患者が来院し、認知症に対する支援がなされていない場合、歯科医院で気付く事がしばしばあるが、その際に認知症に対しての介入が必要と思ってもどこにどのような相談すべきかルールが明確でなく、個人情報保護や家族とのトラブルを考えるとむやみやたらと動きにくいのが現状です。
- 認知症の方が歯科治療を受けるのはかかりつけ医からの紹介が多いが、口腔内の状態まで見ている事は希である。患者からの訴えがあるのは軽度の認知症の場合がほとんどである。患者の口腔内の病変を見つけないのは検診による歯科医の仕事であると思う。本診療所は山間部のへき地にあるので病変があっても患者の足の確保が難しく、老老介護の家庭も多く、意思の疎通もままならない場合も多い。足のない患者には送迎往診で対応しているが、冬場は雪も多く、限度がある。できる限り対応しているが、山間部のへき地では認知症の人の歯科治療における医療連携は難しく、限界がある。
- 認知症の人の歯科治療の前に、日頃の口腔ケアが出来るのか？ 出てくるか？8020の運動が（50%以上）進んでいますが、認知症になると口腔崩壊が一気に進んでしまう。時々総義歯の人が「幸せ」に思ってしまう（介護家族より）。痛みを止めることに終始する歯科治療の医療連携は難しく、行政のバックアップがないと難しいと思います。
- 認知症ケアパスの作成の時には相談があったが、その後市町村など行政からのコンタクトはない。ニーズが少ないのか関心がないように思われる
- 現在、医療連携がまだ個別の歯科医院が対応していますが、行政や医師会などと話し合いを進め、会員に理解や協力を求めていきたい
- 認知症グループホームへ月に2回訪問治療に行っていますが、医療安全上、処置は限られています。基本的に保存的処置（形式、充填、印象など）はしない。抜歯も協力的ならば施設内で行いますが、非協力的であれば、2次3次医療機関にお願いする事に行きます。施設のスタッフ、患者家族の同意があり、協力的であればクリニクへ連れて来てもらい通常通りの処置を行う事もあります。医療連携を整えても、実際大学病院等へ通院する事が不可能な事もあり、悩ましい所です。
- 那須塩原市の多職種連携会議と県北2市1町で構成する。在宅医療・介護連携支援センターの組織を中心に書いてみました。中心となるのは栃木県歯科医師会です。
- 高齢者施設への訪問診療、在宅など会員はすでに行っており、ある程度の経験は踏んでいるはず。認知症に限らず、状態は様々であるから、今更、画一的な仕組み作りは必要ないと思われる。口腔管理マニュアルの意図を知りたい。現場感覚からかなりずれている。当支部は数的に限界がある。
- 狭い空間で患者の協力が無ければ行えない歯科治療の特性から認知症が高度になれば、治療は困難を極め、治療を諦める症例も少なく無い。近年高齢者の残存歯数が増加していることから、セルフケアが困難になれば状態を評価し、口腔ケアに介入する仕組みが必要と考えます。また、通所等においてフッ化物浄口を行う仕組みも必要と考えます。
- 特に往診時の歯科医派遣とその対応が難しい。
- 認知機能と生活環境から、治療方針や管理体制を決める必要があり、個人情報との関わりも問題となる。

● 会員のほとんどが退院時カンフレンズに呼ばれたことがない。病院も施設も人材不足で大変そうです。歯科の方は、準備はもう十分出来ていると思います。

● 本人からの訴えが病気である事、治療のケアへの理解が出来ず拒否がある事などを踏まえて、周囲が気付いて治療に結びつけたいところだが、他職種に勉強会を開いてもなかなか口の中を見るところのハードルが高いのかと感じる。「国民皆歯科健診」として、健常者だけでなく、施設や自宅介護を受けている方も皆、定期歯科健診を受けるのが当たり前になってくれたらと思う。

● 適切な医療なりサービスが提供されるためには、情報の共有、およびそのために要する時間・労力をいかに効率よくするかということが鍵となっているように思います。また多職種で連携してゆく際には、口の中というのはあえて意識して口の中をのぞきこむ、問いたすなどの積極的な関わりをしない限り、ぱっと見たところ目につかない為、忘れられてしまいがちだ、ということを念頭に置かないと取り残されてしまうかと思えます。

● 認知症の方の情報共有について、名古屋市には「はち丸ネットワーク」という認知症や介護を必要とする方の診療・調剤・介護情報を共有するシステムが存在しますが、利用しづらいため使用していないのが現状です。日々の外来診療だけでも時間的な余裕がなく、他職種との連携を図ることが困難です。

● 歯科医療機関（認知症を専門とする内科など）への診療・健診事業行為が中心となっており、歯科診療機関がなかなか携われない。医科医療機関と歯科医療機関との協力、連携がうまくいっていない。

これは歯科医療機関が歯科では認知症の対象者に関わるのが出来ないうだらうと誤解しているところがある。歯科からの初期認知症が疑われる患者（例えば、口腔清掃が出来なくなった、アポイントが守

れなくなったり、診療室内のトイレ、待合室などのドアが分からなくなる、会計時に金額・おつりに戸惑う、説明を何度しても同じような質問をする…など）がいる場合の医科医療機関へのタイアップ、連絡先ができていない。

● 歯科受診の必要性を認知症ケアパスに掲載しているが、実際に機能はしていません、具体性を欠いている。医科からは認知症の診断する時点での歯科への紹介は難しいとのこと（口腔内の状態が不明で訴えがないのに紹介するのが難しいetc.）。「食事をきちんと摂れているか（噛めているか）」などの食支援の一環として歯科受診を促したり（認知症になる以前から）継続的な歯科での管理が必要だろうという医科サイドからの助言は頂戴している。

● 認知症患者の家族や支援する医療機関関係職種からの依頼は摂食嚥下機能回復によるものが多いが、ADLの低下で実際にリハビリテーションが必要なお場合と義歯の調整や口腔内の治療管理を行うことで必要ない場合があり、その辺の認識が多職種間で共有されていない事がある。そのため、家族や施設の職員が義歯の管理や口腔ケアの仕方を十分に指導されていないかたり、その人に会ったケアをしていない場合がある。そういう意味で、周囲で支援する人たちへの啓発もまだまだ十分とは言えない。それに関連して食事形態をその人の口腔機能にあつたものにする必要があり、咀嚼が十分に出来ないに普通食、逆に食塊形成できるのにソフト食にすることで低栄養や更なる認知機能低下を招くこともあり、栄養士との連携ももっと密にとつていきたい。独居の場合はこういう問題は更に深まる。

● 多摩市高齢支援課による医療・介護関係者の研修会で、R4.11/9、R5.2/1の2回にわたって認知症がテーマになりましたが、まだまだ一部の会員のみが受講するのみで、今後さらに多職種連携が進んで歯科医師会の参加者が多くなっていく必要があると思います。

● 介護認定主治医意見書に歯科主治医の有無、及びその意見の反映がされてない状況をいつまで放置するのか？連携を推奨するのであれば、まずここから改革しなければならぬと考えます。耳鼻科がほぼ無関心の中で、歯科がどこまで摂食嚥下障害に関わるのか、明確な指針や基準を示して欲しい。

● 奈良県歯科医師会在宅歯科医療連携室から依頼を受け、当歯科医師会会員に依頼し、輪番でかかりつけ医になるよう患者担当している。ただ、当市は65歳以上の高齢者の全市民に占める割合（高齢化率）が40%を超え、連携システムというより自り自りと連携しないといかない状況で、この歯科医院と大病院、診療所、特養、老健、ケアセンター等とネットワークが構築されています。歯科医院が地域に密着しており、認知症の方のゲートキーパーとして、歯科医師が十分な役割を果たしています。

● 施設から歯科治療の要望があつて、職員に歯科知識が無いのでやむを得ないことですが、漠然とした要望のことがあり、行ってみたいと内容が分からない場合があります。認知症の方の歯科治療ではブラッシングが出来ない場合がほとんどで食物残渣を取り除くことに多くの時間がかかつて、本来の目的になかなかたどり着けない場合があります。施設等での口腔清掃とチェックをしっかりと行っているようにお願いいたします。

● 近年、8020運動のお陰で多くの残存歯を持つ高齢者が明らかに増えてきている。口腔内のセルフケアが可能ならいいが、認知症や要介護状態でセルフケアが不可能となった場合、口腔清掃状態が急激に悪化して歯周病の増悪や根面カリエスが増加するのを目の当たりにしている。歯周病やカリエスの進行は認知症の進行、誤嚥性肺炎のリスク増加、脳血管疾患、心疾患などの全身疾患のリスクを高めることは明らかであり、要介護高齢者の健康保持には介護者によ

る口腔ケアは不可欠である。グループホームなどの介護施設における口腔ケアは主に介護福祉士、介護士（ヘルパー）に委ねられているが、近年、介護士不足のため口腔ケアまで手が回らないのが現状である。また口腔ケアの重要性は理解していても口腔ケアの知識はそれほどなにもあっても、現場で実際に入所者に行ってみると正しく出来ているか心配になったり、嫌がられたりすることで積極的に行われていないのも現状である。現在、介護福祉士の資格を取るには介護福祉士国家試験に合格する必要があるが、介護士（ヘルパー）は介護職員初任者研修（旧ヘルパー2級）を受講する必要がある、いずれも口腔ケアに関する履修項目は少なく、資格取得後、口腔ケアに力を入れている施設に勤務しなければ、口腔ケアを学ぶ機会に巡り合えない。函館は人口減、高齢化が急速に進み、訪問歯科診療で歯科医師、歯科衛生士が定期的に口腔ケアを行うには、今後増加する要介護高齢者に対して人員的に困難であり、例え行えたとしても自立していない認知症、要介護高齢者にとって重要なのは毎日の口腔ケアであるため、介護福祉士、介護士に対する口腔ケアの実地研修が急務と考ええる。実地研修を受けて安全で簡便な口腔ケアを身につけることは、日々手探りで行っている口腔ケア業務の時間とストレスを減らし、また今後増加する要介護高齢者の健康維持のために役立つものと思われる。

⑪【認知症の人への歯科治療について】

- 咬み方を忘れてしまつていて、義歯や補綴物制作時の咬み合わせがうまくとれない。治療内容をよく理解できていない。
- 認知症の方は、自ら認知症であることを言わないことがあり、家族に聞いても把握していなかったり、隠すことがあるので発見が遅れることがある。

- 認知症の診断がついていない患者への対応。
- 認知症の方は誤嚥性肺炎や摂食障害がみられる事が多々あるが、あったとしてもそれが歯科の問題として捉えられる事が少ないように思われる。依頼があり、訪問するともう少し早く相談してもらえればという症例も少なくない。医科や薬剤師、栄養士等の多職種から患者をそれぞれの地域の歯科医院につなぐ地域包括ケアシステムはあるが、認知症の方は口腔内に問題が隠れていることが多くあるため、歯科の早期介入が必要と考えられるが、適切なタイミングで介入できないのが課題である。
- 認知症の方は、体動があり治療が危険な時があります。また付き添いの方が必ず必要で、治療時間が長くなります。非協力の患者さんもおおられて、治療の効率が悪くなります。その為では？
- 認知症の進行状態の把握のタイムロス。日常の食事状況の詳細な把握。
- 認知症の症状により、医療行為に対する制限等が出てくる可能性が生じることもあるので、情報の共有が出来ると有難いです。
- 認知症の患者さんが少しずつ来院されるようになってきた。家族が付き添って来院されるが状態把握が的確に出来ない場合が多くなりそう。
- 認知症と言っても進行の度合により、対応の難易度は変わるので、そのため医療連携の必要性は感じている。全ての人に口腔ケアの必要性も痛感している。
- 特に無いですが、認知症があると思われる人の口腔内に問題があるかどうかを気付くためのツールとして、名古屋市や尾張各地の行政から認められた当地区発祥の口腔観察シートというのについてご存じでしょうか？（口腔内トラブルの察知には有効だと思うのですが…）（特に歯科に関わる人間以外の医療及び介護職が口の中のトラブルの有無を見きわめるのに有効だと思います）
- 初心患者が認知症なのかわからない。おくすり手帳を忘れて来る。感情失禁への対応。
- 重度認知症の方の治療に非協力的（口を開けてくれない）な時、紹介先に困る。治療が出来ないので大学病院に紹介するが全身麻酔にて治療後、メンテは地元でと戻されるがメンテが出来ない。
- 歯科治療は、患者さんの同意と協力が必要なので、快適でない歯科の治療には、協力してくれない事が多い。必要な処置も拒否される事が多い。なだめ落ちつかせても難しい。
- 指示しても理解できない。義歯装着などの単純な操作も不可能になるため、おのずとその場しのぎの対応になり、医療連携まで発展しない。
- 軽度の認知症の方への治療についてはほぼ問題ないが、重度の認知症の方への治療はその内容いかんに拘わらず困難を極めているのが現状で、今後の課題としては医療連携において特に麻酔管理下での治療がスムーズに行えるかが挙げられる。
- 患者さんとのコミュニケーションが取れないため、本来の主訴を行っているか確認できない。
- 意思疎通が難しく、中等度以上の患者では、開口保持が困難で診療はできない。大学病院等で全身麻酔での処置が必要。
- 意思疎通。
- 意思の疎通。主訴の把握。
- ご本人の拒否・抵抗があるとほんとに困る。
- 意思の疎通がとれない。治療の協力が得られない。家族の協力が得られない。
- 歯科治療が難しい。付き添い、ケアマネジャー、連携にシステムが出来ていない。

- 本人の歯科受診や治療を家族が知らない。投与した薬剤の服薬状況確認が確実にできない。認知症の程度にもよるが、家族等が同伴しないで単独が受診する。
- 拒否の強い人の訪問歯科診療が困難なため、様子をみる形となる事がある。
- 時間がかかる。言っている事が見当違いで困惑することがある。急に穏やかだった性格が激変することがある。
- 口の中のケアする体制が出来ていなければ、治療するのが悪くする様なことになる場合がある。
- 低栄養を予防するための経口摂取を支援する口腔機能の維持向上に関する共通理解。補綴物（特に義歯）の修理、新製作か否か（未使用との選択）のタイミングの共通理解。家族、多職種は、義歯を装着すれば食べられるだろうとの願望が強いため。歯列にインプラントのみが残り、咬合崩壊時に残存インプラントによる軟組織損傷等、認知症患者におけるインプラントの取り扱い。
- 歯科治療を行う為、家族や多職種と連携して認知症患者のアセスメントを行う等。
- 一般の診療所に通院される患者様で、認知症になってしまったケースも最近では多く見られ、その対応に苦慮している歯科医院もある。多職種も含め行政が、先頭に立つなどして連携をすすめてもらいたい。
- 家族や付き添いの人がいない場合、歯科治療・継続は難しいと思われまます。
- 認知症患者の付き添いの方も高齢であったり、認知症が多少なりともあると意思疎通がととても難しく治療の進行の妨げとなっていています。
- 患者の家族もしくは第三者でも近い人が治療に付き添えれば術者

側はその人に治療内容の説明が出来ると考えます。しかし、付き添う人がいない場合も多いと思いますので、医療側より患者側のサポートを手厚くする必要があると思います。

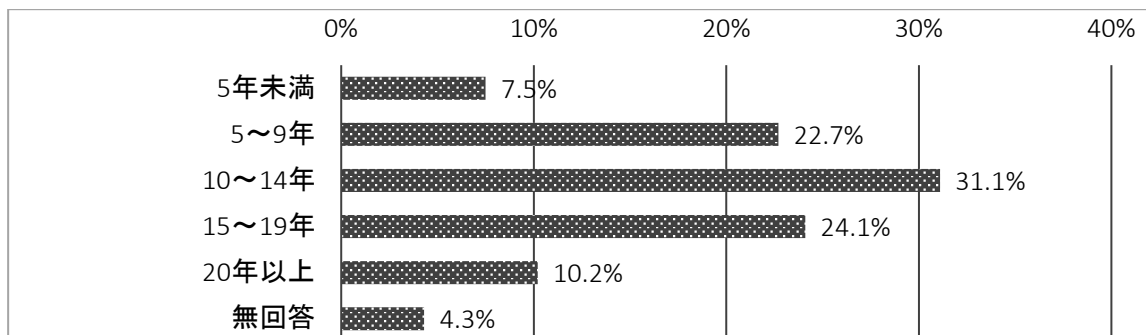
- 介護担当者が状態を把握するまでに時間がかかり、いつから症状があるのかわからない。治療について同意を得る家族とすぐに連絡がつかないことがある。
- 認知症患者の歯科治療において、多職種・家族から過大な期待をされる事がある（治療すれば、入れ歯を作れば、食べられるようになるなど）。歯科医師側の臨床での対応、連携の方法について、理解が出来ていない。
- 家族からの申し出がないと認知症と断定しづらい。
- 家族の協力。
- 治療の説明と同意について。
- インフォームドコンセント。家族の方とケアマネジャーとがずれ違っており、見解が異なっているとらえている。
- 認知症、もしくは認知症を疑う患者さんは、1人で受診せずに誰か付き添ってもらおうようにして欲しい。

5. 郵送調査①：D. 居宅介護支援事業所

(1) 概要について

回答を得られた居宅介護支援事業所（564ヶ所）のケアマネジャー（598名）の平均経験年数は12.0±5.3年であった。

図表 48 回答者の経験年数

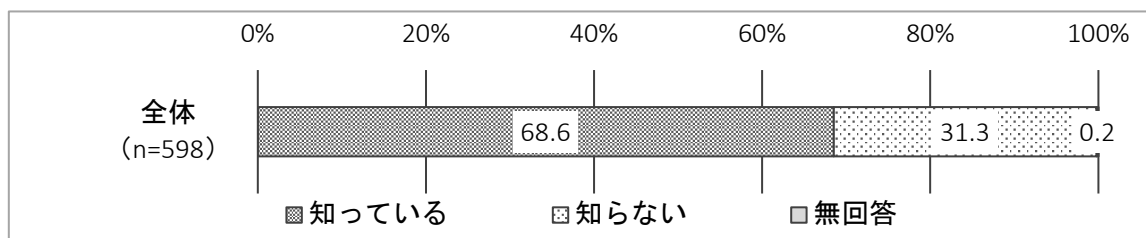


(2) 担当している認知症の人への歯科受診に関する支援について

i. 認知症の人に対応できる歯科医療機関の把握

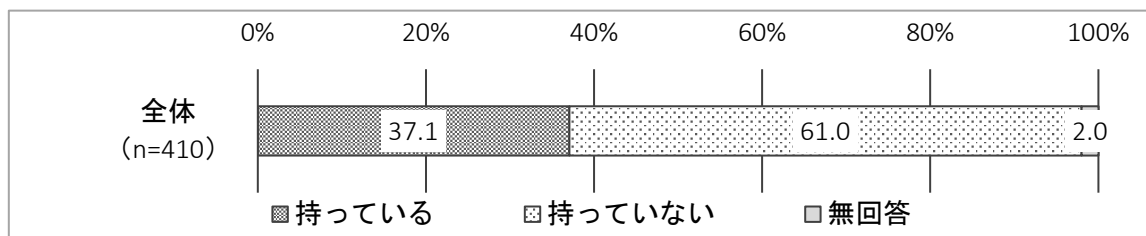
担当している認知症の人の歯科治療に対応できる担当地域内の歯科医療機関を「知っている」と回答したケアマネジャー（598名）は、68.6%（410名）であった。

図表 49 認知症の人に対応できる歯科医療機関の把握



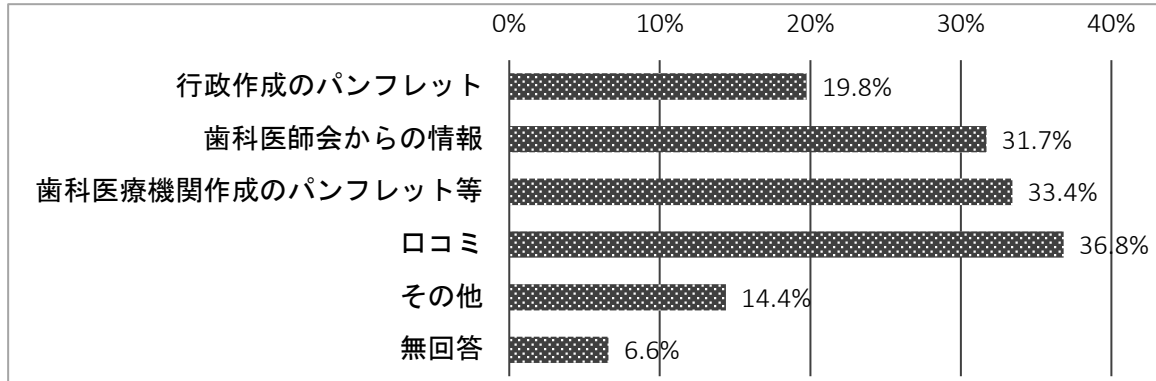
認知症の人の歯科治療に対応できる担当地域内の歯科医療機関を「知っている」と回答したケアマネジャー（410名）のうち、歯科医療機関の一覧を持っている者は37.1%（152名）であった。

図表 50 認知症の人に対応できる歯科医療機関の一覧の有無



また、認知症の人の歯科治療に対応できる担当地域内の歯科医療機関を「知っている」と回答したケアマネジャー（410名）のうち、歯科医療機関に関する情報元は、「口コミ」が36.8%（151名）と最も多く、次いで「歯科医療機関作成のパンフレット等」が33.4%（137名）、「歯科医師会からの情報」が31.7%（130名）であった。

図表 51 歯科医療機関の情報元【複数回答】



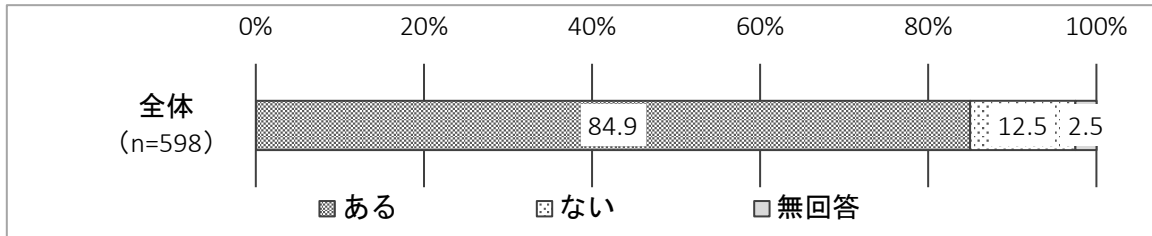
その他の回答は以下の通り。

- ・ 電話で個別に問い合わせる(他 12 件)
- ・ インターネット等で検索(他 9 件)
- ・ 施設からの情報提供(他 4 件)
- ・ 医師からの紹介(他 4 件)
- ・ 訪問歯科に関する営業(他 4 件)
- ・ 研修等における交流(他 2 件)
- ・ 本人・家族からの情報(他 1 件)
- ・ 日本訪問歯科協会(他 1 件)
- ・ 在宅歯科医療連携室
- ・ 訪問診療紹介窓口へ相談
- ・ 在宅訪問歯科診療パンフレット
- ・ 地域の行政機関に相談
- ・ 訪問診療医と歯科医が連携をとっている
- ・ とりあえず受診してみる
- ・ 独自ツール
- ・ 過去の経験
- ・ 小諸北佐久、医療・介護連携推進協議会が作製したパンフレット

ii. 歯科受診勧奨の有無

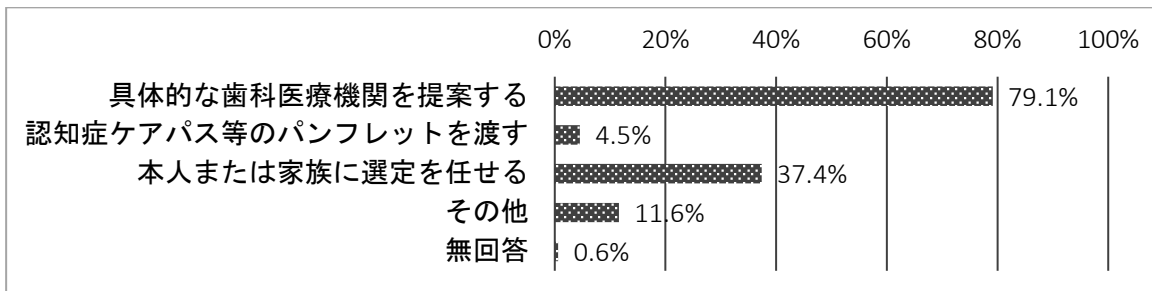
担当している認知症の人に対して、今までに一度以上歯科受診を勧めたことがあるケアマネジャーは 84.9% (508 名) であった。

図表 52 歯科受診勧奨の有無



また、歯科受診を勧めたことのあるケアマネジャー (508 名) のうち、歯科医療機関の紹介方法については「具体的な歯科医療機関を提案する」が 79.1% (402 名) と最も多く、次いで「本人または家族に選定を任せる」が 37.4% (190 名)、「その他」が 11.6% (59 名) であった。

図表 53 歯科医療機関の紹介方法【複数回答】



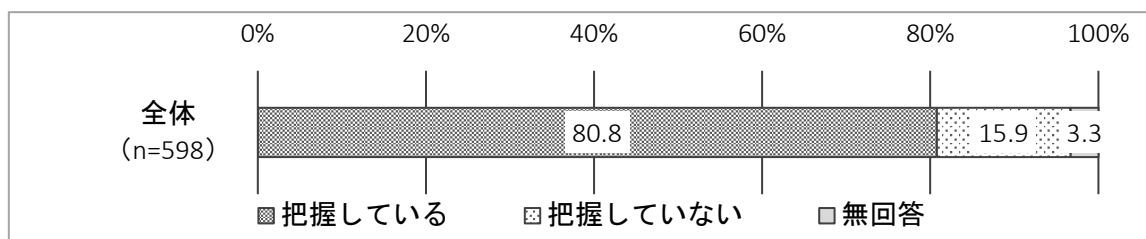
その他の回答は以下の通り。

- ・ かかりつけ医に相談を勧める(他 14 件)
- ・ 歯科医師会(在宅歯科医療連携室等)に問い合わせる(他 9 件)
- ・ 紹介業者に依頼する(他 2 件)
- ・ 行政に相談する(他 2 件)
- ・ 家族の希望に応じてインターネットで調べる
- ・ 認知症利用者を診てもらったことのある歯科に問い合わせる
- ・ デイサービス等の口腔ケア・機能向上への相談する
- ・ 歯科マップ(歯科医院会作成)
- ・ 地域医療連携機関へ情報を送り、往診可能な医療機関と対象者家族とのマッチングする
- ・ 通院している病院の歯科を紹介する
- ・ 地域の歯科に問い合わせる

iii. 歯科受診状況の把握の有無

担当している認知症の人が歯科受診をしているか把握しているケアマネジャーは80.8% (483名)であった。

図表 54 歯科受診状況の把握の有無

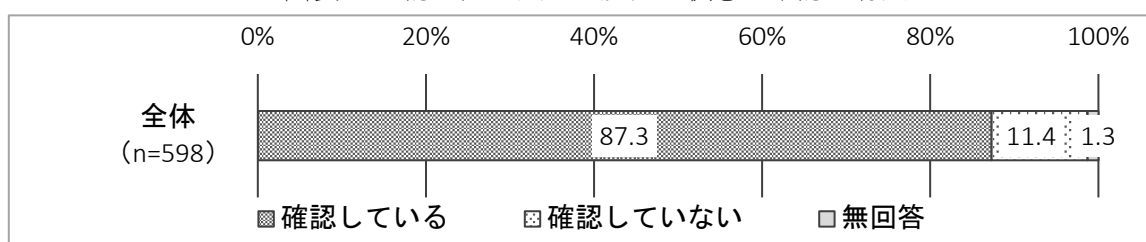


(3) 担当している認知症の人への口腔の課題に関する支援について

i. 口腔内の状態の確認

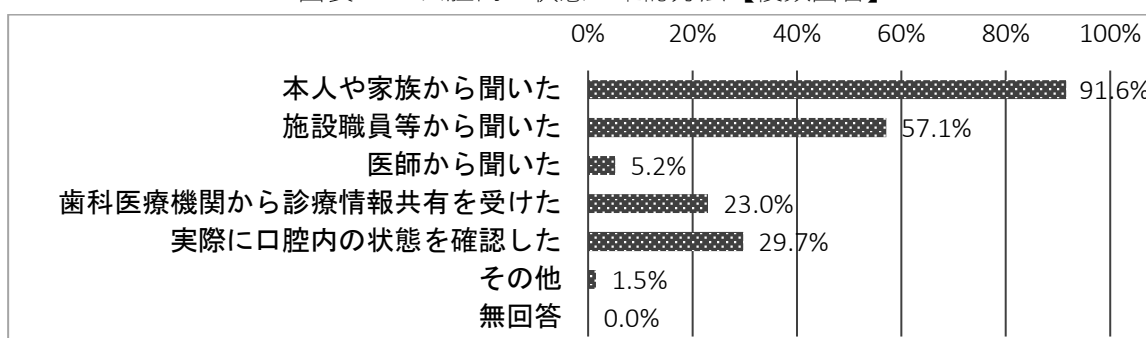
担当している認知症の人の口腔内の状態（むし歯、傷がある、痛みがある、入れ歯が壊れている等）を確認しているケアマネジャーは、87.3% (522名)であった。

図表 55 認知症の人の口腔内の状態の確認の有無



口腔内の状態の確認をしているケアマネジャー（522名）のうち、口腔内の状態を確認する方法は「本人や家族から聞いた」が91.6%（478名）と最も多く、次いで「施設職員等から聞いた」が57.1%（298名）、「実際に口腔内の状況を確認した」が29.7%（155名）であった。

図表 56 口腔内の状態の確認方法【複数回答】



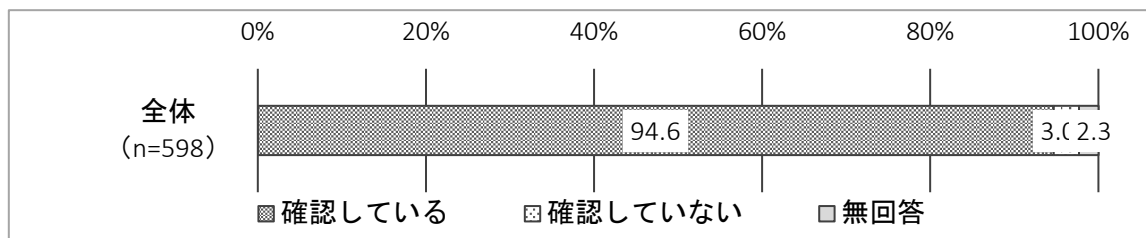
その他の回答は以下の通り。

- ・ 介護認定情報から(他 1 件)
- ・ 食事量・内容の変化を確認
- ・ 入所時、全ての方の歯科検診を実施している
- ・ 歯科医師に確認してもらう
- ・ 独居の場合は治療に同席している
- ・ 言語聴覚士から聞いた

ii. 口腔機能の状態の確認

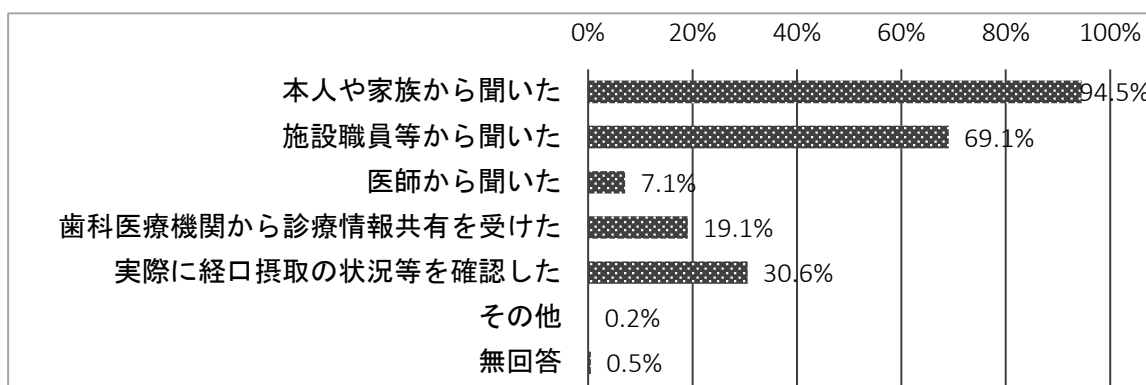
担当している認知症の人の口腔機能の状態（噛みにくい、食べるのに時間がかかる等の食事の際の困りごと、摂食嚥下機能等）を確認しているケアマネジャーは、94.6%（566名）であった。

図表 57 認知症の人の口腔機能の状態の確認の有無



口腔機能の状態の確認をしているケアマネジャー（566名）のうち、口腔機能の状態を確認する方法は「本人や家族から聞いた」が94.5%（535名）と最も多く、次いで「施設職員等から聞いた」が69.1%（391名）、「実際に経口摂取の状況等を確認した」が30.6%（173名）であった。

図表 58 口腔機能の状態の確認方法【複数回答】



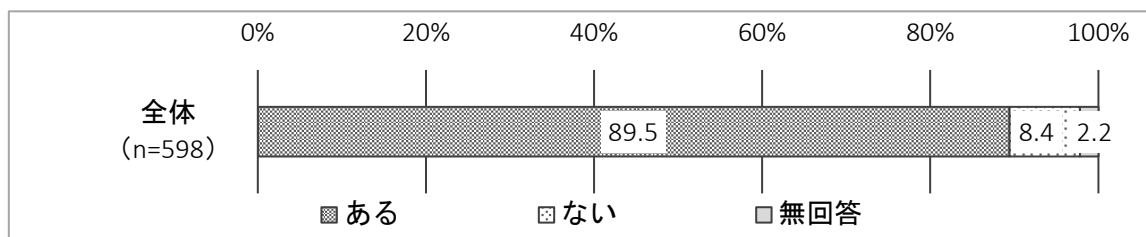
その他の回答は以下の通り。

- ・ 言語聴覚士から聞いた

iii. 口腔に関する困りごとの相談先

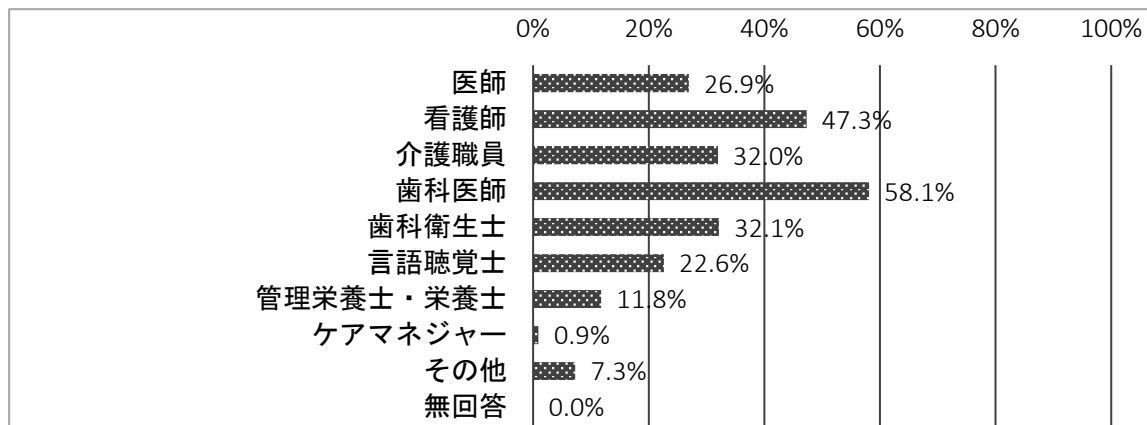
担当している認知症の人の口腔内または口腔機能の状態に困りごとがあった場合に相談先があるケアマネジャーは、89.5%（535名）であった。

図表 59 口腔に関する困りごとの相談先の有無



口腔に関する困りごとの相談先があるケアマネジャー（535名）のうち、具体的な相談相手の職種としては「歯科医師」が58.1%（311名）と最も多く、次いで「看護師」が47.3%（253名）、「歯科衛生士」が32.1%（172名）であった。

図表 60 口腔に関する困りごとの相談相手【複数回答】



その他の回答は以下の通り。

- | | |
|------------------------|----------------------|
| ・ 歯科医師会連携室(他 3 件) | ・ 理学療法士・作業療法士(他 3 件) |
| ・ 行政・地域包括支援センター(他 2 件) | ・ 事業所相談員(他 1 件) |
| ・ かかりつけ医(他 1 件) | ・ 地域医療連携機関 |
| ・ 訪問サポートコーディネーター | ・ 施設管理者 |
| ・ 医療ソーシャルワーカー | ・ 家族(他 16 件) |

(4) 歯科医療機関との連携について

i. 歯科医療機関からの情報提供

担当している認知症の人の実際の歯科治療にあたり、ケアプランの内容やその他の情報の提供を歯科医療機関から求められたことがあるケース数の割合は、ケアマネジャー1名あたり平均割合 1.2±2.3 割であった。(無回答 7名)

ii. 歯科医療機関への情報提供の依頼

担当している認知症の人の口腔内の状態や歯科治療等について、歯科医療機関から情報提供を受けたことがあるケースの割合は、ケアマネジャー1名あたり平均割合 2.5±3.4 割であった。(無回答 7名)

iii. 居宅療養管理指導または居宅療養管理指導の指導内容の把握

担当している認知症の人に対して行われた歯科医師による居宅療養管理指導、または歯科衛生士による居宅療養管理指導の指導内容（文書）を受け取り把握しているケース数の割合は、ケアマネジャー1名あたり平均割合 3.1±3.9 割であった。(無回答 7名)

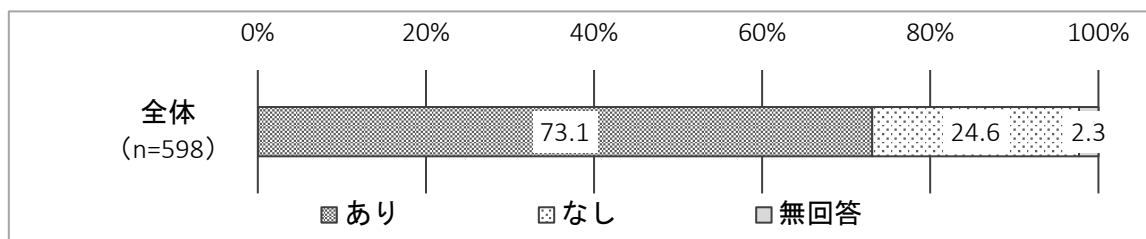
(5) 認知症の人の口に関する困りごとについて

認知症の人の口に関する困りごとについて、「口腔ケア」、「口腔内の状態」、「口腔機能の状態」、「歯科連携」、「その他」に分けて回答を求めた。主な困りごとはそれぞれ、「口腔ケア」では①【認知機能に起因する困りごと】、②【口腔ケアの手法について】、③【口腔衛生状態について】、④【家族等の支援に関連する困りごと】、⑤【その他】、「口腔内の状態」では①【認知機能に起因する困りごと】、②【口腔疾患・口腔衛生状態について】、③【義歯について】、④【その他】、「口腔機能の状態」では①【摂食嚥下機能について】、②【食事・食形態に関連する困りごと】、③【多職種連携について】、④【その他】、「歯科連携」では①【連携先が不明・不十分】、②【歯科医療機関の受け入れ体制の課題】、③【情報共有が不十分（居宅療養管理指導含む）】、④【外来診療に関する連携が困難】、⑤【その他】、「その他」では①【歯科受診に繋がらない・受診時の課題】、②【歯科治療について】、③【訪問歯科診療に関する困りごと】、④【要望等】、⑤【その他】のカテゴリに分けられた。各回答は P.134-176 に示す。

i. 口腔ケア

困りごとが「ある」と回答したケアマネジャーは、73.1%（437名）であった。

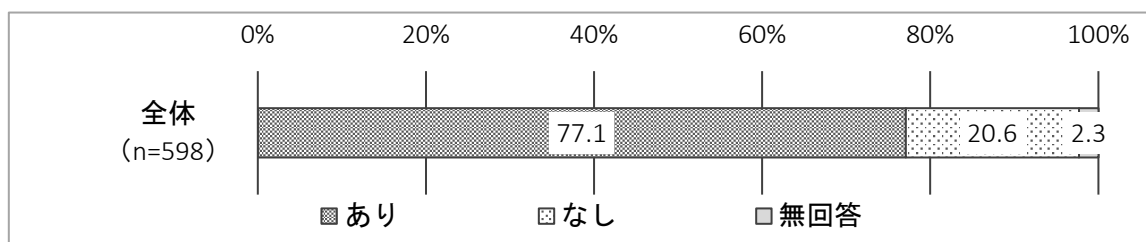
図表 61 認知症の人の口に関する困りごとの有無：口腔ケア



ii. 口腔内の状態

困りごとが「ある」と回答したケアマネジャーは、77.1%（461名）であった。

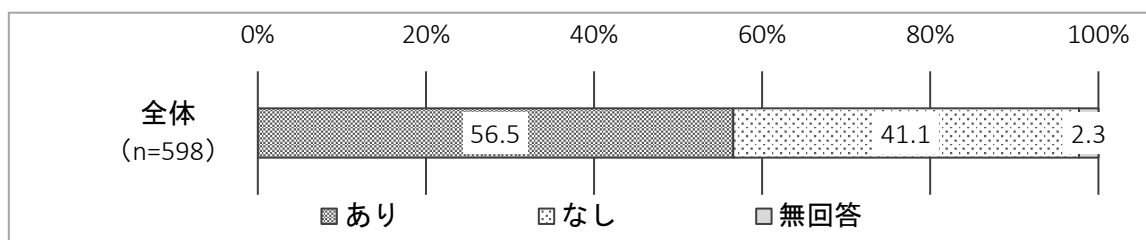
図表 62 認知症の人の口に関する困りごとの有無：口腔内の状態



iii. 口腔機能の状態

困りごとが「ある」と回答したケアマネジャーは、56.5%（338名）であった。

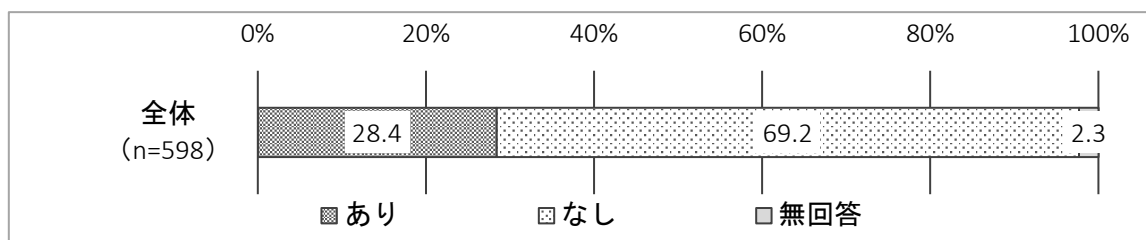
図表 63 認知症の人の口に関する困りごとの有無：口腔機能の状態



iv. 歯科連携

困りごとが「ある」と回答したケアマネジャーは、28.4%（170名）であった。

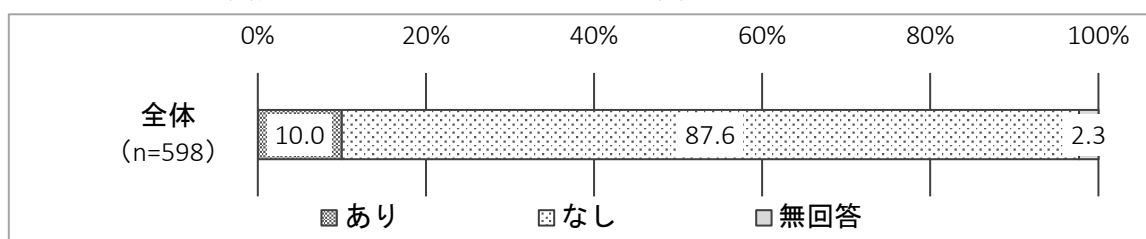
図表 64 認知症の人の口に関する困りごとの有無：歯科連携



v. その他

困りごとが「ある」と回答したケアマネジャーは、10.0%（60名）であった。

図表 65 認知症の人の口に関する困りごとの有無：その他



(5) 認知症の人の口に関する困りごと

原則として原文ママ（明らかな誤字は修正のうえ記載）

i. 口腔ケア

①【認知機能に起因する困りごと】

- 歯磨きをしない。(他 12 件)
- 口腔ケアを拒否する。(他 6 件)
- 口を開かない。(他 5 件)
- 明らかに口腔ケアが必要な場合に本人の拒否が強く行えない。歯科の受診に行けない（本人の拒否が強い）。
- 毎回促しがないと難しい。口腔内を扱われることに拒否がある。
- 本人歯磨きをしなくても痛みがないため困っていない。話しをしても理解できない。
- 本人拒否で清掃できない。
- 本人は実施していると話しているも、汚れているなど、食い違っている。介入仕切れない場合も多い。
- 本人は億劫がつてやらない。促してやってくれる人なら良いが、拒否をする人だと大変である。
- 本人の理解力の低下、家族の手技・知識不足。
- 本人の痛みや不快感からくる拒否。
- 本人の状態（かみつく等）から口を開けてケアの介助が出来にくい。
- 本人の口腔ケアに対する意識が薄い。
- 本人の拒否による対応が困難。磨いてはいけないという思い込み。
- 本人では口腔ケアを忘れたり、習慣がなくなっている。
- 本人が磨く事が出来ないが、家族の歯磨きを拒否する。
- 本人が歯磨きを行う事をイヤがる。口を開けない。認知症が進む

と、歯磨きの意味がわからなくなる。

- 本人が口腔ケアのやり方を忘れてしまっていて、職員に促されて行っている。
- 本人が口に歯ブラシ入れることの理解ができない。口に溜め込んでしまい、吐き出させるのが難しい。
- 本人が拒否してしまう。もしくは「大丈夫」だと思っている。
- 本人がしたがるらないということで、歯磨き等されていない方がいる。
- 本人がきちんと歯磨き等、ケアをしない。意識が低い。
- 訪問歯科医師に診て頂いているが、拒否も強く、なかなかケアが上手くできていないと感じています。
- 認知症の利用者に口腔ケアを実施する際に意思疎通が困難な場合があり、急に拒否をされたりスムーズに実施できなかつたりする場合があります。
- 認知症の進行によっては、自力で口腔ケアを行う方が少なく、独居だと支援が困難である。口腔ケアの認識も低い。
- 認知症のため、指示が入らない。口を開けてくれない。拒否される。
- 認知症による理解力低下でケアや治療が行き届かない。
- 認知症で意志疎通が図りにくく、口腔ケアが出来ない。うがいが出来ず、飲み込む。
- 認知症がひどい場合、指示だけではできない。また、毎食後必要なので支援する人がいない。
- 認知機能低下により、注意の持続ができなくなり、不十分になりやすい。コロナ禍でマスクを着用しているため、周囲の状況が見えにくく、問題への気づきが鈍くなっている。
- 認識不足・理解不足。

- 認知機能の低下に伴い、歯磨きの仕方がわからなくなったり、介護者が促しても拒否することが多くなる。通所サービス、ショートステイ利用中、清潔が保てても在宅中は行き届かないことが多い。
- 認知の方は、声かけ都度しないと忘れてしまうため、口腔ケア習慣づけが難しい。
- 日課の理解が難しい方は、なかなか規則正しく磨けず、清潔が保てない。
- 独居や介護抵抗のある方など、十分な口腔ケアができない。セルフケア習得の困難さや、介入拒否などによるケア不足。
- 独居で認知症のある方で促しをしても拒否があったり、上手く磨けなかつたり等あり。また、口腔ケアをしようとしても頑なに口を開けてくれない。入れ歯の手入れをたくとも外す事を嫌がる。
- 独居、認知症 おそらく歯磨きしてない。家族がきた時はできている(家族の確認)。
- 定期的な口腔ケアの必要性と方法への説明を行うも、理解が困難で持続することが難しい。通所系サービス利用時の昼食後のみ実施されることも多い。
- 短期記憶障害により、ご自分の口腔内の状態の把握が難しい。
- 促しても歯磨きしない。歯科の方が来てくれる時だけしか歯磨きしない。家族が促しても口を開けない。
- 疎通が難しく口を開けてくれない!!
- 声だけでなく忘れてしまうので、口腔ケアが終わるまで一緒に助言や促しを行っている。
- 声かけしても歯磨きをしようとしれない。そもそも歯を磨く習慣がない。全てをきれいに磨けない。
- 身体的と認知面で口腔ケアができていない。ヘルパーの支援で受けているが、確認の為に、訪問歯科が入っている。
- 食後のうがい、歯磨きが介護者の声かけがないと行えない。
- 習慣として歯磨き等がない方に指導するのは難しいです。
- 実際の日常の歯磨きの様子がわからない。本人も忘れている。
- 自力での口腔ケアが難しい方なので職員の介助でケアを行っていますが、開口保持が上手くいかずケアに困っている。声かけに行っているが理解できているか曖昧。
- 自身で磨いている方、人がやることを拒む方はきれいに出来ない。
- 自歯が多くあるが、歯ブラシをかんでしまい、ブラッシングができない。
- 自己管理ができない。
- 歯磨き等の習慣ができなくなっている。施設等でフォローしてもらっている。
- 歯磨きを忘れてしまうので、定期的に口腔内の観察をしていただいている。また、通所サービスで、口腔確認、歯磨きを促していただいている。
- 歯磨きを忘れたり、義歯を紛失する等が多い。
- 歯磨きを自らする事がないので、声かけ等の支援が必要だが毎日サービスを入れるのは難しい。
- 歯磨きをするとの行為が認知症からできなくなるため、定期的な確認が必要であるが、在宅生活の方達はそこまでの確認が難しい。
- 歯磨きをしているか確認できない。
- 歯磨きをしていない利用者に対するアプローチ。
- 歯磨きをさせない。歯ブラシを嚙んで開けようとしれない。
- 歯磨きや入れ歯の洗浄ができしていない。
- 歯磨きや義歯洗浄が定期的に出来ない。
- 歯磨きや義歯の洗浄の正しいやり方の指導がされていない。また、本人も意欲がない。

- 歯磨きの方法がわからない。
- 歯磨きの必要性が理解できないため拒否がある。
- 歯磨きの必要性や仕方を教わっても、認知の強い方は介助する人がいなければ実践できない。歯磨き習慣のない人は継続が難しい。
- 歯磨きの習慣をつけてもらえらるよう声かけや促しできるサービス体制作り。
- 歯磨きの習慣はあるも、義歯を外して磨くまではしておらず、口腔内が汚れている。
- 歯磨きの習慣がなく、一人暮らしで声がけする人がいない。
- 歯磨きの時、口を開こうとしないので困る。
- 歯磨きの仕方を練習しても、習慣的に自分では行えない。
- 歯磨きの仕方がわからなくなる。汚れた義歯をつけていても家族の関わりがなく、デイサービス等利用の時しかケアが出来ない。
- 歯磨きの仕方がわからなくなり、自分で磨けなくなる。家族も十分に磨けない。
- 歯磨きの仕方がわからなくなり、外しても入れる事ができなくなったりしている。
- 歯磨きの拒否。習慣が無くなり、ヘルパー促しても難しくなっている。
- 歯磨きのやり方を忘れている為、家族が付き添いやり方を教えることが負担になっている。
- 歯磨きに抵抗を示される（口を開けない等）ため、介助が上手くいかない。
- 歯磨きできているか確認出来ない（本人はしていると言う…等）。
- 歯磨きをしていると言っているが、実は出来ていない。磨き方の修正がきかない。
- 歯磨きしていると言って、していない様子の方がいる。
- 歯磨きができない。口腔内を触られる事に抵抗がある。
- 歯磨き、入れ歯の取り外しが出来ていない。
- 歯科受診した際に、義歯の手入れやブラッシングの指導を受けたが、自宅に帰宅すると、せっかく指導してもらったことをすぐに忘れてしまっていた。
- 歯を磨くのが嫌。面倒になる方が多い。
- 支援（声かけ、道具の用意等）がなければ、口腔ケアを行えない方が多いです。歯磨きの仕方を忘れてしまう方も多いです。
- 指導受けても本人が実施できない。
- 指導を受けても上手く歯磨きができない。
- 指示が入りにくく、ケアにも拒否があると対応に困る。
- 指示が入りにくい。
- 指示が通りにくい。指をかじられそうになる。
- 在宅で本人が行うも不十分。家族も介助をしていない。
- 在宅では、介護者が十分口腔ケアを行っていないケースが見受けられる。
- 困った状態にあることを本人が認識していない。
- 高齢者の方が主介護者だけの場合、口の中の把握がしづらく、本人も口腔ケアに拒否がある。
- 口腔ケア時に抵抗あり、ケアが難しい。
- 口腔内の問題を見つけても、指示が通らないと積極的な治療が出来ないと言われてしまうことが多い。
- 口腔ケア時に指示が通らなく、口を開けられずケア中止の時があった。
- 口腔ケア時に口を開けてくれない。指を入れられないなどがある。歯磨き拒否。
- 口腔ケアを忘れている、拒否する。

- 口腔ケアについて通所サービスを使っている時は行えるが、自宅では難しい方が多い（家族の協力が得られない、自分一人では難しい為）。そもそも本人が気にしていないことが多い。
- 口腔ケアという概念が消失しており、必要性が伝わらない。
- 口腔ケアが不十分であるが家族の理解力が低く、受け入れが悪い利用者への支援。
- 口腔ケアが必要だが本人拒否される。認知症の方は説明しても理解が難しい。
- 口腔ケアが上手くできない。
- 口腔ケアが行われていない。家人様も気にされていない。
- 口腔ケアがしづらい。口を開けてくれない。義歯の取り外しが辛い。
- 口腔ケア（口の中を見る、触ること）を嫌がるため、毎日のケアができな。認知症の方は口腔内が不衛生になりやすい。家族の協力がもらえないことが多い。
- 口を開けてもらえず、確認することや歯磨きが難しい方がいる。
- 口の中を他人が触ること、磨くことを嫌がる。理解できない場合。
- 口の中を見られたりすることに抵抗が強い方のマウスケアが難しい。口腔ジェルなどの使用もしたが、口に何か入れるのも拒否。無理に触らない状況になっている。
- 決まった時間に歯磨きができない。義歯の洗浄ができない。
- 拒否があり、ブラッシングが困難。
- 拒否のある人はケアができない。
- 拒否が障害となり定期的にチェックできない。
- 拒否が強く口腔ケアをさせてもらえない。あまり何度も言うとうと腹される。
- 拒否があつたり、必要性の理解を得られない。

- 口腔ケアを十分にやらせてもらえない。介護者（家族）も十分やる時間がとれない。
- 口腔ケアを行う習慣がないケースが多く、主介護者も全て介入しきれない場合や、重要視しておらず、そのままになっているケースが散見されます。相談による促しや支援介入による対応を行っています。
- 口腔ケアを拒否する。歯磨きをしていなくとも、「した」と言う。
- 口腔ケアの理解が得にくいことで、口腔ケアにつなげにくい。
- 口腔ケアの必要性を理解して頂くことが難しい。
- 口腔ケアの必要性について本人・家族の理解不足。口腔ケアの習慣がない。拒否される。
- 口腔ケアの必要性について、認識できていない。認識できていても、正しい口腔ケアが出来ない。
- 口腔ケアの習慣が無かったり、認知症が進みなくなったが在宅で支援が難しい。本人が嫌がる。
- 口腔ケアの習慣が疎かになりがち（認知症が進む前からなくなっていく？）。家族がいる方はまだよいが、独居の方だとなくなかなかまで支援出来ない時もある。
- 口腔ケアの自己管理ができない。
- 口腔ケアの仕方がわからない。正しくできない。
- 口腔ケアの継続的な実施が出来ない。家族も把握していないケースもある。
- 口腔ケアのための開口が難しいので、家族や介護職員だけでは中々きれいにできない。
- 口腔ケアに対し指示が入らず、家族が対応してくれるが、なかなか上手く対応出来ない事がある。うがいの仕方がわからず困る事がある。

- 拒否あり。理解力低下にて治療困難。理解力低下にて継続治療困難。
- 義歯を自分の歯と思っており、外してくれない。声かけが必要。歯ブラシを噛み磨けない。
- 義歯を外す事を拒否したり、外し方が分からない。口を開けない。
- 歯ブラシで遊ぶなど仕方が分らなくなる。
- 義歯を外してもらえない。痛みから口を開けてもらえない。
- 義歯の着脱（上下不明）言葉での理解が得られない。義歯管理や洗浄が正しくできない。
- 義歯の脱着困難。
- 義歯の脱着が困難である。うがいが出来ない。ブラッシングが十分出来ない。
- 義歯の装着ができない、拒否する（はめたまま）。
- 義歯の手入れを本人はしていると思っているが、忘れており汚れがあった。きれいにするタイミングが取りづらい。
- 義歯の外し方が自分ではわからない人に対して、外す時に痛みもある。なので介助して外すことが大変。
- 気分の状態で介助を受け入れてもらえなかったりする。
- 気が向いた時しか受診しない。
- 家族・介護者による介護への拒否があり、上手く口腔ケアが行えない。
- 往診可能な歯科医を紹介し実際自宅に来てもらったが、本人が口を開こうとしないため診察出来なかった。結局そのまま放置した。
- 汚れなど毎日のことなので、本人の拒否があると難しい。
- 汚れているのは把握出来るが、次第に口が開かなくなるので、ケアが思うように出来ない。
- 汚れているが介助拒否があり、できない。

- デイサービス等では口腔ケアを行ってこれているが、認知の方で理解ができず拒否等がある。
- セルフケア不足、介助の拒否、口を開けない。
- セルフケアはできないので、家族がケアするが、開口しない。うがいができないため、どうしたら良いかわからない。
- ご本人に歯磨きの意志がない。
- ご本人が口腔ケアの意識を持つ事が難しい。独居の方等は1人では難しい。
- ご本人が拒否をしたり、施設職員のスキルにより口腔ケアの質に差が出て不十分な場合がある。
- ご本人が拒否される。自分では出来ていると思われている。
- ご家族が口腔ケアを行うにあたり、なかなか口を開けてくれない。
- ケア方法を伝えても忘れてしまう。治療していること自体も忘れていくこともある。
- ケアへの拒否抵抗が強いこと。歯磨きの仕方、必要がわからず怒ってしまう。
- ケアに対して介助を要する方でも、介助を拒み清潔に保つことが難しい。
- うがいやブラッシングが十分に行えない。動作を促すも、指示が入らず歯ブラシを噛んでしまい介助も行うことができない。
- うがいもする習慣がない場合。
- うがいした水を飲んでしまう。指示が入らない。
- うがいが上手くできない。巧緻作業ができなくなっているので、残渣（多）、拒否があり、噛む為、介助でも残渣物を除けない。
- うがいが出来ない。
- うがいできない。歯ブラシ、スポンジ等で口腔ケアする時、かんでしまう。義歯取り外しができない。

- 本人に促さないと口腔ケアができない。拒否がある。家族が代わりに磨くことができない。
- 1人暮らしの認知症の方、口腔内汚れていても歯磨きセットを準備しても誰かが見守り、指示介助しなければケアができない方が多い。
- 本人が口腔ケアすることが難しくなっている。介護者が口腔ケアを実施することが難しい事が多い。
- 本人が拒否して義歯が利用出来ない事があった。義歯をボケツトに入れたり、管理ができない（消毒等も）。
- 認知症の方に口腔ケアを促しても行わない方が多く、ご家族も対応に苦慮されている。
- 独居の方は、自宅では歯磨きができない方が多い（習慣化されていない）。訪問時にうがいを勧めている。
- 水を吐き出すことが出来ず、飲み込んでしまう。口腔内が汚れているが、磨けていない。
- 食後の歯磨きをしない人が多い。歯磨きの習慣がない。
- 自分で歯磨きをしなくなってしまう。入れ歯洗浄剤を飲んでしまった。
- 歯磨きを嫌がる。口腔ケアの方法を覚えていない。
- 歯磨きをしなくなる。口を開けない。口腔内に問題があっても伝えられない。忘れてしまう。
- 歯磨きをしていない。歯磨きが面倒になってやめてしまった。
- 歯磨きの習慣がない。独居で誰も歯磨きの声かけがされない。
- 歯磨きの指導を受けても忘れてしまう。
- 歯磨きの仕方を忘れてしまう。何度も歯磨きをしてしまう。
- 歯磨きの仕方が分からなくなっているため、上手く磨くことができない。
- 歯磨きの仕方が分からない。思うように口を開けてくれない。
- 歯磨きがきちんとできない為、汚れがある。義歯の掃除が出来ていない。
- 口腔ケアの理解が難しく、口を開けてもらえない為、日頃（毎日のケアが不十分。無理矢理ブラッシングしたりする場面がある。諦めてしまう。
- 歯を磨く習慣がない。入れ歯の扱い方、清除の仕方がわからない。
- 歯ブラシを口の中に入れるのが怖い。歯磨きの仕方が分からない。
- 歯ブラシを認識出来なくなっている。1つ1つの動作を指示確認してなんとか口腔ケアが出来ることがある。口の中へ歯ブラシを入れたがらない。
- 口腔ケアを全く行っていない。家族等も口腔ケアの声かけや介助を行っていない。通所サービス利用時の昼食後に口腔ケアが水でうがいをする程度でできちんと行われていない。
- 口腔ケアを嫌がる。口を開けない。口腔ケアの方法を医師や歯科衛生士が指導できない。
- 口腔ケアを嫌がる。うがい水や歯磨き粉を飲み込んでしまいケアが出来ない。
- 口腔ケアをされない方がいる。口臭や汚れが気になる。誤嚥性肺炎リスクをあまり理解されていない。口腔ケアをさせてくれない、口を閉じてしまう。
- 口腔ケアの目的、必要性が理解しづらい。歯磨きをしたか忘れていている。歯磨きやうがいの方法を忘れている。用品の準備。義歯の管理。どこまで自身で出来ているか把握できない。
- 口腔ケアの必要性がわからない。理解がない（認知症に限らず）。口腔ケアの方法等を伝えても忘れてしまう。義歯を取り出す事に拒否がある。

- 口を開けてくれないうえ、歯磨きが上手く出来ない事がある。
- 言葉の意味が理解してもらえない（うがいなど）。
- 元々、歯磨き習慣がなく、家族も気にかけていない。理解できず拒否される。
- 拒否が強い 口腔内が汚れている。
- 義歯着脱の拒否 義歯使用の拒否。
- 義歯の脱着ができず、ブラッシングできない。「うがいをやる」ことがわからず、口腔ケアできない。
- 介護者不在、本人の拒否等でケアができない。
- 家族も本人任せにしていることがあり、しばらく義歯を洗っていないことがある。
- 家族のいない認知症の方は、本人からの話や訴えがないとわからないう。本人は「歯磨きをしている」と言っても、実際は、歯ブラッシングもしていないこともある。
- 汚れているが直接指摘できない（家族も一生懸命介護されているので、それ以上求めにくい）。本人の拒否が激しい場合は、支援が難しい。
- どの程度ケアが出来ているか頻度等が分かりづらい。拒否等がある場合は清潔にしきれない。家族がケアを出来ない。
- ご自身で口腔ケアできない。サービス拒否がある。
- うがいが上手に出来ない。口腔ケアを拒否する方が多い。舌がかなり汚れている。

②【口腔ケアの手法について】

- 毎食後せめてうがいでもしてもらいたいが、しない施設、家族がある。
- 麻痺もあるため、口腔ケアが十分ではない。介護士のケアで仕上げ

を行う。

- 磨き方が分からない。十分に磨けているか分からない。
- 本人が歯磨きのやり方が分からない。ケアを拒否する。
- 本人ができない場合、介助が必要だが独居であり介助困難。
- 部分義歯、総義歯の人それぞれですが、自歯だと言いつ張り、外してくれない人がいます。
- 入れ歯を外すことすら拒否される。歯ブラシを渡しても上手く磨く事ができない。
- 入れ歯が合わないと言いつ、積極的に直して使う気持ちにならない。
- 適切な口腔ケアができなくなると、毎日の事なので支援にどう結びつけて良いか悩む。
- 定期的に行う習慣がないと日課にすることが難しい。
- 定期的・継続的なケアが難しい。
- 昔から歯磨きの習慣がない人は、一部介助で口腔ケアをしようとしても受け入れてもらえない。声かけも聞いてもらえなかったりする。
- 正しいブラッシングができいないが、確認出来る人がいない。
- 歯磨きがしつかりとできていなかったり、歯磨きや義歯外しを拒否される方がおられる。ご家族では対応が困難な場合、どう助言したら良いのか分からない。
- 指示が通じない為、まず口腔ケアができない。どのようにすれば応じてくれるかわからない。
- 在宅ですごされている認知症の方を支援。本人で口腔ケアが徐々に困難となつてこられるが、家族は他のことでも負担や介助が多くなつているため口腔ケアに手が回らない状況と言われることが多い。
- 口腔の状況が個人で違つたため、個人の状況にあつたケアを知りたい。

- 口腔ケア用のスポンジブラシ等の使用を勧めても継続しての使用が
できない。
- 口腔ケアが理解できない方の対応。
- 拒否や仕方が分からず、口腔ケアを行うことができない。
- 拒否が強い時の対応、お茶で良いのか？インプラントの手入れ。
- 拒否がある場合の対応。
- 義歯を外そうとする利用者への対応。
- 義歯の磨き方が分からない。
- 介護職では十分なケアが出来ない（ケアの物品、使用方法、拒否等
のある方の歯磨き）。
- 介護者が口腔ケアの重要性の理解が低い。受診につなげるのが難し
いケースが多い。奥歯がケアしにくい。
- 意思疎通ができない利用者の為、声かけしながら歯を磨く動作をみ
せるが、伝わらない。介助し、歯磨きしようとするが拒否されてし
まいます。どのようなようにして口腔内の清潔を保持すれば良いのでし
ょうか。
- わからないことがわからないので、対応しにくい。義歯は介助にて
洗えるが、口の中をブラッシング介助は、不安もあり、慣れてない
ので本人自身抵抗があると思う。介助者自身口腔ケアの技術不足が
ある。
- きちんと口腔ケアができない。仕方が分からない。
- きちんと汚れが落ちているか。
- 1日1回しているから大丈夫、と言われるが、汚れていることも多
く、どう伝えていけば良いか困る事がある。
- 口臭が強い方へのケアの方法、家族の支援の依頼。
- 口腔内の汚れや手入れ不足を感じても、家族の介護が難しい。歯科
に対し、問題意識が低い。歯磨きの仕方を家族にどう伝えて良いか

分からない。

- 口臭が強い方へのケアの方法、家族の支援の依頼。
- 口腔内の汚れや手入れ不足を感じても、家族の介護が難しい。歯科
に対し、問題意識が低い。歯磨きの仕方を家族にどう伝えて良いか
分からない。
- ケアの仕方がわからない。指導を嫌がる。

③【口腔衛生状態について】

- 歯磨きができていない。(他6件)
- 磨き残しがある。(他4件)
- 磨き残しがある。自身では上手く磨けない。
- 磨き残し、食物残渣あり。うがいが出来ない。
- 普段の口腔ケアが声かけが出来ないといけないため、一人暮らしの方や
家族の協力が無いと、汚れていることが多い。
- 独居の場合、口腔ケアをサポートしてくれる人がいないので、汚れ
た状態が改善されない。
- 定期的なお手入れが出来ない為、口腔内の汚れが目立つ。サービス
導入への拒否がある。
- 舌が汚れている。
- 口の中が汚れているが、歯磨きが出来ない。歯を磨くことを拒否す
る。
- 清潔保持が困難（サービス時のみになる）。
- 清潔な状態を維持できない。
- 身体介護の拒否自体ある方だと、援助内容に入れられないだけでな
く、アセスメントも適切に行えない。
- 食物残渣物があり、口臭や感染症の原因となることを説明するが理
解して頂くのが困難である。

- 食べ残しが（歯の隙間）あり、きちんと磨けていない。家族も介助が十分でない。
- 上手く磨けないため残渣物が溜まっている。
- 上手く洗浄できず残渣物がある。
- 上顎瘡であり、口の中をきれいに磨くことができず、口の中が汚れている。
- 上下の奥歯に動揺があり、痛みもあるためかしっかりと口腔ケアができていない。家族の介助にも拒みが見られる為、本人が気が向いた時にうがいを促し、漱口するのがやっつとである。簡単に済ませてもらおう。
- 自分で十分に清潔保持を行うことができない。
- 自分で口腔ケアがきちんとできない方もあり、口腔内が汚れていたりと、口臭がある。
- 歯磨きする習慣がない方は、口腔ケアが在宅では行う事ができない。口臭がする。
- 口腔ケアができていないと思われたが、実際にできておらず、口腔内の汚れや不快感の訴えがない。
- 歯ブラシをどの程度行っているか不明で確認出来ない。義歯を外して洗っているか外す事を理解しているか不明で確認出来ないことがある。
- 介護サービスマンや往診に対する拒否が強く、導入できない。老老介護で十分な口腔ケアが行われず、（年単位で）口腔内の汚れ、う蝕が進行している。
- 施設の方は職員の声かけにより食後の歯磨き、誤嚥防止の体操を日常的に行っているが、自宅の方はほとんどの方が歯磨きの習慣がなく、歯周病が進んでいる人が多くいる。歯磨きをせず口腔内が劣悪な状態になり、歯を5本程抜かなくてはならない方がいました。
- 義歯にしていって予定ですが、認知があるのに、義歯の管理が出来るのか心配です。
- 口臭がある。汚れている。歯磨きが出来ていない。
- 口臭があるので歯磨きや治療が必要な状況だが、専門ではないので伝わりづらい。
- 口臭があるが、歯磨きを拒否される（ADLは自立の方なので、促す事しか出来ない）。
- 口臭がある。汚れ。歯磨きの仕方がわからず、歯磨き後飲み込んでしまう。
- 口臭、口腔内の汚れ。
- 口腔内の食物残渣物が多い方が多々ある。歯磨きの仕方が分からないう。歯ブラシが痛んでいる 歯磨き以外の用途で使用されている事がある。物品の使い方が忘れている。口腔ケア介助時に口を開けてくれない。
- 口腔内の状態がわかりにくい。適切な口腔ケアの方法や頻度がすすめられない。
- 口腔内の状況が把握出来ない。家族のケアが難しく、事業所任せになっている。また、指示が通らずケアの困難性があり、事業所がどこまで対応出来るか等の問題あり。
- 口腔内の汚れに気づいておらず、歯磨きの仕方も忘れていて、介助が必要。
- 口腔内の汚れがあるが、歯磨きをしているかわからない。またはしていない。
- 口腔内に歯石等があり、嚥下障害もある為、歯科受診を勧めても過去に歯科受診で嫌な経験がある為に受診に前向きな返答を得られない。
- 口腔内に残渣があり、また口臭もする。

- 口腔内が汚れている。歯磨きをしていない。
- 口腔内が汚れている。歯磨きに拒みあり、口を開けない。
- 口腔内が汚れているが、介護サービスだけではケアが足りない場合が多くある（生活にも優先があるので、口腔ケアの優先度が低くなる場合もある）。
- 口腔内が汚れている。口腔ケアの継続。
- 口腔内が汚れていても昔の習慣で毎日歯磨きをしていると思いついでおられ、促しても拒否されることがある。
- 口腔ケアをする習慣がない為に、他者に口腔内を見せない為、状況が確認しづらいです。
- 口腔ケアがしつかり出来ているか確認するのが難しい。自立できている場合でも、しつかりできていない事がある。
- 口腔ケアがきちんと出来ているのか、実態が把握出来ない。
- 口腔ケア、汚れているだけでは歯科につなげにくい（むし菌や入れ歯が合わないなど訴えがあれば歯科に繋げやすい）。
- 義歯を付けっぱなしで汚れ目立つ。デイやヘルパー訪問時口腔ケアをプラン追加するも、拒否強く装着したままなら磨いてくれるようにはなつたが、外されれない（就寝時そのまま）。
- 義歯を取り外すことを知らず、装着したままの為、多量に食物残渣が残っていた。
- 家族様がない方や、いても別々に暮らしている方は自分で口腔ケアを十分に出来ない為、綺麗に口腔を保てない。サービス利用時に支援してもらうが、十分でない事が多い。
- 家族より歯磨きをしないため声かけ、一緒に行わないといけない。磨き残しがあるため、介助しないといけない。
- 家族による歯磨きを拒否して上手に磨くことができない。自身で歯ブラシを持って磨く事ができない。
- 汚れていて、出血がある。入れ歯をなくす。
- 汚れが取りきれない。
- 飲み込み、むせ込み、きちんと噛めているか等の確認は定期的なアセスメント等で確認しますが、口腔内の汚れや歯磨きの仕方についてまでの確認は出来ていません。デイ利用し、口腔加算等がついている方であれば、状態の確認が行えています。
- 歯磨きがデイへ行つた日1回のみもある。本人のみではきれいに磨けない。
- デイサービスを利用している方は、デイサービスで歯磨き・口腔ケアはできませんが、在宅で、老介護や独居の認知症の人は、口腔ケアができないで汚れている人が多い。
- デイサービスや訪問介護（身体）の関わりがない場合、口腔状態が把握できない。
- サービス利用日以外は口腔内のお手入れができていない。
- インプラントのメンテナンスが悪いが、訪問診療で対応できず、歯肉が腫れた状態のままの方がいて困っています。
- 入れ歯安定剤をつけすぎ。入れ歯を外すのが億劫になり、定期的に入れ歯洗浄をしない。定期的な口腔ケアが行えず、汚れている。
- 入れ歯を外す習慣がない。歯がないから磨かなくても良いものだと思っている。ご家族の認識不足。
- 独居の場合、歯磨きをすることを忘れてしまっていることがある。その為、口の中は残渣が沢山あり誤嚥の危険のあることがある。
- 自分はきちんと歯磨きをしている、と取り繕う事が多く、口腔内の汚れや口臭がそのままになっている方。コロナ禍でマスクでの面会が多く、口腔内の確認がしづらい。
- 自分で磨けないが、介助者がいない場合、口腔内が汚れる。
- 口腔内の汚れ。歯磨きの習慣がなくなっており再開が難しい。

- 口腔内が汚れている（歯に残渣物が残っている）。口臭が強い。口を中々開けてくれない。
- 入れ歯安定剤をつけすぎ。入れ歯を外すのが億劫になり、定期的に入れ歯洗浄をしない。定期的な口腔ケアが行えず、汚れている。
- 入れ歯を外す習慣がない。歯がないから磨かなくても良いものだと思うている。ご家族の認識不足。
- 独居の場合、歯磨きをすることを忘れてしまっていることがある。その為、口の中は残渣が沢山あり誤嚥の危険のあることがある。
- 自分はきちんと歯磨きをしている、と取り繕う事が多く、口腔内の汚れや口臭がそのままになっている方。コロナ禍でマスクでの面会が多く、口腔内の確認がしづらい。
- 自分で磨けないが、介助者がいない場合、口腔内が汚れる。
- 口腔内の汚れ。歯磨きの習慣がなくなっており再開が難しい。
- 口腔内が汚れている（歯に残渣物が残っている）。口臭が強い。口を中々開けてくれない。
- どの程度ケアが出来ているか頻度等が分かりづらい。拒否等がある場合は清潔にしきれない。家族がケアを出来ない。

④【家族等の支援に関連する困りごと】

- 老介護で介護者側の理解が難しいケースがある。
- 明らかに毎日の歯磨きが必要である口腔状態においても、本人がその必要性を感じず、また歯磨きの習慣がそもそもない人もいるので、悪循環になりがち。介護保険で毎日口腔ケアを援助するのでも、金銭的にも、サービスマスクの確保からも現実的ではない。家族がいても、拒否が強い事が多い（援助につながらない）。
- 本人や家族に口腔ケアの必要性を説明し納得してもらおうのが難しい。実際診察となっても、口を開けることに抵抗されてしまうので

はないか心配。

- 本人が歯磨きできず、出来ないという事について家族にも認識がない。
- 本人、家族がケアの必要性を感じにくい。ケアが難しく、続かない。細かな作業ができない。集中力が続かない 拒否に繋がりがやすい。
- 本人・家族ともに病気の心配はするも、歯に関しては痛みなど無ければ必要性を感じてくれない。
- 負担が多いと口腔ケアまで手が回らない。口腔ケアに対する家族の認識が薄い。
- 必要性はあるが、家族にも無頓着な方がいる。それを納得させるのが難しい。
- 必要性があってもなかなか受診に繋がらない。ケアが十分でない。
- 排泄等の介護が大変で、家族にそれ以上の支援を期待することができない。
- 熱心に何種類もの歯磨きセットを用意している家族と、本人に任せるとしている家族。口腔ケアの必要性を感じていないケースもある。
- 独居の方だと、定期的な口腔ケアが難しい。
- 独居の場合、口腔ケアの声かけが上手くいかず、管理が難しい。
- 独居の方、自分で義歯を外して洗浄することが出来ない。ヘルパーや家族が声かけしても対応させてくれない。
- 独居の場合、治療しても日常のケアの把握が難しい。
- 内科受診もできていないので、歯科受診までは言いづらい。
- 独居等で日常のケアが困難。
- 独居だと本人の聞き取りのみになるので、実態がつかめない。

- 同居の家族がいるが、口腔ケアの必要性について理解がなく、協力が得られない。
- 独居で認知症の方で、デイサービス等を利用していない場合、口の中の状態を確認することがとても難しい。歯磨きをしているか否かも判断するのに時間がかかる。
- 同居している家族の理解力が乏しい。義歯の洗浄等を本人任せにしている事多く、外したことがない。ポリデントにつけるだけで洗っていない。口をゆすぐことを伝えてもしてくれない。
- 全般的に口腔ケアや治療が遅れ遅れになっている。自分で口腔ケアができなくなっているも、家族（介護者）の意識によってケア・治療に差が生じています。
- 習慣がなく、自分でできないが、費用面で導入できない。
- 自立して歯磨きができない方はご家族様の理解がないと歯科検診を勧めても受診につながらない。お金がかかることのため強く勧められない。
- 自宅での洗浄の状況把握が困難（特に独居の方）。
- 施設入所者であれば食後のケアをある程度介助にて実施しているが、自宅になると介護する家族によりほぼ実施しない場合もある。認知症により本人が拒否で難しい場合もあるが、家族が口腔ケアに対し意識が乏しいことも原因と思われる。
- 高齢な介護者様は自分の事が精一杯で、問題として相談までに至らない事がある。
- 口腔内状況でむし歯の有無など歯科受診を家族が希望されるが、本人が嫌がるからと施設職員に歯科治療を止められた。
- 口臭がある利用者について、家族も気づいているが促すような声かけができない。家族は仕事もあり、そのまま本人への見守り・声かけができない為、サービス利用時に職員へ促しや見守りをしてもら

- 口腔ケアまで対応出来れば良いが、もっと大きな課題が多く、そこまで対応する事が難しい。※認知症の方は、生活回すこと自体が課題であり、そもそも対応が難しいです。
- 口腔ケアに対する家族の認識が低いケースが多い。
- 介護者（家族）の介護負担が重く、口腔ケアにまで手が回らない。
- 介護者・本人も口腔ケアに対して、問題があるとは認識していない。ケアの実施方法がわからない。家族にも助言やアドバイスを行うが定着図れない。
- 家族が口腔内ケアに熱心であれば良いですが、本人の拒否から家族が「まーいいか」で済ませた場合は、サービス事業所に頼らざるを得ない時です。
- 家族が口腔ケアの大切さの認識に欠ける。
- 家族が協力的ではない。
- 汚れていても支援に至っていない。本人、家族も意識が低い時が多い。
- デイやショート等、施設でしっかりケアしても実際自宅では家族がなかなかケア出来ない。また独居や老老世帯だと難しい。
- デイサービス時は出来ていても、自宅では行っていない人が多い。
- ご本人、ご家族含め、口腔ケアの大切さをなかなか理解して頂けない。
- ご家族の中でも、口腔ケアにあまり重きを置いていない方も多いです。その為、本人任せで口腔内汚れている方が多いです。
- 本人や家族がケアの必要性を理解していない。ケアの方法がわからないと言われることがある。
- 元々、歯磨き習慣がなく、家族も気にかけていない。理解できず拒否される。

- 認知症状がある独居、老老介護、認知介護の場合、セルフケアが出ない。サービスのタイミングが合わないと口腔ケア介助ができない事が多々ある。認知症状がある方、自己発信が出来ず、周囲のサポートは必須。

- ケアマネジャー自身、口腔内の汚れの視点が重要視していないこと。
- 必要性を感じていない。関心がない。このまままで過ごしてきたので、これからもこのままと決めている。

⑤【その他】

- 通所系サービスや訪問歯科で口腔ケアを依頼するケースがありま
す。歯磨きをしない方が多いです。
- 通所系サービスで口腔ケア支援をお願いしている。
- 専門的な指導を受けられる機会がほぼない。
- 実際どのようなようにしているか聞いてもわからない。家族が把握できていない。
- 歯磨きが不十分だが、ブラッシング等の指導等をどの機関に依頼してよいかわからない。
- 歯科の往診を介入しても、慣れるまでに時間がかかってしまう（何をしに来たのか、等が理解できない）。
- 口腔ケアを行うことの大切さを理解できない。嚥下につながることを理解できていない。
- 義歯が使えていない。
- サービス利用を拒否される利用者様への対応。
- 介護サービス利用時に確認しやすいと思いますが、在宅ではタイミングが重要かと思えます。
- 介護サービス利用時にしかケアができていない。一人暮らしで口腔ケアが習慣づかない。
- ピック病の方で歯磨きを促してもすぐにやめてしまい、甘い物ばかり食べているので汚れていることはわかっている。一時期訪問歯科に依頼していたが歯がほとんど無くなり中止している。

ii. 口腔内の状態

①【認知機能に起因する困りごと】

- 本人からの痛みの訴えが分からない。(他 8 件)
- 口をあけてくれない。(他 2 件)
- むし歯で痛みが出ていたり、傷が出来ている場合でも本人は訴える事がないため、発見が遅れる。義歯が合っていない状態でも、修理や作り替えの必要性を感じない。結果、食べづらくなったり、誤嚥のリスクが高くなる。
- むし歯や義歯の不具合があっても本人の訴えがない。
- 家族がいない認知症の方は、それ以上に生活上の課題が多く、口腔のことでまで確認できないことが多い。また、本人に何か違和感などがなければ、口腔内を見る事は、難しい。
- 痛み等の有無が不明 (聞いても分からない)。
- 本人からの訴えが少ない為、悪化するまで気づき難い。
- 理解できず拒否される。
- 治療がスムーズにいかない (拒否など)。
- 治療の理解が難しく口を開けてもらえないため、治療が進まない。義歯調整が上手くいかない。治療を断念することが多い。
- 治療を嫌がる。治療途中で立ち上がり治療が続けられない。
- 自分では磨けないので介護しようとしても口を閉じて嫌がって磨けない。口を閉じて治療できない。
- 痛みの訴えがないため、気づいてからでは遅い場合がある。状態が悪くならなければ受診する機会がない。
- 痛みの有無が認知症のため本人の判断力がなく、よくわからないことがある。腫れて痛むが口を開けてもらえなかった。その為受診しても治療してもらえなかった。
- 痛みや不具合があっても、自ら適切に訴えたり受療行動ができて

い。

- 認知症の為、受診ができない。
- 独居認知症の受診拒否により、口腔内確認が困難な場合もある。
- 本人が訴えられない。
- 歯周病の進行の理解が出来ない。治療の必要性も理解が出来ず拒否をしてしまう。
- 本人が口腔の不具合を訴えられない人が多い。歯科治療の理解ができない。
- 本人の拒否が強い (説明しても理解できず口腔内を見せてくれない)。
- オールラフレイルがあるが、歯科受診が理解できない。
- おかしいなと思っても明確に「ここが痛い」と言ってもらえず確認が難しい。
- ご家族と行きつけの歯科で対応するも、当日に本人が拒否をし、何ヶ月も通えないケースもあった。痛みの訴え継続していても、本人の拒否が強いと対応出来ない。
- ご自分の口腔内のトラブルを第三者に伝達できない。
- ご本人からの訴えがないと分かりにくく、確認 (聴き取り、目視) しても状態が分からない。
- ご本人に異常がある事が理解出来ない。
- サービス利用を拒否される利用者様への対応。
- なかなか治療が終わらないケース。
- むし歯があったとしても、本人から訴えがないと確認できず治療に結びつけられない。入れ歯が合わない場合等は、確認出来るので家族と相談しながら歯科医に結びつけるが、指示が通らないことが多々あり、なかなか進まない。
- むし歯があるようだが、本人が家族のケアは受け付けない。

- むし歯があるが、デンタルチェアに長く座れない。口を長く開ける事が出来ない。
- むし歯があるが、歯科の治療台に座り、口を開ける事ができない。興奮し大声を出してしまう等で治療ができない。
- むし歯があるケースで本人が嫌がり、治療の継続が困難なケースがあった。
- むし歯があることに気づかない方が多い。定期的に歯科受診をする人はほとんどない。
- むし歯で痛い時は、歯の治療とわかり本人の協力も得られるが、痛みが治まると治療していたことを忘れ、口を開けてくれない方がいる。この状態では通院での治療も難しく痛い時に見ることができないので、次々と痛いところが出てくる。きちんと治療したいができない。
- 何度も治療することが難しい。
- 拒否あり口腔内の確認ができない。
- 介助者が止めるまで歯磨きする方は、出血している時もある。
- 会話もよく聞き取れない。歯科受診を主治医から勧めてもらっても何も困っていないと聞いてくれない（義歯がカパカパよく外れる）。
- 歯科の通院日を忘れてしまう。診察券をすぐ紛失する。
- 義歯を治してもこれ以上は治らない等の理解がなく治療に困る事がある（治るまで落ち着かなかつたり、他の歯科に行くと言う）。
- 拒否あり。理解力低下にて治療困難。理解力低下にて継続治療困難。
- 拒否が強く、口腔内の確認が出来ない。
- 拒否が障害となり定期的にチェックできない。
- 拒否のある人はケアができない。
- 具体的な症状が分からない。
- 継続的な治療のための受診が難しい。治療のための説明の理解が難しい。
- 口の中の状況を本人が訴えられないことが多く、使用状態から判断する為、しっかり把握できない。
- 口の中の為、あまり本人から訴えがない。食事の中の痛みなどから把握しています。
- 口を開けてくれないので把握できない。義歯に不具合があっても自分で伝えられない。
- 口を開けてもえらず、確認することや歯磨きが難しい方がいる。
- 口腔ケアが理解できない方の対応。
- 口腔ケアに対する意識がなく、状態の確認の時点で拒否されることが多い。
- 義歯を装着するよう説明しても本人の理解得られず困っている。
- 口腔内の状態を見ることが難しく（拒むため）本人の苦痛の状態も上手くつかめない。
- 口腔内の不具合に気づき難いため、治療までに時間が経過してしまう。
- 口腔内を見せたがらない。痛みや違和感を伝えられない。
- 口腔内を見せてくれないため、むし歯、傷に気づかない。そのまま放置となってしまう。
- 口腔内状態の確認が難しいことがあります（指示が入らないため）。ゆっくり話を伺いながら口腔の確認をする必要があります。
- 困った状態にあることを本人が認識していない。
- 在宅では口腔内の確認が難しい。専門職との関わりが必要。
- 残根が多くあり、歯茎の腫れがあっても本人が訴えられずそのまま放置している家族が多い。

- 指示が通じない為、まず口を開けてもらうことができず、確認できない。それが歯科医師等だと素直に開口するので口腔内確認の時点で歯科医に依頼している。
- 指示が伝わらないため義歯の作製をあきらめてしまった人もいた。
- 指示が入らない事があり、援助できない事がある。
- 指示が入りにくく、ケアにも拒否があると対応に困る。
- 歯痛の訴えを繰り返す。本当に痛みがあるのかわからない。
- 治療の際、咬む、暴言もみられ、口腔内の確認に苦慮されている。
- 自覚症状が伝えられずにわからないなど、知る事が難しい。
- 自己管理ができない。
- 自歯がないのに義歯を使用しない。
- 自分で症状言えなくて、むし歯など発見が遅れる。
- 自分で訴える事が出来ない（傷や痛み）。確認に対して拒否がある。口腔内を見せられない。
- 自分は大丈夫と言って確認させてくれない。
- 受診が難しく、治療出来ない為、状態把握ができない。
- 上手く訴えが出来ず、早期発見がしづらい。
- 上手く表現が出来ない方が多いため、痛みの有無など把握しづらい。
- 食事が進まないと思ったら、入れ歯が歯肉に当たって傷があった。本人から痛みなどの訴えが何も無かった。
- 診療時に痛みや違和感がないと、治療自体を拒否することがある。
- 正しく、じっくり観察しにくい。義歯の出入りに抵抗があったり、痛みを訴えても場所の特定がしにくい。
- 訴えがなければわからない。診療希望等の判断が自分できない。
- 痛みがある様だが上手く説明できない。
- 痛みがない場合は、治療への必要性や希望が理解・表出されること

が少ない。そのまま様子を見る事もある。

- 痛みがはっきり分かりづらい。訴えがない。
- 痛みなどは意思表示しやすいが、不具合（義歯）については本人理解が進まず、義歯を使用せず食べてしまう。誤嚥のリスクにつながってしまう。

- 痛みのある時しか受診しない。
- 痛みの表現が出来ない。義歯で遊んでしまう。
- 痛みや異常はあっても確認が拒否される。
- 痛みや違和感の訴えがない（曖昧）で把握が難しい。
- 痛みや義歯等の不具合があり、訴えずに近所の歯科へ受診されたことが何度かあります（訪問歯科を受けている方）。認知症の方の為、ご理解が困難なことが度々あります。
- 痛み止めで痛みが落ち着くと受診されない。
- 痛み等の訴えが適切にできない。周囲の人も把握が困難。
- 定期の通院や確実な対応は難しい。
- 提案し、促しても必要性の理解が得られない事が多々あり（金銭面も含む）。
- 動いている歯があり、痛いと言うので歯科受診を勧めるが、食事時以外は痛まないように感じています。
- 特に重度の認知症の方は、ケアスタッフが行っていて、家族が行っていない事が多いように感じています。
- 独居だと本人の聞き取りのみになるので、実態がつかめない。
- 独居で認知症の方で、デイサービス等を利用していない場合、口の中の状態を確認することがとても難しい。歯磨きをしているか否かも判断するのに時間がかかる。
- 独居の場合、治療しても日常のケアの把握が難しい。
- 認知症だと痛みや不具合の訴えがない。入れ歯が使えない。

- 認知症が進んでくると、本人からの訴えがない。義歯を飲み込んでしまったケースがある。
- 認知症になる前から歯科受診が途切れており、義歯を作っていないかあったり、義歯が合わなかったり、破損していたりするが、治療が難しい。本人の受け入れがなく、家族も困っている。
- 認知症により、本人が気付かない場合も多い。
- 認知症により適切な治療を受けられない。
- 認知症による理解力低下でケアや治療が行き届かない。
- 認知症のため自分で不具合等を訴える事ができず、対応が遅れる。
- 認知症の為、義歯をはめられず誤飲した方もいた。むし歯や汚れなどには気がつかない老人が多いのではないかと思う。
- 認知症の人はむし歯や傷の痛みがあっても言葉で表せず、周りに伝わりにくい。
- 認知症の人は痛みや不具合を訴える事ができない為、状況を確認する事が難しい場合がある。
- 認知症の程度にもよるが、本人からの申し出がない場合、見逃してしまうことは多々ある。
- 認知症の方の場合、拒否があるためスムーズに介入出来ない。
- 認知症の方の場合、治療に繋がっても Dr.の指示が理解できず、適切な治療が受けられないことが多い。
- 認知症進行により、ご家族様は歯科通院に連れて行きたいと思っいても、口を開けて治療受けることが難しく困っている方がいます。「三叉神経痛があり顔を触ろうとしただけで痛くなるのではどの思いから義歯の取り外しも大変になっています。」
- 必要性があってもなかなか受診に繋がらない。ケアが十分行えない。
- 不衛生だと思われる状態や痛みがあるとと思われる状態でも本人・家

- 族ともに自覚されていない。
- 不具合があっても受診拒否等で対応が難しい。
- 不具合や痛みなどについて、自分で適切な訴えができないため状況が把握しにくい。
- 本人から訴えない為、介護者側の観察が重要となる。
- 本人から痛みや困りのことの訴えが難しく、周囲の観察力が大事になるが、周囲(家族)の観察力、気づきの力に差があるため、悪化するまで気づけないことがある。
- 本人が自身の口腔内の状態を話したがらない、または認識していないので把握しにくい。なんとなくこちらが不良な状態を感じている治療に結びつけるのが困難。
- 本人が自分の口腔内の状態を正しく認識して伝えることが難しいために、発見が遅くなる。
- 本人が受診を嫌がる。家族も必要性を感じていない。
- 本人が受診拒否することもあり、治療出来ない事もあります。訪問歯科さんの無料で口腔内点検をして頂けるのは助かります。
- 本人の認識が低い、または受診の必要性の理解ができないため、受診に繋がりにくい。また、受診回数が多いと付きそう介護者の負担も大きい。
- 本人の病識が乏しく、受診につながりにくい。
- 本人の理解力の低下。
- 本人の理解力低下のため把握しづらい。
- 本人は「大丈夫」と話すが、食欲、体重の減少など、口腔と関連があると感じる時のアプローチ。
- 本当は治療を継続しないといけなが、痛みが治まると…ダメでした。
- 理解が得られず、口腔内確認に時間(または期間)を要す。

- 本人や家族に口腔ケアの必要性を説明し納得してもらうのが難しい。実際診察となっても、口を開けることに抵抗されてしまうのではないか心配。
- 明らかに治療が必要な場合であっても、認知症の程度により治療が困難な場合がある。その事で食事が減る可能性もあり口腔トラブルの改善に繋がりたいと思う事もあるが、積極的な治療が難しいと言われる事もあった。
- 予防の観点から必要だが、口腔内の悩みの訴えがあっても判断出来ない。
- 口腔内の状況がわかりにくい。

②【口腔疾患・口腔衛生状態について】

- むし歯、痛みがある。(他3件)
- 歯がなく、そのままにしている。(他1件)
- むし歯、歯周病がある。
- むし歯が放置され歯周病になっている。
- 詰め物が取れた。歯茎が腫れている。
- 口腔内の状態を見せたくない人がおり、把握できない。入れ歯が合わない。放っておく人多い。
- 歯肉に傷ができています。
- カンジダ発症してしまふ。
- むし歯・傷がある。痰の乾燥したものも付着。
- むし歯、欠損、義歯なしの方が多い。
- むし歯があるように痛みを訴えられている。痛みのため食事は思うように食べられない(思うように噛めない)。
- むし歯が進行し歯がギザギザになってしまい、歯の痛みは無かった

- 舌にあたり、口内炎になり食べられなくなってしまう。
- 噛み合わせが悪く、痛みがあるか把握できない事がある。
- インプラントの治療ができるDr.が少ない(特に都市部より離れていると)。
- 口腔内に唾液が多く溜まり常時ティッシュで拭き取っている。
- 義歯の噛み合わせ、出血、痛みから食事摂取量の低下がある。
- 口腔ケア不十分、歯周病で残存歯なし、咀嚼不十分のため、消化不良で嘔吐することがある。
- 口臭、歯周病。噛み合わせが悪く、物が食べづらい。
- 口臭(強い)、目視で汚れが確認できる。う蝕による痛みの自覚がある。
- 残存歯のむし歯があり、食べ物が詰まっている事が多い。
- 歯がまだらだったり、入れ歯も作っていない方が多い。
- 歯が欠けていたり、残根歯がある。歯がない。
- 歯ざしりなどの問題。
- 歯のとがった所にあたり、口腔内に傷ができる。
- 歯茎より出血がある。口の中に食べ残しがある。
- 歯肉炎、歯周病か歯茎の出血・腫れ見られる。若い時治療した冠が外れてもそのままの方も見られる。
- 歯並びが悪くなる。
- 舌の汚れやすさ
- 痛みがあり、食欲低下につながる。
- 自然に歯が抜けてしまった。歯茎から出血している。
- 口腔内に傷があり、歯科受診を家族と共にした。組織検査はできなかったが、おそらく舌がんとの診断となった。治療はできなかった(転倒後、寝たきりで肺炎となった)。
- 口臭がある。

を繰り返す認知症の方への対応が困難だったりするため、もう義歯は必要ない、と言われる方も多い。

● 痛みなどの訴えがハッキリしない認知症の方で、ご家族のサポートがない方は、義歯作製が難しい。認知症の方は、義歯をつくっても、装着方法の習得が難しい。

● 入れ歯が壊れてもそのままにしてしまう。合わないのでもそのままほっておく。

● 入れ歯が合っているのか？どうか、本人からの確認ができない。

● 入れ歯が合っているのかどうか把握しづらい。

● 入れ歯が合わず、新しく作製したが、古い入れ歯を使っている。・義歯を繰り返し紛失する。

● 入れ歯が合わない。入れ歯落として壊した。入れ歯無くしてしまっただ。

● 入れ歯が合わない、壊れていても家族より「お金がかかるし、今の状態でも食事は摂れているので大丈夫です」と言われてしまいう。→歯科受診を勧めるが拒否がある。

● 入れ歯が合わない。紛失している。

● 入れ歯が合わないが、通院介助が大変なので作り直しが困難。入れ歯無くしてしまうので、作り直さない。入れ歯なしで生活している。入れ歯がゆるく合わない。食べ物と一緒に飲み込んでしまうのではと心配がある。

● 入れ歯が合わないとして食べるようになる。新しい物を作っても合っているかどうかわからない。

● 入れ歯が合わなくなったので、作り替えたが、本人が新しい入れ歯をはめてくれない。

● 入れ歯が合わなくなり、その後は入れていないので噛み合わせが適切でない。

● 食物残渣がある。
● 不潔になっている方も多い。舌や義歯の汚れ。

③【義歯について】

● 義歯の紛失。(他9件)

● 義歯が合わない。(他5件)

● せっかく義歯を作っても使用しない。

● だんだん入れ歯が合わなくなり、装着せず歯茎で噛んでいることがある。

● 入れ歯が合わない。合っていないので外したままどこに置いたかわからなくなる。

● 入れ歯を嫌がり歯茎で食べている。

● 欠損歯が多い。義歯が合っていない。

● 義歯があるのに使わない。

● 部分義歯をひっかけると折れる歯が折れて(抜けて)部分義歯をつけられない。

● 義歯を作製していても、使用されていない方が多い。

● 義歯を使わない、義歯を無くす。

● 義歯を紛失する。義歯が合っていないが、慣れているからそれではないと思っている。

● 歯が抜けているが、義歯はそのまま。入れ歯が合っていない(ガタガタしている)。

● 入れ歯新作製しても合わず諦めてしまう。

● 上下歯の噛み合わせが悪い。義歯が壊れたまま治療を受けていない。部分義歯が合わなくなり、残存歯と上手く噛み合わない。

● 体力や認知症機能が低下し、食事が少なくなると噛み合わせが弱くみられます。歯茎が痩せ義歯が合っていない。認知症等で破損、紛失したり

- 入れ歯の調整等、行うことが困難。
- 入れ歯を外さない。逆にはめなくなる。入れ歯を紛失する。
- 入れ歯を使いたがらない。あるのに放置されている。
- 入れ歯を入れたがらない。歯科受診を嫌がられる。
- 入院中に義歯を作製、在宅では全く使用しない場合がある。
- 入れ歯を作製したが噛み合わせの良・不良が確認出来ない (Dr.の前では何でも「良い」と言う)。かなり前に義歯を作ったため、歯茎がやせて合っていない方がいるが、家族も新しいものを作る予定がない。
- いくつも入れ歯を作っても合わない。
- かなり以前に作った入れ歯を、現在も使用しており、歯茎のやせなどから、合っていない入れ歯を使用しているケースが多い。入れ歯の再調整にも時間がかかり、本人の理解も得られにくい。
- だんだん入れ歯が合わなくなるが、直すの (診療) を嫌がる。
- 義歯を付けていないことが多い、合わなくなっている。義歯を付ける痛みを伴う。
- 以前に作った入れ歯が合わなくなっていて、歯茎が痛くて入れなくなっている。
- 家族が“入れ歯が合わなくなってると思う”と言いつつも、“入れ歯もせずに何となく食べられている、またすぐに無くす”とのことで放置しているケースがよくある。
- 義歯を入れる事を忘れて食べている。紛失も多い。
- 義歯があっという間でも、新しく作ったたり、治療をしたりすることができない。
- 義歯があれば食べられるかもしれないが、無くしてしまい見つからなかったり、新たに作るまでは難しい人がいた (終了ケース)。
- 義歯がないままだが、本人的には困っていないのでそのままになっている。
- 義歯が緩んで物が食べづらい。自歯が抜けて義歯作製できない。
- 義歯が合っていないのに使っている方が多く、受診を勧めるもあまり繋がらない。
- 義歯が合わず、外していることが多い。
- 義歯が合わず、訪問歯科を紹介するも、調整困難で合わせられなかった。
- 義歯が合わずグラグラになっている。義歯を外している時間が多く合わなくなっている。
- 義歯が合わず外したままの状態でおられる。
- 義歯が合わず使用していないが、調整しないとと言われる為、使用せず食事形態の変更をしている。
- 義歯が合わない、との訴えが続き何度も作り直しても合わない。
- 義歯が合わないのかどうか評価しにくい。あつたとしても上手く具合が表現できない。忘れてしまうので、対応が遅れがち。
- 義歯が合わないようになっており、ずっと外した状態となっていて。義歯が合わなくなっても受診に繋がられず、そのまま放置した状態になっていることもある。
- 義歯が合わない為違和感がある (何度か調整しているが)。
- 義歯が合わない等。受診に行けず、往診では治療してくれない場合。
- 義歯が合わなくなってしまうという事は多い。頻回に通院するのが負担になると「作ってみてみたが合わなくて…」という場合が殆ど。
- 義歯が合わなくても、それを具体的に訴えることができない。「何となく食事が減っている」などで把握することもあります。
- 義歯が合わなくても、なかなか作り直せない。
- 義歯の装着拒否。

- 義歯が合わなくなっているが、治療の理解が難しく受診をためらってしまう。
- 義歯が合わなくなったり使っていない。家族も仕方がないと歯科受診を希望しないケースが多い。
- 義歯が歯茎に当たり痛みがあるので義歯を入れてない。
- 義歯の噛み合わせが上手く出来ず、難聴なので医師との意思疎通ができない。
- 義歯の調整。してもしても良くなるらない。
- 義歯の調整中で「合わない」という理由で治療を中止してしまう利用者が多く感じる。
- 義歯の不具合で装着していない方が意外と多い。
- 義歯の不具合や作り直しについて。本人受診が難しく、諦めてしまう。
- 義歯の付け忘れやどこに置いたかわからず、長い間つけてないと合わなくなってしまう。
- 義歯を外さないことで不衛生な状態が続いているケース。
- 義歯を勧めた2人の方が治療中（新しい義歯作製）。
- 義歯を作っても外してどこかに無くしてしまう事があり、3回以上繰り返した場合、4回目は作るべきか判断に苦しむ。家族のいる方はいいのですが、身寄りのない一人暮らしについてのアドバイスをいただきたい。
- 義歯を作っても使わない。放置している内に歯肉がやせて合わなくなる。
- 義歯を作製しても外したまま使用なくなり、残った歯と歯茎だけで食事をする。
- 義歯を使わなくなり、長年経過し、義歯調整を勧めても使用しないことに慣れてしまい、使いたがらない。

- 義歯を新しく作る事が出来ずに困った（認知症があり指示が入らな
い為、作る事が出来ないと言われた）。
- 義歯を抜きたがらず、咬合不全の確認も取りにくい。
- 義歯調整をいくらしでも合わない和不穩になる人がある。
- 義歯調整後も合わず、やめてしまう方がいる。
- 口腔内の痩せなどから義歯が合わなくなる。見直す回数が多い。
- 義歯を作っても紛失してしまう。
- 義歯を作り替えるには、本人の負担が大きいのので、肉盛りやけずり出し等で調整する方が良いと感じている。
- 義歯を作り直したり、かみ合わせ調整してもなかなか合わない。
- 合わない入れ歯を使うため痛みが生じたり、食事の際に使わなくなっている。
- 合わなくなつたまま、はめている。はめずに生活している。高齢や認知症理由にそのままの状態。
- 入れ歯を作ってもつけない、つけることを忘れているため、次第に合わなくなってしまう。
- 歯茎が痩せて義歯がすぐ合わなくなってしまう。
- 歯茎が痩せてしまい、上下とも義歯が合わなくなり、ポリグリップで密着させても、それを理解できず舌で義歯を外してしまい義歯装着ができない。
- 入れ歯を作っていない。今後も入れ歯は作らないと言っている。
- 入れ歯をティッシュにくるんで捨ててしまう。入れ歯が合っていない事がわからない。
- 従来自身で義歯管理を数十年にわたり行ってきたが、認知症を発症後、家族援助が行われるようになり、義歯の歯石沈着がひどくなっているのを家族が発見し、困っていたことがありました。←歯科通院をおすすめしました。

- 義歯が合わなくなり常に外していたり、管理ができず紛失も年に数人おられる（ティッシュにまるめて捨てたり等）。部分義歯は特に入れづらいか作っても外すケース多い。
- 歯茎が痩せ、義歯が合わなくなっても、新しく作らず、外したままにされる事がある（家族希望）。
- 食事をしている時に、入れ歯が外れそうになる。歯がなく、噛み合わせ出来ず、食物が口から出て来ってしまう。
- 食事が減り、原因を探していたら、口腔内に赤みがあり、義歯が合わなくなっていることが判明。抜歯をしても型を取ることが出来ず義歯作成が難しい。
- 新しい義歯に違和感を感じられ、合うまで入れて頂く事が難しいです。
- 新しい義歯を作ってもらっても、本人が昔の物がいややく、新しい義歯を使わず、結局合わなくなってしまうことが多い。ただ新しい義歯を作るのではなく、その後のフオロームも必要であると思う。
- 身体状況レベル低下で、入れ歯が合わないケースがある。
- 体重の減少で合わなくなった（義歯）。
- 体重減少等により入れ歯が合わない。
- 長年、入れ歯を入れずに噛んでおり、入れ歯を作製する必要性を感じていない。
- 入れ歯を紛失（突然無くなる）するため、タイムリーに義歯作製に繋がらない。
- 独居の認知症の人は、入れ歯をすぐに無くしてしまい、新しい入れ歯を作ってもまた無くしてしまい、入れ歯をしないで、食べるようになる人が多い。
- 入れ歯があっていないが、調整が難しい。
- 入れ歯があるが、合わないと言いついていない。歯茎のみで食べ

- られる軟らかいものや汁物を中心に食べている。
- 入れ歯があるにもかかわらず、使用していない。
- 入れ歯があわなくなってしまうが、本人を歯科に連れ出せずそのままにしている。
- 入れ歯が合わず、硬い食べ物が噛めない。食事が減ってしまう。
- 入れ歯がカボカボしていて、しっかりと咬めていない。入れ歯なしで食べている。
- 入れ歯がなくなる。入れ歯が壊れているケースがあり、食事がしつかり摂れないことがあり、歯科治療につながっています。
- 入れ歯が合っていないなく、食事を摂ることも大変そうだと思っけても、なかなか受診に繋がられない。
- 入れ歯が合わず、そのまま使用していたり、入れ歯を外したまままで常時過ごしているため、食事の時も入れ歯を使用していない。
- 入れ歯が合わず、何度も調整してもらおうがフィットしているのか本人の理解力が低下しており分かりづらい。
- 入れ歯が合わず、使用していない（調整が難しい）。
- 入れ歯が合わず、食事中に度々外す。
- 入れ歯が合わず、付けていない。入れ歯を入れて食事を摂った方が良く説明しても理解してくれず、付けてくれない。
- 入れ歯が合わず使用しなくなっている。入れ歯が壊れている。
- 入れ歯が合わず受診をしても状況をうまく伝えることができない。そのまま入れ歯を使わなくなってしまうケースも多い。
- 入れ歯が合わない、壊れている、入れ歯がない。
- 入れ歯が合わない、痛みを訴える認知症の人が多い。本人の認知機能低下している場合に歯科受診をしても十分に合わず痛み続くことがあった。
- 入れ歯が合わない。壊れているのをボンドでつけて使っている。

- 入れ歯が合わない。入れ歯が不衛生なまま使用している。入れ歯を無くしてしまう為、食事が不十分になり、痛みがある。
- 入れ歯が合わない。壊れても本人が拒否したらケアマネジャーが訪問歯科等提案しても受け入れない。
- 入れ歯が合わない。入れ歯を外してしまう。入れ歯を無くしてしまつた。通院が出来ない。
- 入れ歯が合わない→痛い思いをするので使用しない→作らない→歯茎で食べるようになる→食欲低下・嚥む力低下、嚥下力低下する。
- 入れ歯が合わないから、外している。
- 入れ歯が合わないため歯科受診を提案。
- 入れ歯が合わないなどの訴えが多くなるケースが多い（調整しても）。どの様に対応したら良いか。
- 入れ歯が合わなくて受診を勧めめるが、「仕方がない」で終わる事が多い。
- 入れ歯が合わなくなつてしまつた。傷がなかなか治らない。
- 入れ歯が合わなくなつても、そのままにしていたり、合わないのので付けてない方もいる。金銭的に作り直さない。通院するのが難しい。
- 入れ歯が合わなくなつて修理しても、違和感あるよう自分で外してしまう。
- 入れ歯が合わなくなり、本人が外してしまつている。そのままでも食事が食べられているので、入れ歯の調整や作製を希望されない。家族も同意見。
- 入れ歯が全く合わない物をつけている。合わないから外してしまつた。
- 入れ歯が必要であっても、異物として付けない。また、合わなくても治療を拒否する。
- 入れ歯の噛み合わせの調整必要な認知症の方は医師に上手く伝えることが難しい。治療が中断してしまう方もいる。
- 入れ歯の管理ができない。無くしてしまふ。
- 入れ歯の管理が難しく、よく紛失。探して見つかる等といった事があり、義歯使用による介護量の増加が懸念されるケースがあります。つける、外すを含め、管理が難しい事から、義歯を作らないといった事もあります。口腔内の状態により、食形態をさげる事につながる事もあります。
- 入れ歯の管理が本人、家族とも出来ていない。
- 入れ歯の修正が上手くいかない方、作り替えても痛みを訴える。→結果外してしまふ。
- 入れ歯の状況等を家族でも確認出来ない事が多い。
- 入れ歯の装着を嫌がる。外してしまふ。違和感があるのか、外してしまふ。どこに置いたか分からなくなる。
- 入れ歯の調整が上手く出来ない。
- 入れ歯の調整をしても、本人がどこまで分かっているのか不明な点。合わないと訴え自体が、よく分からないことがある。
- 入れ歯の調整をしても痛みがあり、装着して貰えない。そのため、なかなか入れ歯が合わない。
- 入れ歯の調整を嫌がり、入れ歯を作っても装着してくれないことがある。
- 入れ歯の調整を行つてもなかなか上手くいかないと聞くことが多い。
- 入れ歯の紛失があったり、家族も高齢だからと言つて、歯科につながらないケースがあります。
- 入れ歯をかなり以前に作つたが、合っていないのか、口にはめていない。

- 入れ歯をしない、外すなど。
- 入れ歯が合っていないことに気がかない。口腔内の違和感の訴えがあったとしても、日により、人により訴え方が違う。
- 入れ歯が合っていないケース→受診の必要性を理解できてない。
- 入れ歯をなくしてしまう。作っても使ってくれない。
- 入れ歯をはめてくれない。
- 入れ歯を飲み込んでも気づかない。
- 入れ歯を外して食事をしている。
- 入れ歯を嫌う。
- 入れ歯を使っていない、合わないからこれでも食べる事ができるから、と本人・家族がそのままにされている。通院も大変なので、と。
- 入れ歯を使っていないで、食事摂取上の問題がある。上手く噛めないが、配食のムース食などや軟らかい物は食べたくない。
- 入れ歯を自分で上手く管理できず、付けないで食事をされていたり、合わない入れ歯を付けて食事をして、間にたくさん食べカスが詰まってしまうたりする。口腔の痛みにより食事が進まない事もあ
る。
- 入れ歯を調整したくても、認知症から調整ができない。
- 入れ歯を調整したり作り直しても中々合わず、時間がかかる。
- 入れ歯を入れておくのになれるまでに時間がかかり、結局使わなくなる。
- 入れ歯を認識できなくなり、したがらない。痛みを訴えることができない時あり。
- 入れ歯を無くす。洗浄出来ない。
- 入れ歯装着が合わずしてないが、本人も家族も問題にしていない。
- 認知症もあり、義歯の不具合訴えが多い。歯科受診をして調整するがその後訴えが頻回に継続する。
- 年を取り口周りがやせて義歯が合わないが、それを伝えることもできない。受診しても義歯が合っているか確認が難しい。
- 病気の進行や老衰により入れ歯が合わない。壊れても通院できない。そもそも受診できる所が殆どない。
- 部分義歯をはめておられ、数回歯科受診されているものはめる時、はめている時、食事時、物が詰まった時と常時気にされている。
- もの忘れの症状にて、何度も入れ歯を無くしてしまい、作り直してもどこかにしまっ
てしまい、結局外して食べている。入れ歯が合わなくとも歯科受診を拒否されると通院出来ないため、義歯を外している。
- 本人が入れ歯が合わない、壊れているという認識がなく、家人に伝えることをしないので気づくのが遅れる。入れ歯を外して、どこに置いたかわからなくなり、新たに作るには協力動作がとれず困難な状況となる。
- 本人様が居心地が悪いのか外してしまい義歯を紛失してしまうことがあった。施設職員に管理してもらおう事で解決できたが、作製したばかりの物を無くしてしまい再作製に時間がかかってしまった。
- 本来なら修理が必要だが、使用しないまま今更修理の希望がない。
- 無くしてしまい探せない。口に合っているのかどうなのか判断できない。
- 義歯を作製しても自分でポケットにしまったりして無くしてしま
う。その為、家族も新たに義歯を作らないと話す。
- 義歯を作製しても義歯が合わず装着に繋がらない。
- 認知症で義歯をなくしてしまう。探しても出て来ないケースがある。

- 歯科受診、検診はハードルが高く、「痛くもない。歯が無くても困っていない。」と思っっているケースが多く、受診の促しには困っています。歯が無いことからの認知症の進行や転倒のリスクが高まるという内容の読みやすいパンフレットがあれば説明しやすいと思います。
- 歯科受診または、訪問歯科を勧めても、必要性を理解できないと受け入れが難しい。
- 治療に同意しない方が大半。
- 治療を促しても、本人、家族が応じない。往診の提案も受け入れられない。自宅で十分な治療が行えず、結局、通院が必要となる。
- 治療時間が持たない。
- 受診についても排泄等の介護が大変で、家族にそれ以上の支援を期待することができない。
- アセスメントの際、口腔の状態の把握をするのが難しい。コロナ禍である為、まずマスクを外して頂き、口を開けてもらうが、奥の方は見えないし、「この歯は1本とカウントするのか？」と悩む事も多い。
- きちんと治療しているかなかなか確認しにくい。
- ケアマネジャーが口の中を見る事はほとんどないので、痛いと訴えがあっても、的確な判断が出来ないです。
- ご家族が通院同行をしている。
- むし歯があるが、受診が出来ない（本人の拒否、金銭的事情など）ため、諦めるしかない（これ以上の悪化のないことを願うのみ）。
- むし歯等気になることが多くても、歯科受診は他の病気に比べて後回しや、必要性を家族に理解してもらえない。
- 家族がいる所は歯科受診をされています。結局、独居とか高齢世帯のところが多いです。

- 担当している人殆どが歯磨き、入れ歯洗いが十分でない。
- 入れ歯を紛失しやすい。デインで入れ歯が落ち着かないので、外してティッシュにくるんで置いていたが、しばらくしてその事を忘れ、ティッシュごとゴミ箱に捨ててしまうようなことがある。
- 入れ歯をどこかにしまい込み出て来ない。
- 認知症の方義歯を無くしてしまっただ。付ける事を忘れてしまう。意思疎通、声かけが難しく、すぐに本人が口元に手を入れて外してしまいなかなか使用する事ができない。
- 義歯をはめてくれない。はめても吐き出してしまっ。
- 入れ歯が壊れていても受診（通院）をするのが大変で歯医者に連れていけない事が多い。
- 入れ歯が合わない等、症状がある時でも通院が難しい方がいます（遠方、交通機関、交通費）。タクシーで往復数千円もかかる方もいらっしゃいます。
- 入れ歯が合わない、紛失しているが必要性を感じていない。
- 入れ歯が合わないなどあるが、家族の支援や金銭的な余裕がないと改善しにくい。
- 入れ歯の状況等を家族でも確認出来ない事が多い。

④【その他】

- 家族がいないため、治療経過がわからない。本人に確認できない。
- 歯科受診について本人も家族も消極的。
- 噛めない→食事が減る→軟らかい、細かくしがち。
- 元々、歯磨き習慣がなく、家族も気にかけていない。
- 歯科受診が必要と判断するも、通院手段が限定されヘルパー付介護輸送サービスは車・ヘルパー手配が簡単にできない。認知症の方には、ヘルパー同行でないと医師の話が聞けない為。

- 家族が協力的ではない。
- 家族が歯科受診に連れて行く事が出来ない。
- 介護者も高齢な場合が多く、通院が難しい。または治療を諦めてしまい、良く噛めず飲み込んでしまう。そのため、食事形態がペースト状になる事あり。
- 関心がない。
- 家族が忙しくて受診に行けない。
- 高齢を理由に壊れた義歯の修理・治療を勧めても断られる。
- 歯はいつも後回し。
- 歯科の必要性はあるが、本人が必要と感ぜない。歯に関心を持たない方が多い。
- 歯科へ行くことを億劫がるとか、家族が連れて行かない。
- 歯科治療にながげにくい。
- 歯科通院が必要だが通う事が難しい方の訪問をしてくれる歯科が少ない。
- 歯磨きを促すが、後でしますと、してもらえない。
- 実際どのようなにしているか聞いてもわからない。家族が把握できていない。
- 主介護者が口腔に関して後回しになってしまったため、トラブル発生していても気づかない場合が多い（サービス事業者も重要視せず、報告が遅れてしまう時がある）。もう少し話題に上がってあげれば気にかけるようになるのではないかと思う。
- 受診につなぐまでが難しい。
- 家族によっては問題があっても積極的に改善を図ろうとしない。全く自歯が無い状態であれば口腔ケアは必要ないと思っっている方も多くいる。また、認知症により、義歯の調整が困難として受診しないケースも多い。
- 常時見守り、介助ができない為、毎日の口腔ケアが困難。
- 食べにくくなった時に簡単に食事形態を下げてしまう。
- 食事摂取量、低栄養、筋力低下につながるのが心配です。
- 食事量の低下。
- 訪問歯科が来ないエリアの場合。訪問歯科が混んでなかなか来れない時。
- 本人・家族とも、歯はなくても何とかなると言われ、お金を出してまで、しなくてもいいと考えていることが多い。
- 家族の特技・知識不足。
- 本人は噛みづらく困っているが、家族が受診に対し消極的なケースがある。※「1本具合が悪くても、他の歯があるから大丈夫」、「もう年だし」と言う家族がほとんど。

iii. 口腔機能の状態

①【摂食嚥下機能について】

- 嚥下機能が低下している。(他 5 件)
- むせ込みがある。(他 4 件)
- (パーキンソン等) 進行する嚥下機能低下に本人・家族の気持ちを追いつかない(食事形態等)。
- トロミやミキサー食を嫌がり、摂取してくれない。
- 嚥下困難なのに食感あるものを食べたがる。
- むし歯や歯が無い為、噛み合わせが悪くて、硬い物が噛めない。
- ムセ、適した形態の食事。
- ムセ込みがある。
- むせ込みや摂食嚥下機能障害があっても、本人の食べたい意欲にどう応えたら良いのか苦悩が多い。
- ムセ等あり困っている。唾液の分泌量が減り、食べにくい状況になる方が多い。
- 義歯が合わない為、咀嚼が弱くなっており、ムセ込んでしまう。食べこぼしが多くなっている。
- 形のある物が食べられない。口の中でずっと咀嚼をしており中々飲み込まない。
- 誤嚥の危険がある人に、一口量の調整や食べるスピードをゆっくりするように伝えても忘れてしまう。
- 誤嚥の原因になる(食べカスが口腔内に残っている場合など)。
- 誤嚥の心配があるため、好きな食べ物を制限されている。
- 口に溜め込んだまま、飲み込めない。食事の際、口を開けない。
- 口の中のために、嚥下しない人。または、詰め込みすぎてしまう人。そのため、食事量に波があったり、目が離せない。
- 口腔トラブルだけでなく、姿勢なども重要。好き嫌い、嚥下評価、

どうやったら食べられるか、あまり検討、検査されてないと感じる。

- 残存歯が少ない状況(義歯無)で食べる状況に慣れている認知症の方は、義歯作製に消極的な方が多い。摂食嚥下が出来ている状況であれば、ご家族も積極的に義歯作製を希望されないケースが多い。
- 食べるのに時間がかかり、途中で食べるのをやめてしまう。飲み込まず、口の中に、残渣がある。
- 食事の際、噛み合わせが悪いのか？嚥下機能低下のせいなのか？わからないが、食べこぼしがあったりする。
- 食事を摂取しなくなったり、逆に過剰に摂取しようとする。
- 認知機能低下の進行に伴い、嚥下(飲み込むこと)動作も忘れていく。
- 認知症のためむせ込みがあっても覚えていない。菓の飲み込みが悪くなってきたり。口腔内に咀嚼後の食物を溜め込んでしまい、飲み込もうとしない。
- 咬みにくい、飲み込みにくい。
- 咬む、飲み込む(嚥下する)ことがわからず、食物を口腔内に溜め込んで長時間保持してしまう等。
- 嚥下が難しくなってきたり(ムセやすい)。口の中に食べ物が残り、いつまでも飲み込まない。口を開けてくれない。特に繊維のある物等は吐き出す。
- 嚥下しにくい物を食べようとしてしまい、むせ込む。
- 嚥下との関係性。
- 嚥下機能の低下に伴い誤嚥のリスクが高くなっている状況下でも本人は理解できていない。
- いつまでも噛んでいて飲み込まない。
- いつまでも食べ物を口の中に入れ、なかなか飲み込めない。

- 一人暮らしの方の対応、一人でいる際は、とろみのない水分等を摂取してしまう。
- 飲み込みが悪い事に気づいていない。
- 飲み込みが悪い方への指導ができていない。
- 飲み込みが悪く嚥下評価を行ったが、その後、継続して機能評価が出来ず、歯科医からも今後の方針が決められないと言われてしまった。
- 飲み込みに時間がかかる。本人や介護者のトロミに対する理解が得にくい時がある。
- 飲み込みの機能低下と失行で飲み込むことの意識が出来ず、食物を口の中にためたままになることがある。
- 飲み込み悪く、残渣を口から出してしまう。
- 飲み込むことを忘れた。吹き出してしまう。
- 飲み込むまでに時間がかかる方がいる。
- 飲み込む行為自身を忘れてしまう。2時間、口の中に水分を溜め込むなど。
- 嘔まずに飲み込む。
- 義歯があつていなくても、そのまま食事をして、嘔み砕けずにむせる事がある。
- 嘔み合わせが悪いと、食事量の減少に繋がっている。入れ歯を外すと、食べやすくなるが、食事形態を落とさざるを得ないこともあり、どちらを選択するか、迷う事がある。
- 嘔み合わせが悪く食べづらそう。残食も多く見受けられた。
- 嘔む力が弱くなる（口腔状態が悪いと…）と胃腸障害を起こしやすく、状態悪化に繋がりがりやすくなるということを実感している。
- 何度も調整してもらった義歯が合わず、義歯を外して食する際に誤嚥が心配です。

- かたい物が食べにくいとの訴えが多い。
- ご自分から訴えることがないので、不具合な点が不明。また、指示が通じない為、嚥下テストなどが正しく評価できないと思われる。
- デイケアでは口腔の体操をするのでむせないが、自宅ではよくむせる。食事を出したら待たずにすぐ食べようとすると、嚥下体操をする間もない。
- なかなか飲み込む事ができなくなる。
- なかなか飲み込む事ができなくなる。飲み込めない。
- のみ込みが悪くないなど、早食いで口の中につばい溜め込む等、その辺をどう対応していくか？
- パーキンソンのジスキネジアがあり、上手く咀嚼、飲み込みができない人がいる。
- ムセがある。しっかりと嘔めない。
- ムセが出て来た際の摂食嚥下の評価。
- むせが多くなったり、飲み込みの低下時の評価ができない。
- ムセこみあり。ST 介入、訪問歯科導入。
- ムセでも休まず食べる。ほおばる。口いっぱいに入れる。
- むせなど増え、飲み込みも遅くなる人が多い。本人が訴えることはないが、家族は気にして相談がある。上手く、対応方法を提案できない。
- むせや肺炎が続く利用者に対し、アプローチの仕方が分からない。
- むせるが、自覚無くどろんどろんに食物を入れてしまう。
- むせ込みが以前よりある場合でも治療がないと歯科に繋げにくい。
- むせ込みながらも食べている。食事形態が合っているのか確認出来ない。
- ムセ込みによる誤嚥性肺炎のリスク。
- やはり皆さんムセやすいと感じます。

- 義歯があっても装着しない為、嚥下困難になっている。
- 急ぎ食いや、嚥下低下があるが、本人が理解しないので対応に困る時がある。
- 固形物を食べたがらない時がある。
- 誤嚥の危険がある。
- 誤嚥を防ぎきれない。
- 誤嚥性肺炎を繰り返している。
- 口に食物を溜めて飲み込めない。
- 口の中に水など含んだまま飲み込まないし、出すこともしない。
- 口の中に入れ、咀嚼せず溜め込んでしまう。
- 口の中に物を溜め込んでいる。
- 口の中にいつまでも食物残渣がある。
- 口腔内に唾液を溜め込んでしまい、飲み込めない。
- 硬い物が食べられず、口から出してしまう。
- 硬い物が噛めない。
- 合わない義歯や、傷にて咀嚼に支障がある。嚥下トラブル。
- 残存歯が少なく、普通食では上手く咀嚼できないため、食形態を下げて刻みにて対応している。飲み込みやすいものと工夫しても、次第にムセることが多く、嚥下機能が低下してしまうため困っている。
- 歯がなく、ムセもあったので、今はミキサー食が水分にはトロミ剤を使用して摂取可能となっています。義歯は作ったのですが、長年歯茎で噛んで食べることになれていた為、義歯を入れて食べるよう指導を受けたにもかかわらず、拒否がひどく、外したまま食事を摂られています。
- 歯がなく、硬い物が食べにくい。
- 早食いで家族が対応に困っている。
- 歯が欠損しているため、通院治療を行うことや義歯を新製しても装着することを拒否するため、機能改善が難しい。
- 歯が全てなく義歯もせず歯肉で食べている人の食形態が難しい。
- 歯が足りないため、飲み込みの為に口腔内圧をかけることが行いにくい。
- 歯で上手く噛めなくなっていることから、食事がしつかり摂れていないのでは…と思っても本人も理解できず、確認する方法がない。
- 十分に噛むことができず、軟らかいものしか食べていない。
- 重度の認知症になる頃には嚥下・身体機能も低下している事が多く、口腔状態というより摂食をどうするかという判断になってくると思う。
- 食欲低下に伴い機能が低下しつつある時。
- 食事にて、食物を口の中に溜め込む事や飲み込めない場合がある。
- 食事になると義歯を外す。食べ物を溜め込む。口に残る物をはき出す。
- 食事の際、むせてしまう。食べ物を口の中にためて飲み込まない。
- 食事の溜め込みの対応（飲み込めない、口から出せない）。
- 食事を摂っても口腔内に溜め込み、なかなか飲み込まない（嚥下障害があるわけではないのに）。
- 食事時間が長く（食べるのに時間がかかる）本人も疲れてしまう。
- 食事中にむせる。薬を飲む時にむせる。
- 食事中のムセ込みがあるが、ゆっくり食事がとれず溜め込んでしまうが促し受け入れ厳しい。
- 摂食時の早食いによるムセ。
- 上手く食べることができず、食欲不振 栄養障害。
- 注意の問題からかき込む事や食事を途中で止めてしまったり、嚥下のタイミングが合わず、飲み込めないなどがあり。

- 突然、飲み込み方や食べ方、嘔吐といった事を忘れてしまう方がお
り、どのようなケアをしたら良いか困ったことがあった。
- 呑み込むように食べることがある。
- 軟らかい物でないとかめない。飲み込みにくい。
- 軟らかめの食事を摂るようにしている。
- 入れ歯が合っておらず、しっかりと咀嚼しないうちに食物を飲み込
んでしまう時がある。
- 入れ歯が合わず、食事中に落ちて、むせる事がある。
- 入れ歯が合わないため、咀嚼が難しく嚥下機能低下になったことが
ある。
- 入れ歯が合わない為、硬いものが食べられない。栄養バランスが悪
い。
- 入れ歯を紛失してから、無歯のまま、摂取している。
- 認知が進み、嚥下するのに相当な時間がかかるようになった。それ
でも経口摂取させてあげたい。
- 認知機能の低下で、最近では咀嚼後、飲み込む動作ができなくなる時
がある。
- 認知症が進行すると理解低下より口腔ケア時や食事摂取時に開口拒
否が増加している。また、食物が口腔内に入っても咀嚼・嚥下
しない事が増える。家族が理解できず無理矢理食べさせる。怒る事
がある。
- 発語が少なく、嚥下機能が低下。食事介助による誤嚥性肺炎のリス
クが高い。
- 不具合がある義歯を外してしまったり、なかなか飲み込めず口の中に溜まってしま
う。また、口を開けるのを拒否する。
- 咀嚼や飲み込みが悪く、嚥下のリスクが高いケースがあります。
- 咬合は良好であるが飲み込み悪く口に食物を溜めたりする。食事時
間要し、本人も疲労感あり食形態変更や食事量減少し、栄養補助
食品併用した方が良いか困った。
- 嚥下が悪いのに、理解できずに多量に摂取し詰める。
- 嚥下について本人・家族の理解が得られず、誤嚥を繰り返すケー
スがある。
- 嚥下の状態が悪くても、むりやり口の中に詰め込む。むせひどく
もわからない。
- 嚥下や咀嚼困難などあり。
- 嚥下機能が低下しているが、食事をかき込んでしまうことがある。
- 嚥下機能が低下して誤嚥性肺炎を起こす方が多い。
- 嚥下機能低下による誤嚥が多い。
- 食べない原因が、入れ歯（合わない）が原因とわかりづらく、Dr.も
歯科も把握していなかった。
- 食べにくいのか、なぜ飲み込みに問題があるのかなど、把握が難
しい。
- ちゃんと嘔めているか、伝えられない。
- 誤嚥の危険性を家族様が理解されていない。
- 口腔内の（むし菌等の）状態が摂取・嚥下機能に深く関わりがある
が、本人が訴えないことも多く、口内を見てあげないといけない。
発見がなかなかできない。
- 適切な嚥下評価を受けていない。
- 入院中や入所中は適切な嚥下評価が可能だが、在宅だと「嚥下評価
が必要な状態」であることと自己、気づかない場合があると思われ
る。※認知症に限らず。
- 嚥下訓練の方法はどのようなものがあるのか？

- 嚥下機能の低下、それを予防する為のトレーニングなどの仕方が分からない。
- 嚥下機能評価がもう少し、手軽に受けられるようになると良い。認知症の方を受診させる負担が大きい。
- 嚥下障害があると思っても、本人、家族に自覚が無く、サービシに繋がらない。
- 嚥下状態が悪いが、家族がそれを自覚されていない。
- 嚥下に問題があると主治医や訪看に相談しているが、あまり解決しないことが多い。

②【食事・食形態に関連する困りごと】

- 口に含んだまま飲み込む事が出来ない時に、嚥下機能なのか、認知機能の低下なのか判断がつかない。→STに相談し、食形態含め状態観察、指導を頂いた。好き嫌いで食の進みが異なる。口をつぐんでしまうなど。
- 嚥下が悪くソフト食等にすが、他の人と違っていると意って納得されない。トロミに対しての拒否。
- 本人に合わせた食事提供を家族ができない。
- プリン食は家庭では作りづらい。買うとコストが高い。
- 入院中にトロミが必要となり、在宅でもトロミを付けているが、その後状態が上がり、トロミが必要か再度評価して欲しいと思う場合。
- トロミが必要な方で、指導を受けても働いていたり知識が乏しく実行してくれない。
- トロミ等を使うとイヤがる。どうしても味が変わるのでイヤだと拒否される。
- 自宅では本人が好きに食べてしまったり、適切な食事の管理が難しい。

い。

- 手間や経済的な観点から、その人に合った食形態をあまり理解しようとする気持ちや考えがない。
- 食事の形態を伝えても理解ができない（刻み食や粥と伝えても普通食を食している）。
- 食事の際、ムセがあるがとろみは拒否がある。
- 食事の評価してもらっているが、本人はその形態を分かっておらず、食べてしまい誤嚥を繰り返している。
- 食事形態と口腔機能の不一致です。
- 食事摂取量の低下→食形態の変更をすぐ考えてしまいがちで、口腔ケアの見直しや機能改善の検討までつながらない。
- 食事摂取量の低下から全身状態の低下に繋がる場合がある。
- 水分にトロミ付が必要と指導を受けても、だんだんと付けなくなる（むせの自覚が乏しく、介護負担もある為）。認知症で嚥下困難になると、胃ろうにするか等の判断を迫られるので介護者への支援が必要になる。本人の意向確認が難しい。
- 水分摂取等、むせがある方の場合に的確なアドバイスをするのは難しいです。
- 痛みにより義歯を使用していないため、食事の形態を変更する。
- 嚥下が上手くいかなくなると体重が低下すると余計に食べなくなる。傾眠傾向が強い方は、摂取量が落ちている。エンシユア等飲んでくれない。
- 嚥下しづらく、食事が減ってくる段階の認知症の人へ、現状の評価と細かな食事摂取についてのアドバイスをどのようにしたら良いかと思うことがある。
- 摂食・嚥下機能等、トロミをつけたり、食形態の変更（補助食品）をするが、誤嚥性肺炎になることがある。

- 嚥下など、すぐに施設ではミキサーやトロミで対応となるが、口腔衛生や義歯などで嚥んで食べることが重要と思うが、なかなか対応してもらえない。
- 摂食が減少すると食事形態と共に嚥下状況が影響するが、認知がある関わりが難しい。
- 摂食嚥下機能が低下しており、医療機関で食事形態等指導を受けるも、家族が実践出来ない（必要性の理解が不十分）。
- 対象者の家族に嚥下の状態に合わせた食事をすすめているが、自宅では一般食を摂取している。サービス利用時に、担当者が口腔チェックを行うと、必ず、飲み込めない食物のかたまりがある。
- 痛みがある時は食事形態を変更する。治療後も家族の希望でそのままの食事形態の時がある。咀嚼機能が低下しやすい。
- 適切な食事形態などの理解困難。摂食嚥下訓練などの介入困難。
- 歯茎で食べている。いつまでもトロトロ状のものを食べ、UPの機会がない。
- 食事に時間がかかる。
- 義歯が合わず付けられないので食事形態を上げる事ができない。
- トロミ剤の使用を勧められるが、本人が拒否するため、水分摂取時のムセが強く、摂取が進みにくい。
- 嚥下機能が低下しているが、トロミなどを使いたがらない。
- 入れ歯が合わないで、軟らかいものしか食べなくなる、食べられなくなる。歯が痛い、入れ歯が合わない、歯が抜けそうだとその事で食事が減る→体力低下→エンシェリアになっていく。
- 嚥下機能の低下に合わせた食事形態の見直し。
- ミンチや野菜類でも硬い物は口の中に残す→最終的に出す。
- 義歯が合わず、外していることが多く、食事の際、肉歯で摂取されるため、口の中に食べ物が溜まっている。食事も低下する。
- 義歯が合わず、軟らかい物しか食べられない。
- 義歯を使用せず、食事の際にむせ込みが多い。とろみも拒否していた。
- 食べるペースや、一口大が大きく、マンツーマンで介助が必要。むせる、つまる可能性がある。
- 食べる時、むせやすいが、ゆっくりよく嚥んで、が出来ない。一口の量が多く声かけが必要。
- 食形態の見直す際に、飲み込みの状況を理解されることが困難で、誤嚥リスクのある物を食べてしまうこともある。
- 毎食（1日3食）、介助、確認できない。
- 味覚障害があり、何を食べても、また、味付けをしなくてもしょっぱい、辛いと言いつつ進まない。
- 嚥下機能が落ちてきた時の食事の準備の負担が大きい。
- 嚥下機能に問題はないが、口腔内の状況により食欲の低下がある。
- 嚥下機能の低下を指摘され、食事形態が変わった（一口大→刻みなど）ことで通所系サービスの利用が出来なくなったことがある。
- 本人は常食を食べたい。家族もどのような食事を作ったら良いか、レトルトだと思おうようにカロリーがとれない。
- 嚥下食を調理するのが難しい。
- 嚥下力低下で食形態を変えることは家族にとっても負担増。刻みやムース食になるとさらに食欲低下する。
- 新しい歯が少しでも合わない、口の中でコロコロ動かしたり、食事の時に外している。
- 本人の訴えがなければ食べにくいのかかわらない。
- しつかり嚥めない為、ずっとソフト食になっている。
- 口腔の不随意運動があり、食事を口に運ぶタイミングが難しく、介助に時間がかかっている。

- ムセながらも、詰め込んでしまう傾向がある。効果的な嚥下練習が必要と思われるが一般の職員では難しそう。歯科衛生士の支援が強いが、施設には所属していないのが殆ど。
- 管理栄養士の活用をもっと行いたい。
- ムセなどがあるもなかなか嚥下評価など専門機関に繋がられないことがある。→食事形態を落として様子を見るが、一度落とすとなかなか上げる事は難しい。
- 加齢や疾病による機能低下または予測の中でリハ職（ST）が地域の中では少なく限られてしまう為、未然のアプローチに限界があるのかと感じます。
- 現在、急に食事摂取ができなくなり、胃ろうとなった方。食事摂取を希望しているので、主治医と相談し、今後、訪問歯科との連携にて食事ができるか？判断していただき、嚥下の検査を実施しながら、摂取ができるように検討している方がいます。
- 誤嚥性肺炎の既往がある方について、口腔機能向上加算のある事業所を紹介し、実際に利用に結びついた方がいる。
- ある日急に「食べ物のがどから下においていけない」と本人が訴え、突然嘔吐を繰り返す、家族が対処に困ったことがあります。←かかりつけ医及び総義歯調整のため歯科に行き、治療を受け改善。咀嚼不良と逆流性食道炎などでした。
- 自分では訴えることが難しい場合、専門職からの指導をしていただけると、誤嚥等にも注意できる。
- 食事の際の本人の適切な食形態や食べ物の硬さ等、飲み込みも含め、STさんに相談する事が多いです。本人・家族もアドバイスを頂きたい、参考になっていきます。
- 定期的に、嚥下状態のテストをして下さるが、そのフィードバックが介護者側にあまりなく、支援に反映されていないと感じる。

- どんどん口に入れてしまう。嚙まずに飲み込んでしまう。パーキンソン病の方や、脳血管性認知症の方なども含め、誤嚥性肺炎の予防にととても大切だという認識がご本人、ご家族、施設職員に知られていない。安易に食形態を下げて対応されてしまう。
- むし歯が進行し歯がギザギザになってしまい、歯の痛みは無かったが舌にあたり、口内炎になり食べられなくなりました。食形態の変更をした。
- 嚥下能力低下により、食形態が特殊なものになると在宅では難しいことが多い。介助方法や食形態も自己流でされる家族もおり、リスクよりも介助のしやすさや速さを重視になりがちである。

③【多職種連携について】

- 在宅訪問の言語聴覚士のサービスがない。
- 食事摂取量が少なくなった際、口腔内チェックを通所にみてもらう。または報告を受け歯科につなげる。
- 低下予防の機能訓練の実施と評価のできる事業所が限られている。
- (本人の) 嚥下機能にそぐわない食形態の希望があった時、誤嚥を予防するためのアプローチ等、主治医等により依頼しにくい（できない）ことがある（嚥下機能検査等）。
- STの絶対数が足りていない。嚥下訓練をする機会があまりない。
- STの配置されている施設が少ない。
- ST介入もあるが、必要ないと拒否され、誤嚥性肺炎を繰り返される。
- どの程度のとりみが必要か？嚥下機能評価をしてくれる病院や予約について情報が欲しい。
- むせがあり、誤嚥性肺炎の既往や、予測されるので早期にSTの導入をすすめるが受け入れが出来ない。

- 入院を契機に胃ろうを増設する事になったが、食事摂取量の低下の要因が機能的な問題か、認知症などの病変による影響か判断に迷う事があった。専門職に繋げて対応しているが、誤嚥のリスクが高いと判断された場合は積極的な経口摂取が控えられる傾向がある。
- 訪問看護やリハでのSTが少ない。
- 嚥下リハが必要でもSTのいるところがほとんどない。
- 嚥下機能、食形態ごとの嚥下の違い、嚙む力。言語聴覚士さんと連携してリハビリティ等して頂くと助かります。
- 嚥下機能の評価は専門職（OT）によりして欲しい。

④【その他】

- ムセがある方の嚥下機能の評価を得たいと思っても、“とりあえず1回”という利用の仕方となるとどこに相談したらよいか分からないうい。
- 早食い→ぼぼ丸のみの時も→歯の状態によるものではなく、認知的な面からと思われる。
- 入れ歯がすぐに合わなくなると。
- 家族やサービス事業所の方からの報告で、口腔機能の状態を聞くが、認知症の方ご本人からそうした訴えや聞き取りをすることは難しい。
- 義歯または部分義歯が合わなくなり、噛み合わせが悪い。
- 歯ざしりをする。
- 口腔機能の評価。
- 細かな状態把握が出来ない。
- 住宅型有料老人ホームに居住されている寝たきり状態の利用者への嚥下機能の評価を実施してくれる歯科が地域によっては見つからない。介護保険をめぐれば使い使っている利用者で、マル福ある場合、

嚥下機能の向上に医療保険を使って機能訓練を行いたい。

- 食欲不振になるが、受診につながらない為、困る事が多い。
- 独居、孤食の方が多い。摂取状況を把握しにくい。
- 認知機能低下から忘れてしまう。
- 認知機能低下により、状態確認が難しい。
- 水分摂取量の低下（促しをするが、あまり飲まない）。
- サービス利用を拒否される利用者様への対応。
- スポンジブラシに液をつけ、マッサージュをするようになってから、唾液の出が良くなったように思います。施設スタッフのマンパワー不足ではよいケアは出来ないと感じます。
- 覚醒状態により変動がある事への対応。
- 急に食事が減ると口腔内の問題を疑うが、確認するまでに時間がかかってしまう。
- 拒否あり。理解力低下にて治療困難。理解力低下にて継続治療困難。
- 誤嚥性肺炎の予防について理解が難しい。
- 誤嚥性肺炎の予防を指導したいと思うが、難しい状態である。
- 入れ歯の必要性あるが認知症があり、歯科受診しても上手く伝えることが出来ず残っている歯が悪くなると抜いて入れ歯を作らないでいる。
- 口腔ケアをやらない方が多い。
- 口腔トラブルか認知力の低下かわかりにくい。
- 口腔機能が問題あつて食事が食べにくいのか、認知症による食事拒否なのか等がわからない。
- 口腔内の痛みを認知症の方は上手に伝えることができず、食事量の低下の原因だったと後で知る事がある。食後の口腔ケア不十分で食物残渣あり、誤嚥性肺炎が心配。

- 部分義歯に少し詰まっただけで、気にされることが続き、ブラシで磨きはめ直すと食すことが出来ている。常時見守りは必要である。
- 片麻痺で嚥下に支障。
- 本人の理解力の低下、家族の手法・知識不足。
- 本人の理解力低下のため把握しづらい。
- 薬を飲まない。
- 嚥下ができないのか、咀嚼ができないのか、機能についての判断を医療関係者ができない。
- 嚥下の低下か、歯の問題か、認知機能の低下か判断できない。
- 嚥下機能の低下か、食べることの認知能力の低下なのか判断に迷うことがある。寝たきりになると、嚥下の検査も難しくかったり、本人が他者の介入を嫌がることももあり対応に困るケースがあった。
- サービス導入への拒否がある。

- 困った状態にあることを本人が認識していない。
- 残渣処理が困難。
- 歯の状態、悪くても治療が難しい。
- 自己管理ができない。
- 実際どのようなか聞いているか聞いてもわからない。家族が把握できていない。
- 食事の時、痛みがあるが、それ以外は痛まないで「どこも痛くない。具合悪くない。」と言いつつ歯科受診につながらない。
- 正確な情報を得ることが困難。
- 他人に口の中を見せたくない。
- 適切な訴えが出来ない。
- 独居だと本人の聞き取りのみになるので、実態がつかめない。
- 独居の場合、治療しても日常のケアの把握が難しい。
- 日常生活の状況を的確に把握することが難しい。
- 独居の方など食事形態の加工が難しくかったり、食べやすいもので偏食になりやすい。
- 認知症、発達遅滞→口腔ケアの拒否、口を開かない、口腔外科での治療必要だったが治療はできないと言われた→歯周病悪化、腫れたり、痛みが出たらその都度、精神科処方剤
- 認知症の人は口腔内の問題で食事が食べられなくても言葉で伝えられず、食べられない原因特定に時間がかかる。
- 認知症の方の場合、拒否があるためスムーズに介入出来ない。
- 認知症独居の方で食事形態の調整が必要だが本人の理解が不十分で誤嚥の危険性が高い。
- 抜歯したことを忘れており、いつものように食事をし、痛みを感じたり、食べこぼしが増えたりすることがある。
- 不具合を訴えられない。

iv. 歯科連携

①【連携先が不明・不十分】

- 連絡の窓口が明確でない。
- 訪問診療をしているかどうかかわからないので、探すのが大変。
- 訪問歯科をしている所が少ない。
- 訪問歯科が少ない（メジャーではない）。
- 訪問してくれてくれる歯科がない。
- 認知症患者への対応が上手な Dr.を知りたい。
- 認知症の方を診てくれる歯科医院があるならば知りたい。
- 認知症の方に対応して頂ける歯科医について情報が不足している。
- 認知症が得意な歯科医院などを知りたい。
- 地域の情報の認知不足。歯科医師へ生活の中の様子を伝えることで、口腔機能の改善・向上に繋がると思うので、地域の情報の収集に努めていきたい。
- 診察していただける歯科に限られている。
- 対応してもらえない歯科医院や歯科衛生士との連携先や方法がわからない。
- 積極的に治療をしている所もわからないので連携していない。連携した事がないのが現状です。
- 身近にある歯医者さんが、往診してくれるかどうかの情報収集する機会がないです。
- 重度認知症のある方を診てくれる歯科がどこかわからない。
- 依頼する歯科医院によって、関わり方に差があり、熱心に対応してくれる歯科に集中してしまう。当事業所でも、ほぼ同じ医院に依頼している。
- 認知症対応出来る、歯医者さんの一覧あるのですか？連携しやすい歯医者さんに偏って紹介しています。

- ケアハウス利用者や在宅でも足が悪くて通院が難しい利用者さんには訪問歯科を勧める。訪問歯科診療のできる歯医者には限られている（いつも同じところを勧めている）。認知症だからそれ専門という歯科受け入れというのとはなかなかないと思われる。
- 地域の中に送迎可能な歯科医院あり、高齢者が積極的に利用している状況があるが、認知症の症状にもよるが認知症が重度になると歯科受診が困難になり、更に介助する介護者の状況も考慮する必要がある受診が難しくなる。
- 歯科受診が難しい。往診のできる歯科が少ない（対応出来ない）。
- 在宅への往診対応してもらえない歯科がどの程度あるのかわかりにくい。パンフレットで往診可能とあるが実際は行っていない等。
- 近くで対応してくれる歯科が分からない事がある。遠方からムリに対応して頂いている状況。
- 乾燥剤を耐って食べた際、かかりつけ歯科がなく、診てもらえない歯科を探すのに時間がかかった。緊急対応（夜間など）できる歯科が必要と思います。
- 訪問歯科診療がもう少し資源として地域にあれば、必然と関わりも増えるのでは。
- なかなか気軽に相談出来ない。
- どこが認知症の方でも対応して頂ける医療機関か分からない。リストがない。
- 当地域では往診で対応してくれる歯科はまだ少ない印象。何か相談があれば歯科医療連携室に問合せをしています。
- 受診時、スロープがあるところが少なくないので受診がしにくい。訪問歯科も初めての方は受診が必要と聞いたことがあった。
- 認知症の人に対応出来る歯科医院のリストがあるのであれば、欲しい。

- かかりつけ歯科医に相談すると、数年前に比べ訪問等に対応してくるようになると思う。でも、開始までに時間がかかることも多く、つい訪問に力を入れている他市歯科に依頼してしまう。

②【歯科医療機関の受け入れ体制の課題】

- 本人が予約時間を覚えて、時間通りに受診することが難しい。その対策の相談には応じてもらえないケースがある。
- 訪問診療をする広告があるのに、予約が取れないと断られる。
- 訪問歯科との時間調整。
- 認知症だと断られてしまう。
- 当初の予定から日程が急に変更される（サービス利用の変更も必要なケースもあり）。
- 他サービスを無視した介入。
- 相談しても、返答がなかったり、明確な指導を受ける事が出来ない時がある。
- 重度の認知症の方の治療は、「口を開けてもらえない」という理由で、治療が中断してしまう歯科が多いように思う。
- 口を開けるよう言われても開けられない方に対して、「こんな人来ても仕方ない」と言われ、治療を受けられなかった。また、義歯が合わないもので調整してもらおうとしたら、「歯いるの?」と聞かれる事もある。
- 認知症の方の発言や言動を受け入れた上でケア治療して下さる歯科医院さんばかりではありません。一人暮らしの方など訪問歯科診も通院も付きそう方、援助する方の確保が課題となります。自費での介助は高額になりがちです。
- 歯科治療を提案すると、ほぼ全員の方が、今までのかかりつけ歯科にお願いをしたいと希望する。何とか通院しても、入口～診察室～診

療台への移動が出来ず、諦めることがある。

- 通院や医師の話を覚えておくことができず、認知症であるがゆえに入れ歯の管理も自分では出来ない場合があるが、そこを責めるように言う歯科医もいて、大変辛かった。
- 治療のみ行って、口腔ケア（の指導）をケアマネジャーや家族に丸投げしてきた歯科医がいた（医師会からの紹介）。
- 歯科医によって連携に大きな差がある。
- 歯科医が初めての際、拒否がひどかった。ケアマネジャー立ち合いで説明がすごくかかり、始めのうちは何度も立ち会った。
- 歯科の先生がお忙しくて連絡が取りにくい。
- 義歯を何度も紛失して作って頂いている。「義歯管理」と言われるが、紛失してしまう。食事以外は預かる方は、義歯が合わなくなることも、違和感で食事時に外してしまう。その事を歯科医師の方にも理解して頂きたい。
- 介護保険制度、ケアマネジャーについて知らない事がある（以前よりは周知されている）。
- 一度利用者様で認知があるからと、歯科受診を（いつも行っている所から）断られたことがあるので、歯科医師と話をして別のところを紹介したことがある。日常の状況など連携は重要。
- 一時の治療はして頂けますが、定期検診などは断られます。痛みなどが出ないように予防することが穏やかに暮らせると考えます。
- 認知症独居の訪問歯科時、ケアマネジャーに同行要望が多い。
- 認知機能低下が高度になり、BPSDも見られる患者さんの受け入れを断られた。
- 独居の方は、訪問歯科の往診にケアマネジャーが同席する必要があり、時間調整が難しい。
- 訪問診療を依頼しても、歯科医都合の時間が限定している。

● 担当ケアマネジャーがいれば、直接連絡取れるが、介護サービス未利用の場合、連絡がない受診の時対応などで困った時は包括支援センターへ相談して欲しい。

● 口を開かない認知症の人を、医師が怒る。治療を嫌がる人を医師が大声で命令する。家族に「ちゃんとするように、できないのなら治療しない」と言う。

③【情報共有が不十分（居宅療養管理指導含む）】

● ケアマネジャーから連絡しないと治療内容が分からない。

● 居宅療養管理指導料を算定していても、情報をケアマネジャーに送ってこない歯科がある。

● 居宅療養管理指導を利用者あるいは家族の説明がないところから始められる。

● 居宅療養管理指導を算定するにあたって訪問時刻、サービスコード等、詳細な事はまったくといって良い程教えられない。

● 居宅療養管理指導の場合、こちらからどこまで行っているか分からず、連絡も殆どないため、対応出来ない。

● 実際に介入された以降で、介護保険での処理（居宅療養管理指導）を求められる。

● 歯科によって報告内容に差があり、しっかりとした内容の報告を頂ける歯科もあれば、毎回コピーした内容（実際いつもと変わらないのかも？）の報告もある。居宅療養管理指導で利用していてもケアマネジャーに内容報告をしてくれない歯科もある。

● 家族より訪問歯科の希望があった場合、歯科に情報提供したうえで、支援につなげています。初回のみ TEL でやりとり、情報を Fax しますが、その後は歯科からの毎月の報告書のみ（1～2行）。

● 歯科往診時の居宅療養管理指導の文書は受け取るが、指導内容が本

人・家族へ上手く伝わっていないと感じる事がある。

● 歯の問題は分かりやすいが、食事や生活との関連が見えづらい（居宅連携の報告書）。

● 歯のケアについて教えてはくれるが、その利用者が入居している施設・利用しているサービスではカバー仕切れないような内容の説明だったりするので、実際にそのアドバイスを活かせなかったことがあった。

● 「口腔清掃しています」等の報告で、口腔内の状態や清掃中の本人の状況等、詳細がわからない。

● 連携が取れる歯科と取れない歯科がある。ケアプランを送付しているので、本人の情報をきちんと提供してほしい。

● 良くやり取りをする歯科と全く連絡をくれない歯科があり、受診・治療をしていても、2～3カ月後に報告書が来てわかったりする事もある。

● 訪問頻度の変更のタイミングが不明。報告書は来るが後日（月替わり）の確認になる。

● 訪問歯科医が状態を FAX 等で知らせる。

● 頻回な連絡はしていないし、歯科から連絡は来ない。

● 紹介後の進捗状況がわからない。

● 時々、情報提供を求められる事もあるが、受診後の結果は不明。

● 以前に連携をはかったが、返事がなく把握が出来なかった。

● いつの間にか歯科往診されている。

● 歯科側からの情報提供が殆ど無い。どのような状態、タイミングで歯科側に相談してよいか分からない。

● 経過の報告をこちらから聞かなければならない。

● 私達から連絡したり、プランに入れる様にしているが、歯科の方からのアプローチがない。報告書もない。歯科によって差が大きい。

- 歯科によつては、ケアマネジャーから訪問歯科を依頼し、ケアしてもらっているが、「個人情報のため」という事で、治療の進捗情報や報告等を一切頂くことが出来ない歯科がある。
- 訪問診療の際は事前・事後の情報共有があるが、通院の場合、付き添いしないと、報告がないため、内容がわからない。次回受診も把握できない。
- 居宅療養管理指導の報告書が毎月送られてくる。事業所をまとめて送られてくる事業所がある。
- 居宅管理指導がいつの間にか行われている時がわからない。
- 家族と歯科医師とで居宅療養管理指導を受けることを先に決められ、ケアマネジャーには後付けで連絡が入る事が多く、サービス担当者会議が開催できない。
- 家族が往診を頼んで治療した後、「往診したので、情報下さい」と言われる事があります。
- 連携できているのは、ごく一部で、歯科医（連携しているケース以外の）から連絡を受けたことはない。

④【外来診療に関する連携が困難】

- 訪問診療は情報が届くが、外来の場合は把握が難しい。
- 訪問歯科診療の場合は、報告書を頂けるので、紹介後どのように改善されているのか、わかりやすいですが、通院している方については、どのような状況か全くわかりません。
- 訪問歯科は連携取れる。通院しているケースは取れない。
- 訪問歯科だと情報の提供はありますが、通院の方に対してどう連携をとっているのか悩みます。
- 紹介したケースでは連絡がとれるが、個人で行っている時は、連絡はとっていません。

- 居宅療養でなければ、情報が入りづらい。
- 家族対応で通院していると情報が来ない。個人情報で教えてもらえない。
- 居宅療養で入っているケースは報告等あり、連携が取れている。家族が同行し歯科受診される方は、ほとんど情報がない。

⑤【その他】

- 訪問歯科専門の所は多少連携をとれているが、形式的な程度で連携とは言えない。開業医とは全く連携とれていない。
- 訪問歯科以外と連携したことがない。
- 訪問歯科にて適切な治療を行うも、口腔内の清潔という名目で訪問歯科診療の必要性に不満を感じる。
- 必要性のない方への多々提案もある。周囲（Dr.等）が提案し、ケアマネジャーが調整するも、金銭面の負担が大きいと拒否あり。
- 独居の人の場合、受診時に付添が必要。
- 認知症の方で、先生からの指示が入らない人は、治療が難しい（席に座ってられない、口を開けてもらえない）。
- 定期的に治療のため予約を取ったが、当日受診しない（忘れる、拒否する etc）。付き添い者がいないと受診が難しい（不穏になる etc）。
- 主治医と歯科医師の方向性が合わず、板挟みになる。
- 入れ歯作製中に、型どりや治療等に拒否がある。その都度対応している。
- 治療に抵抗する。
- 歯科連携を上手くやれるケアマネジャーとそうでないケアマネジャーがいる。意識の違いがある。
- 歯科連携のツールがあるが、活用できていない。

- 歯科受診していない方は困る。
- 歯科医師によって細めに連携くださる先生もいるが、家族とのやりとりで終わる場合が多い。
- 歯科からの問題提起が少ない。
- 歯の不調を本人から訴えることができない。日頃の様子で細かい観察が必要。
- 施設入居者への訪問歯科診療について、居宅療養管理がいつまでも終了しない。定期的な診療は必要と思うが…。
- 口腔内に何等かの不都合があっても、その気がないと歯科受診に至らない。ひとりで歯科受診できない（症状を伝えきれない、予約を忘れる、間違える、耳が遠く電話が通じない）。費用負担から歯科受診したがるらない。
- 現状、マスクをしているので、口腔内を見る事がケアマネジャーは難しい状態です。訪問歯科をお願いしている方は連携にて確認がとれている。
- 介護保険サービスや訪問診療（歯科以外）に比べて立ち合う機会が少ない。
- 医師と比べると歯科医師との連携は少ない。
- 意志疎通難しく、支持が通り難い。
- サービス利用時の飲食の状況。
- 予約時間を忘れてしまう。
- 通院したくても診察台の上に乗せられない。
- 診察室で待てない方や、拒否がひどい方など通院が困難なケースに
対して訪問して頂けるのか。
- 摂食嚥下問題のある方は、歯科でも診て頂けるのか。何科へ行けばいいのかな等、導入時に連携が難しいです。
- 歯科連携室に相談したことはあるが、何かあった時、歯科医に相談

- 歯科医師との連携する機会があまりないので、こちらとしてもどこまで踏み込んでいいのかわからない。
- 受診か訪問診療か判断がつかない。

(電話) してよいか悩む。

V. その他

①【歯科受診に繋がらない・受診時の課題】

- 認訪問歯科を調整したケース。本人が予定を覚えていられず、予定の時間不在にしまうこと。
- 入れ歯等合わなくなっているも、ご家族も歯科に行き、口を開けて治療型を取る等、できないだろうと言う気持ちもあり、受診まで至っていないケースが時々ある。
- 独居の認知症の人の通院や訪問診療、治療のやりとり立ち合いや仲介を誰がするのか問題。
- 医療機関と同様で、本人の意志がなければ治療介入、継続が困難。必要性もあり、家族・支援者で説得しても、本人同意得られず、繋がらない。
- 受診がしにくい。往診だと十分な治療をしてもらえない。
- 歯科受診や訪問診療を本人、家族が嫌がる。
- 口腔ケアの必要性があっても家族の理解、同意が得られず。
- 家族が口腔ケアに対してそれ程大切だと理解していない。
- ヘルパー等の支援者が気づかないとわからない時がある（本人が痛み等の訴えがなかったり、今まで義歯をつけずに食事してきたので、自分で歯科受診は不要と思っていることがある）。
- ヘルパーで受診しても、本人判断能力がなければ、家族に行っても変わらないといけない。
- なかなか口の中を見せて頂く事が難しいことあり。
- 必要性について伝えているつもりだが、認知症が重度になると治療や日頃のケアが難しくなり、あきらめている方が多い。体を抑えてきてまで毎日ケアすることもためらいがある。
- 歯磨きの指導があっても一人暮らしの認知症の方には余り伝わらないことが多い。歯に対して本人、家族の理解がない事や受診の手段

等に困る。

- 金銭的に問題がある。認知症の為、誰かが病院受診・往診時の対応をしないといけない（家族が遠方・多忙・疎遠などで協力が得られない・身よりなし）。

②【歯科治療について】

- 認知症重度の方は口を開けるといった相手の指示が通らない為、受診が難しい。
- 治療台に乗ることが出来ない。
- 高齢で認知症の方は、義歯作製のための「型どり」ができないと説明され、義歯を紛失した際に作製できないと言われた事があった。「型どり」の方法で何かいいものはないか?と思う。
- 義歯の完成、装着まで時間を要す。自分の義歯などを使用し、暫定的に修理して欲しい。
- 歯科医師から本人への治療内容、方針など説明が上手く伝わっていないことがある。
- 強い拒否があり、口を開けてくれない人がいる。

③【訪問歯科診療に関する困りごと】

- 訪問歯科が始まってから、ケアマネジャーと連携を...と連絡が来る事がほとんどで、知らないうちに居宅療養管理指導が始まっている。
- 歯科医より、ご家族へ治療方針、内容を説明されている様ですが、その後、居宅療養管理指導をお願いします。という訪問歯科がまだあります。事前に居宅療養算定について、ケアマネジャーへ連絡、プラン作成という流れが理解されていない事業所があり、困ります。

- 歯科居宅療養管理指導について、(急に) 後日 TEL があり、「訪問したので算定する。提供票送って」等、連絡がある事が多々ある。介護保険のルールとして、サ担 変更…の必要性があるが、Dr.に説明しても、伝わらず困る。介護保険の制度の整備をしてもらいたい。
- 施設では当然のように、ケアマネジャーも知らないうちに、いつのまにか訪問歯科が入っており、後付けでケアマネジャーに計画書に位置づけして欲しいと連絡がくる。
- 訪問歯科診療を有料老人ホームなどでは利用出来やすいが、家への訪問が難しい。
- 居宅管理指導の回数、時間では対応出来ていない。

④【要望等】

- 訪問診療の歯科医は在宅で診るので、ある程度認知症の人にも対応してくれらるとわかるが、通院する歯科医で認知症への対応が良い所をわかりやすく伝えて欲しい。
- 認知症の人限定ではないが、地域で認知症の人の治療対応出来る所があることは知らなかった。歯科医院の階段や間口の広さで治療に通えない人は訪問歯科の提案をしていました。
- 通いながれた歯科医に通いたいという要望が多い。全ての歯科医院の基準に認知症のある方の対応ができるよう制度を整えて欲しい。
- 出張型の歯科があると助かる(介護保険は通院出来ない理由などの条件が色々あり、スムーズに進められない)。
- 認知症の方でもそうでない方でも口腔内のアセスメントは大切だという事が啓発されるといい。自立支援型ケア会議等で歯科医師より、観察のポイント、良く噛む事の大切さ、口腔ケアの考え方等、お話を伺う事が多くなりアセスメント時の参考にしていく。
- 歯科医師会はもっと口腔機能の健康の重要性について発信して欲しい。

い。

- 家族が本人の口腔内を理解しケアの方法や必要性に興味を持つよう啓蒙活動をお願いしたい。
- 歯科医師会で、定期的にケアマネジャーに声をかけて頂き、研究会、GW 等、開催し情報共有。知識を深める機会がある。普及してほしい。
- 歯科医師会からはもともとのかかりつけの歯科医に一度相談して欲しいと言われているが、どの程度の先生がケアマネジャーからの相談に対応出来るのかわからず連携がとりにくい。歯科医の先生がケアマネジャーと連携をとる必要性を感じている方がどの程度いるのか、どういう連携をとりたいと思っっているか知りたい。
- 口腔内ケアから栄養ケアへと繋げて欲しい。ケアマネジャーはいつも窓口があると、かなり煩雑になる。
- 認知症状があり、指示が入らない人はどこまで治療ができるのか知りたい。

⑤【その他】

- 本人の認識、家族の関心の希薄さ。
- 認知症進行と口腔機能は大きく関係しているが、社会全体としては認知度が低い。広告や、CM 等で口腔機能の大切さを伝えて行く必要があると感じる。
- 認知機能の低下と共に、口腔内のケアが他者で介入していく必要性や、食事の配慮が必要になってくる事を家族へ理解して頂くまで時間がかかります。
- 認知症の方では、日常の口腔ケアが不十分になりがちで、むし歯などの治療が終了したあとも、定期的に歯石取りや口腔内の状態を専門的な立場の方の介入が必要になると思われます。

- 認知症の状態が病気や栄養・水分・口腔によって増悪しているのではないかと思われる時に誰に関わるのが良いか迷う。
- 認知症でない方は、自分から歯のトラブルについて訴える事ができるが、認知症の方はできないので発見するのが難しい。もう少しアセスメントに力を入れていきたい。
- 口腔内に問題は無いと本人が言っているけど、本当に支障が無いのか不明確な事がある。
- 舌の動き（混ぜたり、送り込んだり）。
- 深呼吸、腹式呼吸ができない（認知症）。
- 歯科衛生士の口腔ケアが月4回も訪問し、家族から苦情の電話があり、4回も訪問してケアをする必要性を歯科医院に聞いたこともあった。口腔ケアの必要性も十分わかり利用者様にも毎日の歯磨き、うがいをお勧めしていますが、歯科衛生士が毎週訪問してするべき事ではないし、施設の職員やヘルパーに任せるとも思います。きちんとやるべき事をやって、根拠のあるケアをして下さる歯科が殆どだと信じていますが、頻回に施設を訪問して歯磨きをする歯科医がいることも事実です。
- 在宅診療自体がない地域です。寝たきりの方の歯科診療に不安があります。
- 訪問診療 Dr.が少ない。
- 居宅療養管理指導の場合は、連携取りやすいが外来受診の時は取りづらい。
- 在宅の方で、義歯を紛失され、「盗まれた」とヘルパーを疑う言葉があり、訪問診療で診察してもらった事があります。幸い、診療直前に見つかり、調整し、予備として1組作製してもらいました。保存場所は関わる職員は周知しており、いつでも予備を使えるようにしています。

- 口に関する事ではなく、対応について聞かれることもあるが、一緒に考えて欲しい。
- 一定の年代以降の歯科検診の実施など自治体としても取り組み組んでほしい。元気な時〜1年は歯科受診に行ける様にしたい。
- リステリンを使用している為に歯科受診は不要と感じている傾向がある。
- 歯科相談の窓口担当者がわかりにくい（受付？医師？歯科衛生士？）。
- 改めて、口腔内の状態を把握できていないことを反省しています。
- 感染予防でマスク装着しているので、口腔内を簡単に確認することが難しい。

6. 郵送調査②：E. 歯科医療機関

(1) 概要について

i. 職員数

回答を得られた歯科医療機関（972ヶ所）に勤務する各職種の職員数は、下記の通りであった。

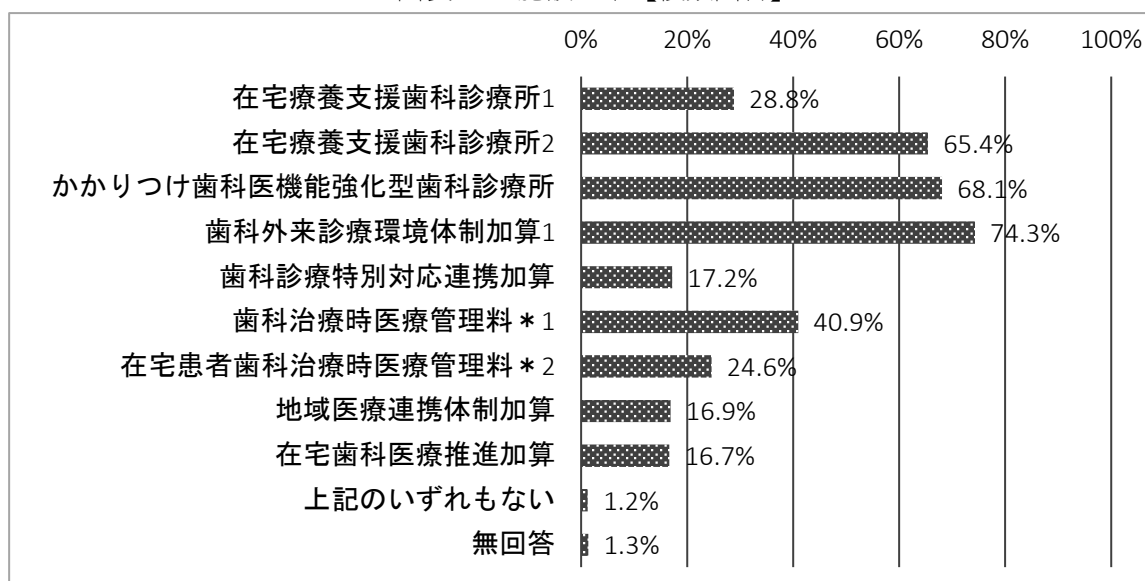
図表 66 職員数

	常勤（平均±標準偏差）		非常勤（平均±標準偏差）	
歯科医師	1.6±1.1	人	1.9±3.3	人
歯科衛生士	2.8±2.4	人	2.2±1.9	人
歯科技工士	0.5±0.8	人	0.2±0.4	人
歯科助手	1.9±1.7	人	1.5±1.8	人
看護師	0.1±0.3	人	0.1±0.3	人
管理栄養士	0.1±0.6	人	0.0±0.1	人

ii. 施設基準

施設基準は下記の通りであった。

図表 67 施設基準【複数回答】



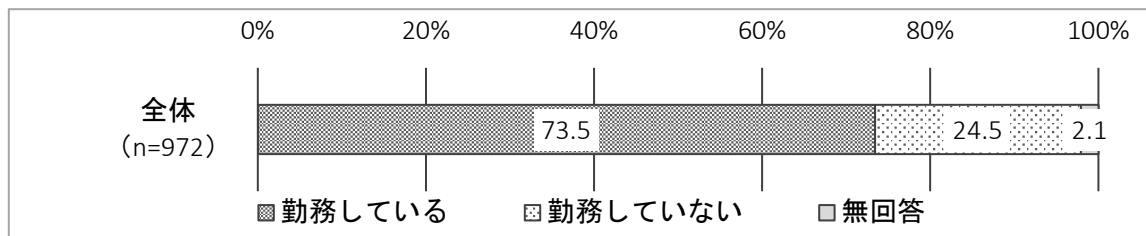
*1 歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料

*2 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

(2) 認知症対応力向上研修修了者の勤務状況

歯科医師の認知症対応力向上研修を修了（受講）した歯科医師または歯科衛生士が勤務している歯科医療機関は、73.5%（714ヶ所）であった。また、「勤務している」と回答した歯科医療機関（714ヶ所）のうち、平均勤務人数（常勤・非常勤問わず）は、歯科医師が1.2±0.6人、歯科衛生士が0.8±1.4人であった。

図表 68 認知症対応力向上研修修了者の勤務状況

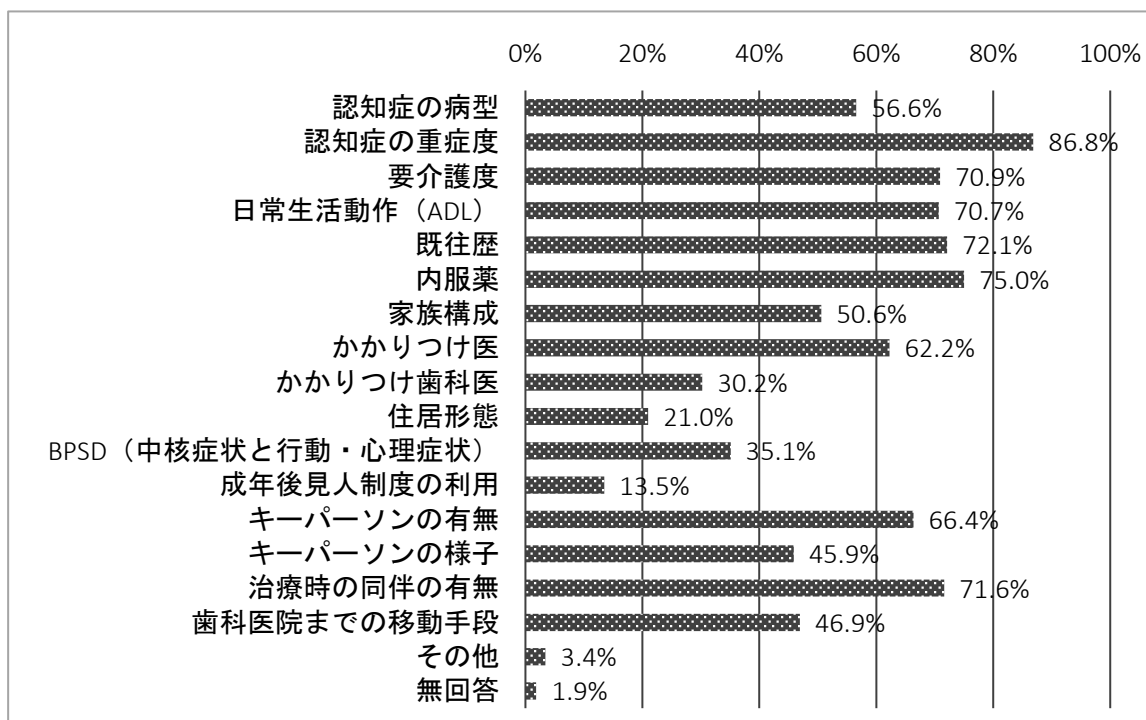


(3) 認知症の人への歯科治療について

i. 認知症の人への歯科治療時に事前に把握したい情報

認知症の人への歯科治療の際に、事前に把握しておく歯科治療をよりスムーズに行うことができる情報については、「認知症の重症度」が86.8%（844ヶ所）と最も多く、次いで「内服薬」が75.0%（729ヶ所）、「既往歴」が72.1%（701ヶ所）であった。

図表 69 事前に把握したい情報【複数回答】



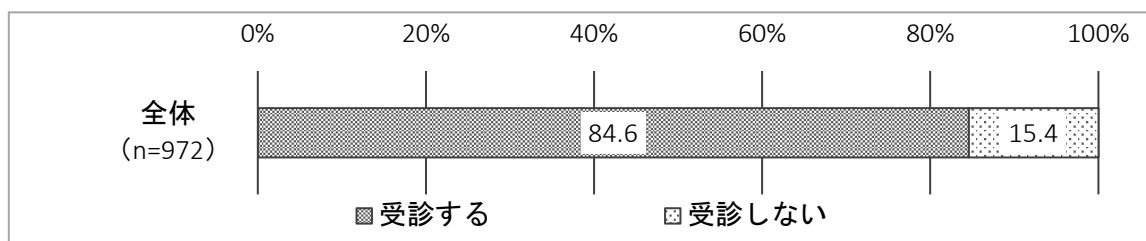
その他の回答は以下の通り。

- ・ ケアマネジャーの有無・連絡先(他 7 件)
- ・ 食形態・食事の様子(他 5 件)
- ・ 会話できるかどうか(他 2 件)
- ・ 義歯使用の有無(他 1 件)
- ・ 施設のスタッフからの情報
- ・ 同居家族の歯科治療への協力性
- ・ ICT 利用の有無、これまでの経過における多職種への介入・関わりについての情報
- ・ 1日のリズム、治療がスムーズに行える時間帯やタイミングなど
- ・ サービスの利用状況(他 5 件)
- ・ 認知症発症前の生活等(他 2 件)
- ・ 本人または家族の治療の希望(他 1 件)
- ・ 経済状況(他 1 件)
- ・ 口腔清掃の自立度
- ・ MSW が事前に調査

(4) 認知症の人の外来における歯科治療について

認知症の人が外来診療を受診する歯科医療機関は、84.6% (822ヶ所) であった。

図表 70 認知症の人の外来診療の受診の有無



(5) 認知症の人の診療にかかる時間および労力について：認知症高齢者の日常生活自立度による違い
 認知症の人が外来診療を受診する歯科医療機関 (822ヶ所) に対し、認知症高齢者の日常生活自立度 (* : 以下、自立度) ごとに診療にかかる時間および労力について回答を得た。

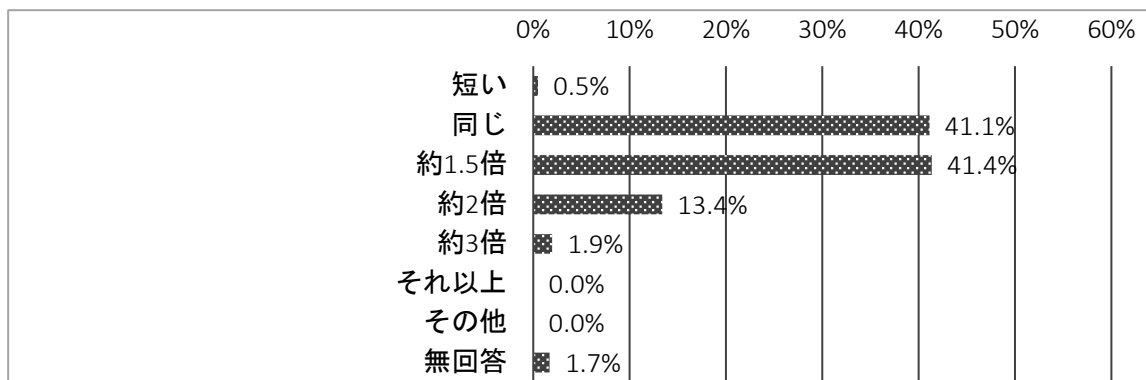
* 認知症の人の外来診療の受診の有無

認知症高齢者の日常生活自立度		
ランク	判断基準	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・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	IIa 家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、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の状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人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・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
	IIIa 日中を中心として上記の状態が見られる。	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、大声等
	IIIb 夜間を中心として上記の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・行動や意思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	著しい精神症状や周辺症状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

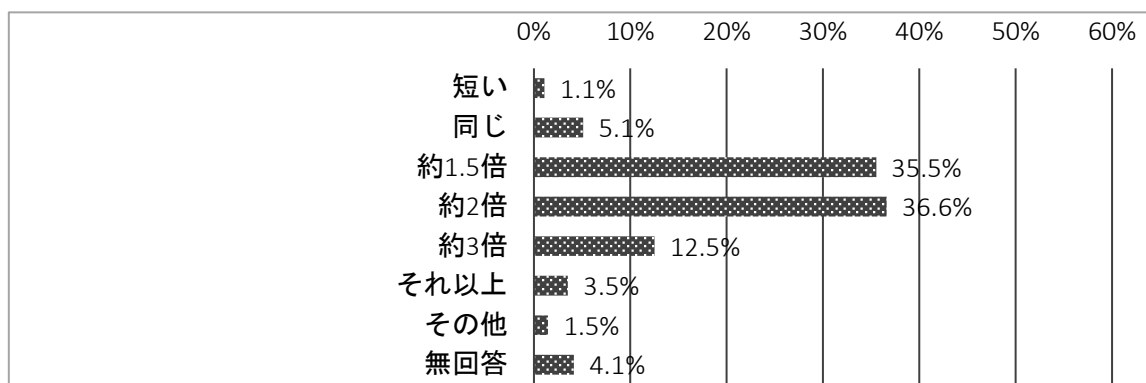
i. 認知症の人の診療にかかる時間

認知症の人の診療にかかる時間（導入、説明、治療等を含むすべての時間）は、自立度Ⅱでは「約1.5倍」が41.4%（340ヶ所）、自立度Ⅲでは「約2倍」が36.6%（301ヶ所）、自立度Ⅳでは「約2倍」が33.5%（275ヶ所）と最も多かった。

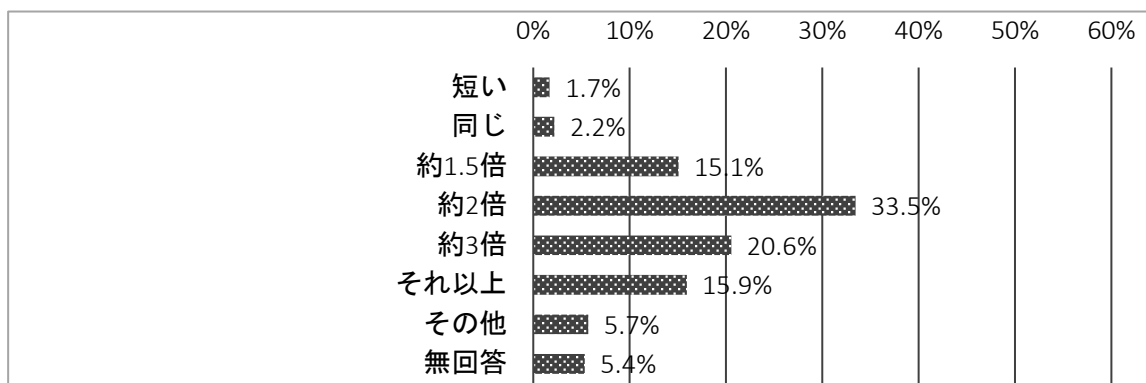
図表 71 認知症の人の診療にかかる時間：認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ（Ⅱa・Ⅱb）



図表 72 認知症の人の診療にかかる時間：認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ（Ⅲa・Ⅲb）



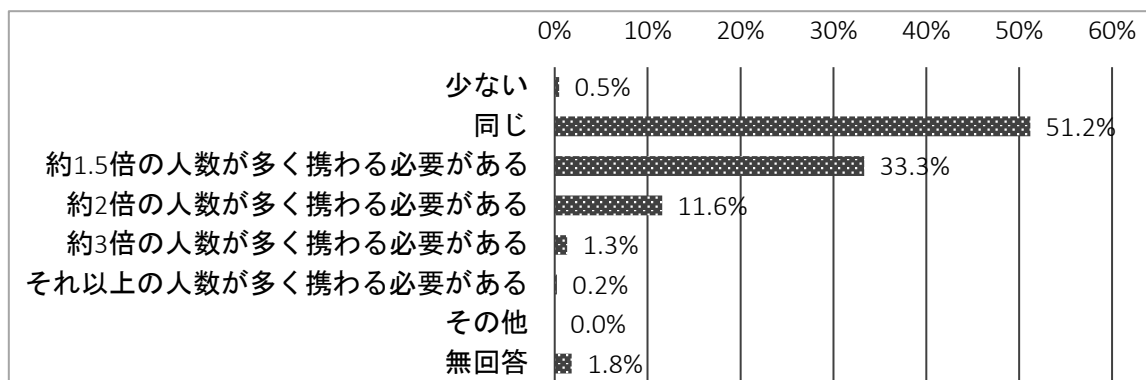
図表 73 認知症の人の診療にかかる時間：認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ



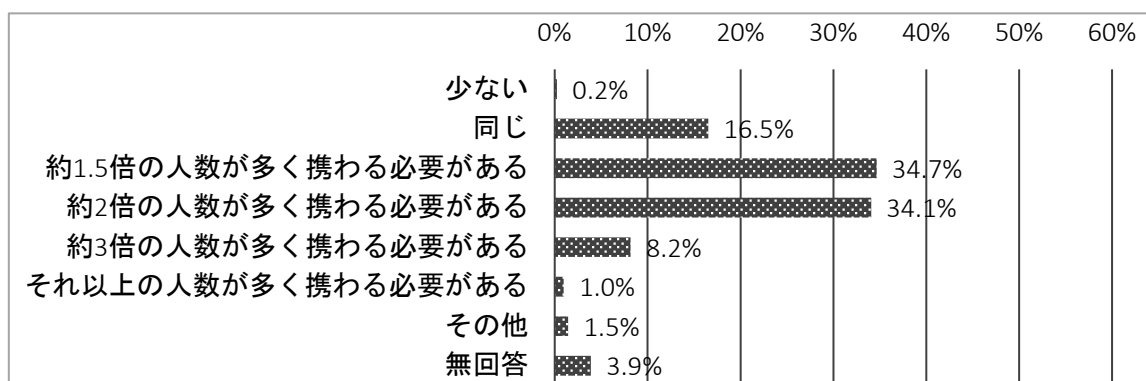
iii. 認知症の人の診療にかかる労力

認知症の人の診療にかかる労力（見守りや話しかけ等を含めて要するスタッフの人数）は、自立度Ⅱでは「同じ」が51.2%（421ヶ所）、自立度Ⅲでは「約1.5倍の人数が多く携わる必要がある」が34.7%（285ヶ所）、自立度Ⅳでは「約2倍の人数が多く携わる必要がある」が36.5%（300ヶ所）と最も多かった。

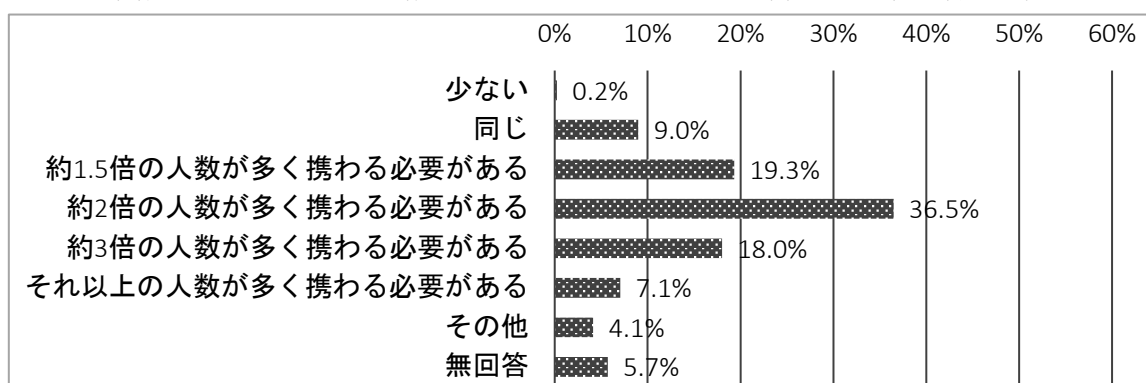
図表 74 認知症の人の診療にかかる労力：認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ（Ⅱa・Ⅱb）



図表 75 認知症の人の診療にかかる労力：認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ（Ⅲa・Ⅲb）



図表 76 認知症の人の診療にかかる労力：認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ



(6) 認知症の人の診療にかかる時間および労力について：事例による違い

認知症の人が外来診療を受診する歯科医療機関（822ヶ所）に対し、認知症高齢者の事例ごとに診療にかかる時間および労力について回答を得た。

i. 事例①：認知症の人の診療にかかる時間および労力

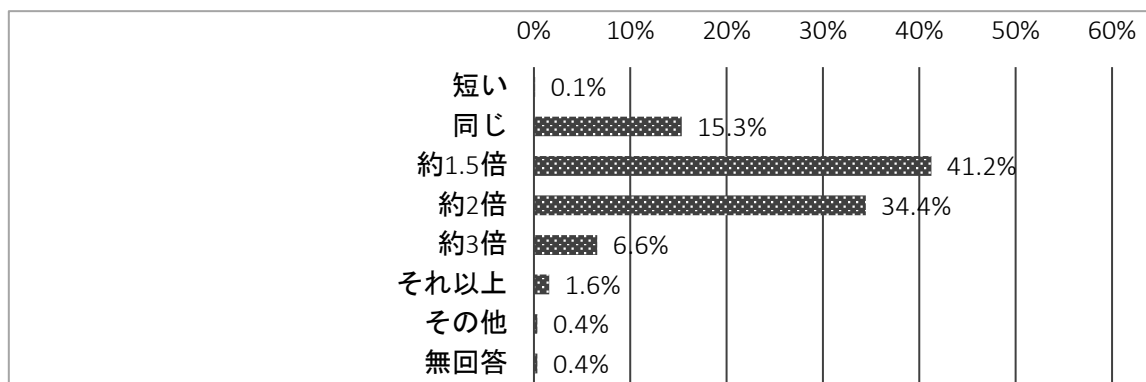
【事例①】

88歳、女性、独歩、近隣在住、認知症と診断されている

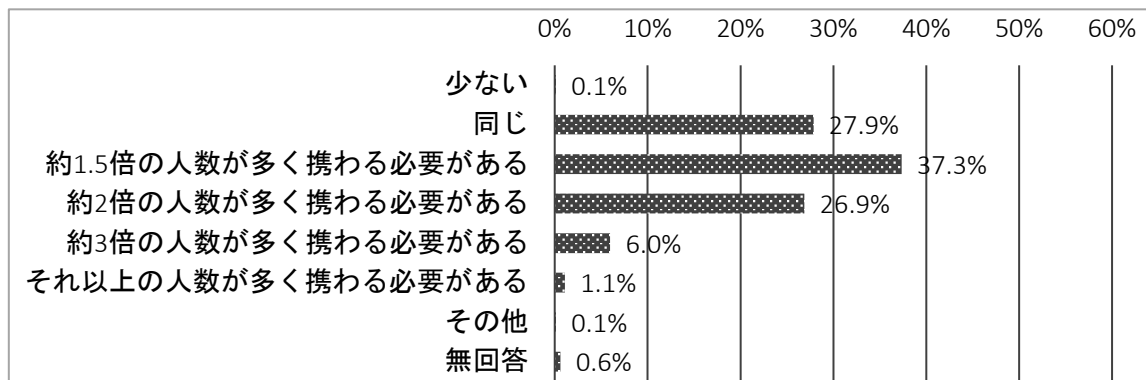
義歯破損を主訴に来院した。別居の娘と初めて来院した。10年以上前に作成したと推測される、高度に咬耗した上顎総義歯の正中破折が主訴であったが、持参の義歯は上下が別の時期に作成したと思われる義歯で、咬合状態は不良であった。診察行為に対する拒否はなく、義歯床下粘膜には異常を認めない。娘の話では、タンスの中に過去に使用していた義歯が5つ入っているという。本人は、「これまで特に問題はなかった」と語ったが、義歯新製の予定となった。娘は受診に付き添うと言っている一方、本人は「一人で受診できる」と言い、そのことで娘と言い合いになっていた。

上記の事例①（自立度Ⅱを想定）における認知症の人の診療にかかる時間および労力については、時間は「約1.5倍」が41.2%（339ヶ所）、労力は「約1.5倍の人数が多く携わる必要がある」が37.3%（307ヶ所）と最も多かった。

図表 77 認知症の人の診療にかかる時間：事例①



図表 78 認知症の人の診療にかかる労力：事例①



ii. 事例②：認知症の人の診療にかかる時間および労力

【事例②】

88歳、女性、手押し車を押して歩行可能であるが階段昇降は困難、やせ(BMI 18.0)、認知症と診断されている

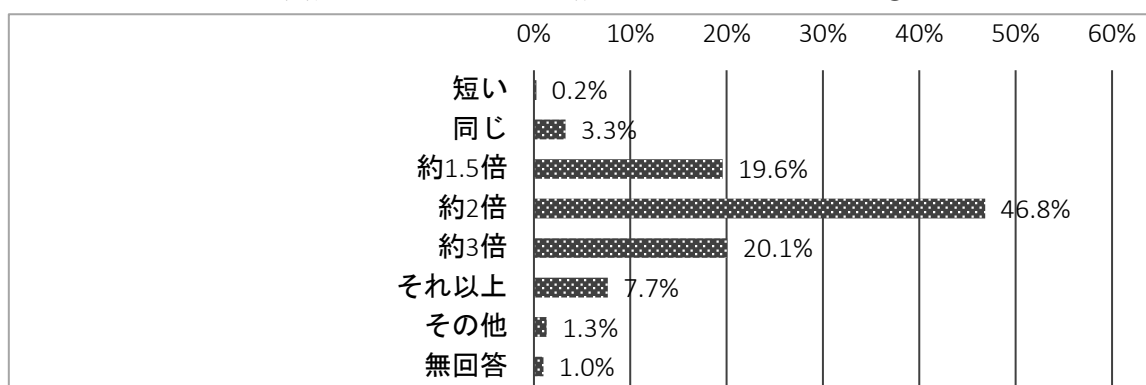
夫と来院した。夫が問診票を書いたが医療情報について不確かなことが多い。

本人は「困っていない・なんともない」と繰り返すが、夫からは、「食事中に痛がって食べるのをやめてしまうので歯が痛いのではないか」という話だった。配食サービスで柔らかい食事を継続依頼しているが、本人の食事量はこの2カ月ほど半量程度の摂取であったという。

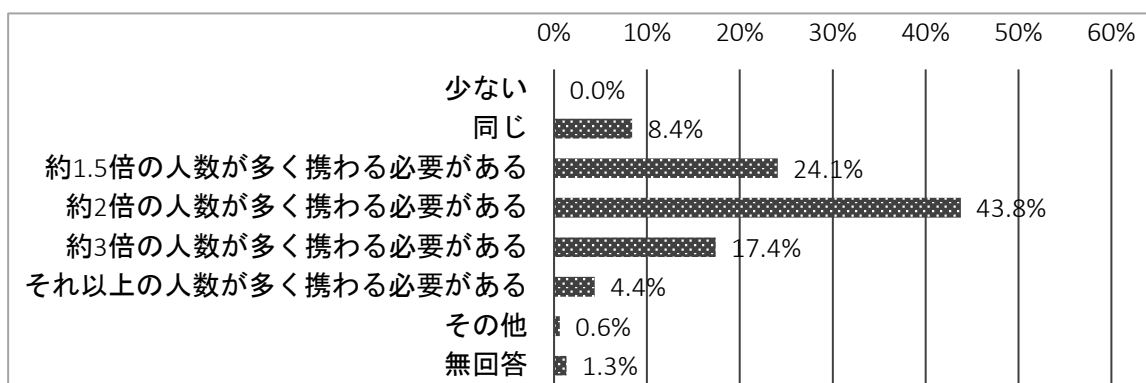
本人は夫に促されてデンタルチェアに座ったが、背もたれを倒そうとすると驚いて起き上がってしまった。夫に手を握ってもらい、歯科衛生士がなだめながら口腔内診察をすると、両側臼歯部咬合は喪失し、残存し補綴物脱離した状態の左側下顎第二大臼歯が、頬粘膜に食い込み潰瘍を形成していることが分かった。部分床義歯を所持しているが、最近使用していない、という。

上記の事例②（自立度Ⅲを想定）における認知症の人の診療にかかる時間および労力については、時間は「約2倍」が46.8%（385ヶ所）、労力は「約2倍の人数が多く携わる必要がある」が43.8%（360ヶ所）と最も多かった。

図表 79 認知症の人の診療にかかる時間：事例②



図表 80 認知症の人の診療にかかる労力：事例②



iii. 事例③：認知症の人の診療にかかる時間および労力

【事例③】

88歳、女性、車いす、認知症と診断されている

3年ぶりに来院した。同居の息子が連れてきた。

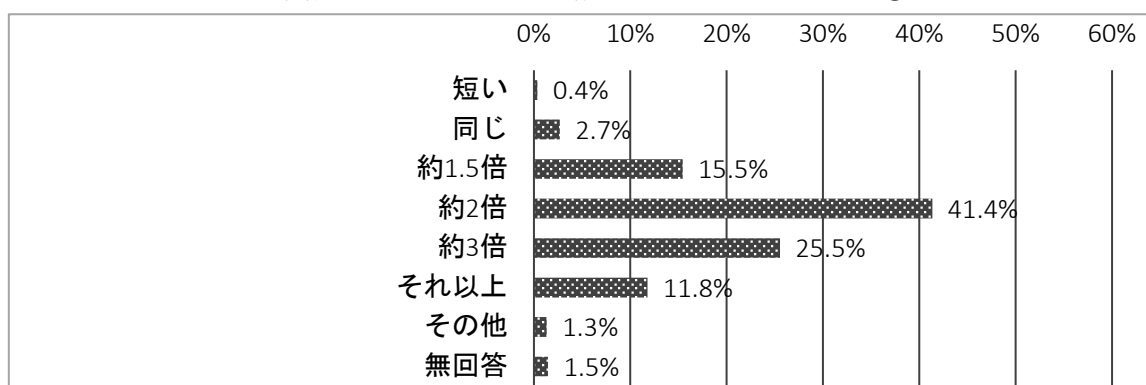
3年前までは独歩で受診していた、かかりつけ患者である。息子より「口臭が気になる、入れ歯を外させてくれない」「自分やヘルパーとは簡単な会話はしている、家では歩いている」とのこと。本人は覚醒しているが陰しい表情でうなだれているのみで、こちらからの会話に応じない。

口腔内所見を確認しようとする、本人の手が出てきたが、息子に握っておいてもらい、歯科衛生士の介助のもと診察した。上下の部分床義歯は一定以上の期間着脱していないようで汚染されており、床下粘膜に発赤が見られ、食い込みによる腫脹とカンジダ症が疑われた。一部の残存歯は破折し歯肉腫脹もあった。

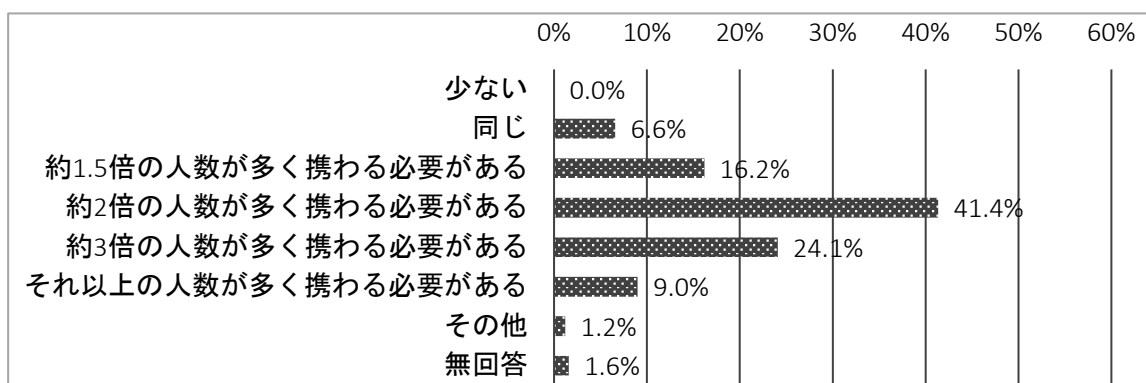
日中は、3回/週のヘルパー介助、3回/週の通所介護サービスを利用している。

上記の事例③（自立度Ⅳを想定）における認知症の人の診療にかかる時間および労力については、時間は「約2倍」が41.4%（340ヶ所）、労力は「約2倍の人数が多く携わる必要がある」が41.4%（340ヶ所）と最も多かった。

図表 81 認知症の人の診療にかかる時間：事例③



図表 82 認知症の人の診療にかかる労力：事例③



7. 実測調査

(1) 概要

A 県 O 町在住の要支援・要介護高齢者 339 名のうち、認知症高齢者の日常生活自立度（以下、自立度）ランク I 以上の要支援・要介護高齢者の実測調査データを対象に、歯科医師および歯科衛生士が評価した歯科治療ニーズおよび口腔衛生管理ニーズについて検討を行った。

(2) 調査結果

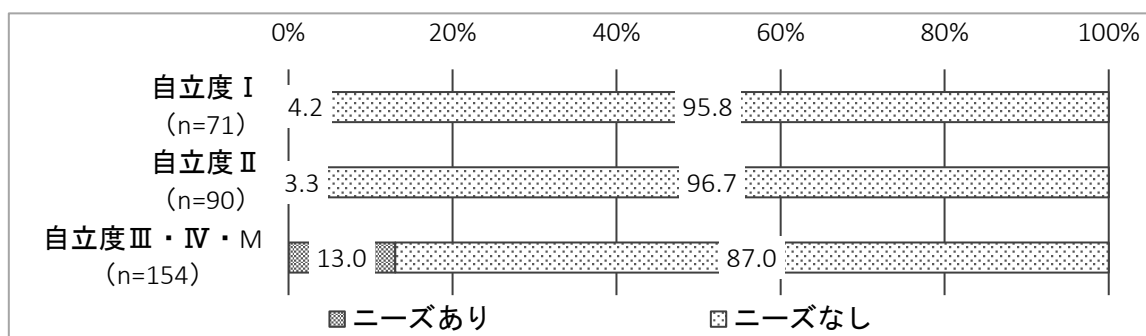
i. 対象

自立度 I 以上の要支援・要介護高齢者 315 名（男性 72 名、女性 243 名、平均年齢 85.3 歳）を対象とした。

ii. 歯科治療ニーズ：粘膜疾患

自立度Ⅲ以上において、粘膜疾患の歯科治療ニーズありの者の割合が有意に多かった（ $p=0.01$ ）。

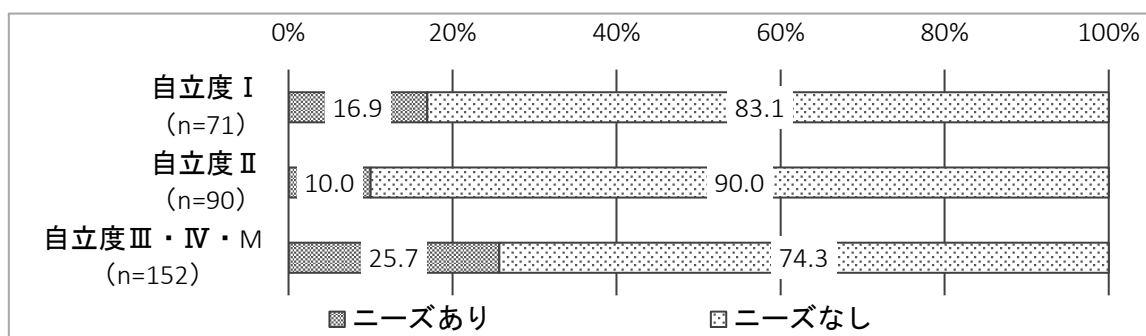
図 1 歯科治療ニーズの有無：粘膜疾患



iii. 歯科治療ニーズ：保湿

自立度Ⅲ以上において、保湿の歯科治療ニーズありの者の割合が有意に多かった（ $p=0.01$ ）。

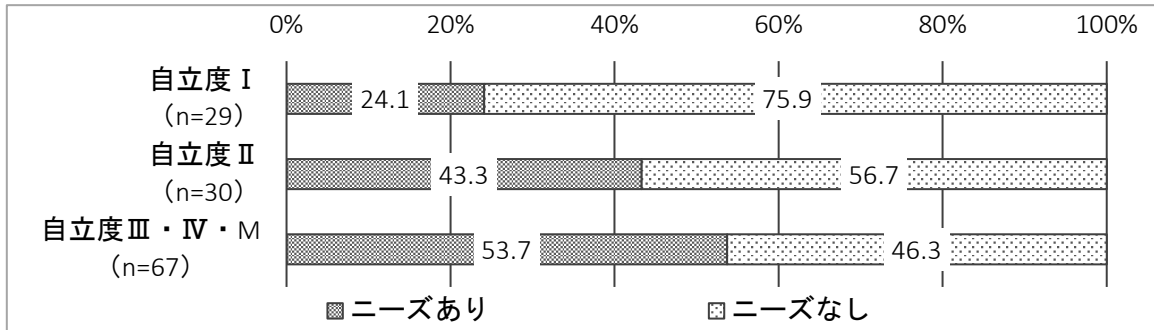
図 2 歯科治療ニーズの有無：保湿



iv. 歯科治療ニーズ：抜歯

残存歯数が1歯以上の者のうち、自立度Ⅲ以上において、抜歯の歯科治療ニーズありの者の割合が有意に多かった ($p=0.03$)。

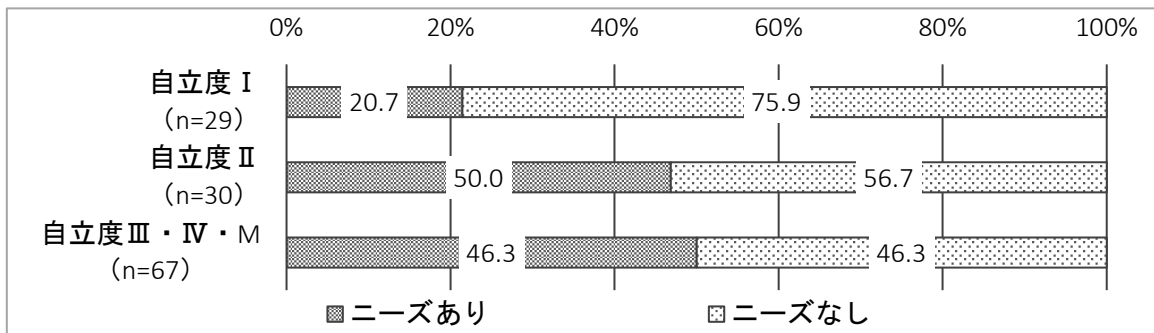
図3 歯科治療ニーズの有無：抜歯



v. 歯科治療ニーズ：う蝕

残存歯数が1歯以上の者のうち、自立度Ⅱ以上において、う蝕の歯科治療ニーズありの者の割合が有意に多かった ($p=0.04$)。

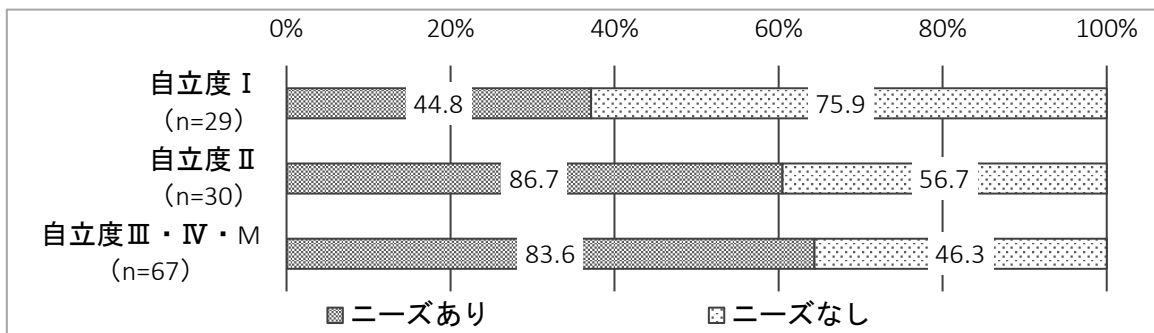
図4 歯科治療ニーズの有無：う蝕



vi. 歯科治療ニーズ：歯周疾患

残存歯数が1歯以上の者のうち、自立度Ⅱ以上において、歯周疾患の歯科治療ニーズありの者の割合が有意に多かった ($p<0.01$)。

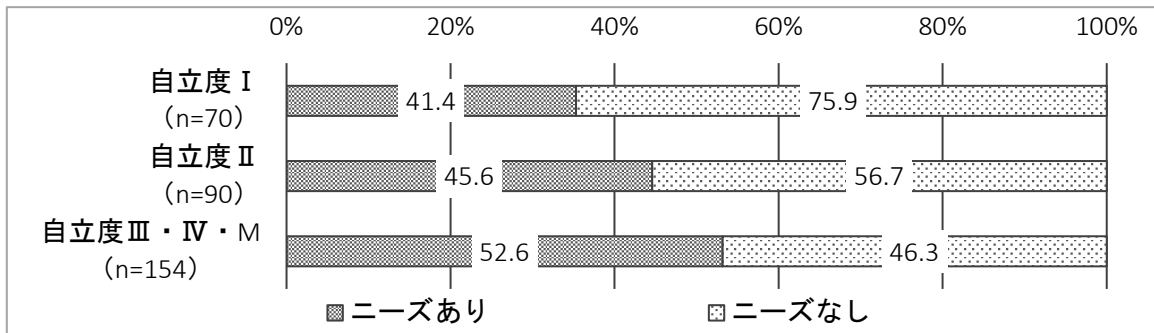
図5 歯科治療ニーズの有無：歯周疾患



vii. 歯科治療ニーズ：義歯

義歯の歯科治療ニーズありの者の割合について、有意差は認められなかった。

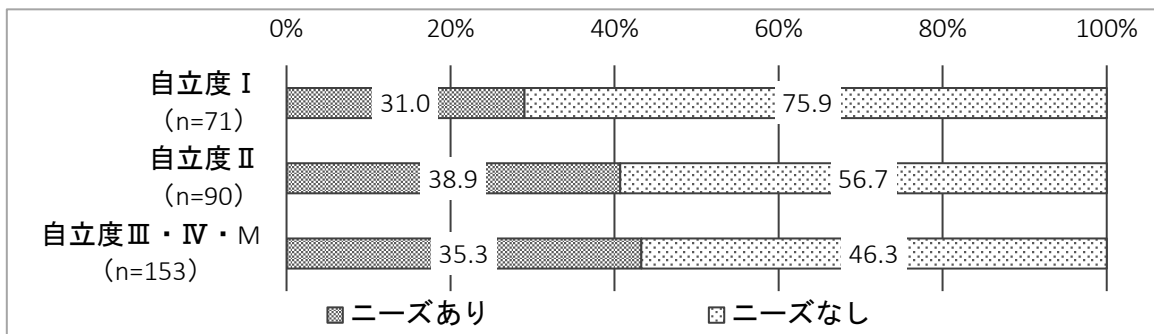
図6 歯科治療ニーズの有無：義歯



viii. 口腔衛生管理ニーズ

口腔衛生管理ニーズありの者の割合について、有意差は認められなかった。

図7 歯科治療ニーズの有無：義歯



ix. 口腔衛生管理ニーズ

歯科治療ニーズおよび口腔衛生管理ニーズの有無を従属変数とし、年齢、性別、自立度（I [基準群]/II/III以上の3群）、介護認定を独立変数とする二項ロジスティック解析を個別に実施し、ニーズの有無に関連する因子を抽出した。

その結果、有意に関連していた因子（オッズ比、95%信頼区間）は、抜歯に対して自立度III以上（3.39、1.13-10.21）、う蝕に対して自立度III以上（3.27、1.01-10.64）、歯周疾患に対して自立度II（9.21、2.18-38.84）および自立度III以上（7.74、2.17-27.62）、口腔衛生管理に対して自立度II（2.53、1.28-5.00）および自立度III以上（5.71、2.89-11.30）であった。

表1 歯科治療ニーズおよび口腔衛生管理ニーズを従属変数とした二項ロジスティック分析

	OR	95% CI	P-value
歯科治療ニーズ			
粘膜疾患			
II	1.12	0.20 - 6.33	n.s.
III以上	5.85	1.38 - 24.84	0.02
保湿			
II	0.54	0.21 - 1.41	n.s.
III以上	1.84	0.82 - 4.13	n.s.
抜歯			
II	2.15	0.67 - 6.93	n.s.
III以上	3.39	1.13 - 10.20	0.03
う蝕			
II	3.23	0.96 - 10.86	n.s.
III以上	3.27	1.01 - 10.64	0.05
歯周疾患			
II	9.21	2.18 - 38.84	<0.01
III以上	7.74	2.17 - 27.62	<0.01
義歯			
II	1.03	0.54 - 1.98	n.s.
III以上	1.27	0.68 - 2.37	n.s.
口腔衛生管理ニーズ			
II	1.73	0.86 - 3.50	n.s.
III以上	1.65	0.83 - 3.26	n.s.

* 認知症高齢者の日常生活自立度のIを基準群とした時の、II群、III以上群の各歯科治療および口腔衛生管理の必要度の倍率を年齢、性別、介護認定を調整して別々に算出。

歯科治療や口腔衛生管理が必要となる要因としては、年齢や介護認定よりも認知症の程度を踏まえた日常生活自立度が強く影響していることが示された。外来診療が可能な認知症自立度IIの段階から認知症の予後を見据えた治療および口腔管理を開始しておく必要があることが示唆された。

第3章 調査事業2 「認知症の人の口腔管理マニュアル」作成

1. 「認知症の人の口腔管理マニュアル」作成
2. モデル事例①：石川県七尾市
3. モデル事例②：愛知県大府市
4. モデル事例③：香川県西部
5. モデル事例④：長崎県諫早市

1. 「認知症の人の口腔管理マニュアル」作成

認知症の人の口腔管理マニュアルとして、「認知症の人の口を支えるマニュアル」を作成した。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、これまでに実施した調査から得られた知見をふまえた認知症の人を対象とした地域づくりの視点として課題を提示した。また、サービス提供者用の実践ツールとして、「認知症の人のお口の支援実践ハンドブック」を作成した。実践ツールは、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分かりやすく解説した内容とした。

さらに、連携の事例および実践ツールを用いて、実際に認知症の人の歯科治療に関する連携体制構築の進め方について、以下の4ヶ所のモデル地区において検証を行った。

- ① 石川県七尾市
認知症疾患医療センターが指定されている公立病院の歯科口腔外科における認知症医療連携
- ② 愛知県大府市
認知症疾患医療センターのある一般病院と院内歯科における連携開始例について
- ③ 香川県西部
認知症診療を担う病院を中心とした歯科医療提供体制構築を目的とした機能的な医科歯科連携体制の構築
- ④ 長崎県諫早市
認知症への偏見をなくす取り組みに歯科医師が参画し、関係職種との歯科への心理的障壁をなくす取り組みを行っているケース

2. モデル事例①：石川県七尾市

認知症疾患医療センターが指定されている公立病院の歯科口腔外科における認知症医療連携

(1) 地域の基本情報

地域	石川県 七尾市
区市町村人口	49,246 人（男性 23,493 人、女性 25,753 人） （2022 年（令和 4 年）12 月）
うち 65 歳以上 高齢者人口	19,132 人（男性 8,205 人、女性 10,927 人）（構成比 38.7%） （2022 年（令和 4 年）12 月）
市内の認知症疾患 医療センター	公立能登総合病院
市内の認知症 サポート医等数	11 名（七尾市ホームページより）
同歯科診療所数	歯科医師会員診療所 25 件

(2) 事例の概要

石川県七尾市は、日本海に突出した能登半島の中央部に位置する。能登地方の中心自治体として、2004 年（平成 16 年）市町村合併により新市制が発足した。

地理的に県庁所在地である金沢市より約 70km 離れており、天然の良港として栄えてきた七尾港を海の玄関口とし、古代より能登の政治・経済・文化の中心地として発展を続けてきた（図 1）。渚のいで湯として全国的に有名で、開湯 1200 年を迎えた和倉温泉や様々なリゾート施設を有する能登島などの観光資源、長い歴史に培われた伝統工芸などの産業資源、豊かな自然や風土に育まれた農林水産資源など、多くの地域資源に恵まれている。しかし、近年の市内産業を取り巻く現状は、事業所数、従業員数の減少も相まって、卸売業や小売業などの年間販売額の減少による商業の衰退、製造品出荷額の減少による製造業全体の規模縮小など、経済活力の低下が深刻化している。

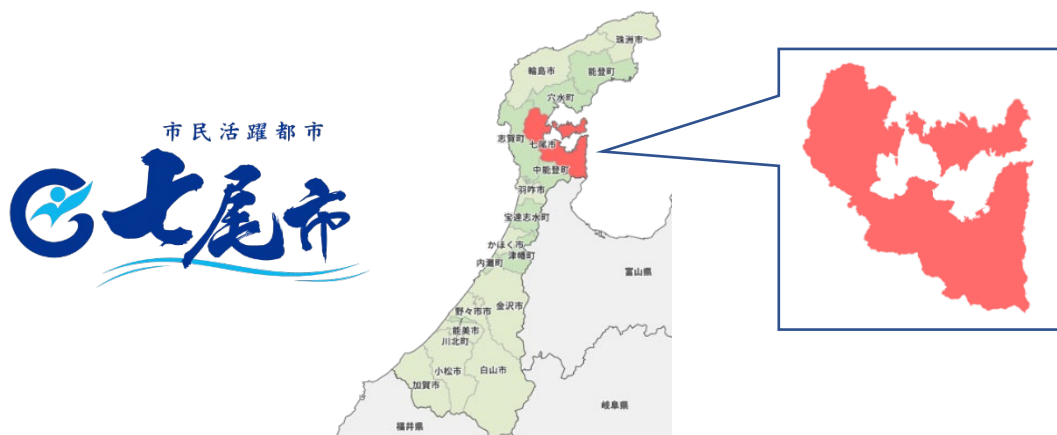


図 1 石川県七尾市

そして、生産人口の減少により高齢者の問題も悩ましく、高齢者人口は横ばいであるが、若い世代が減ることで高齢化率は上昇し続けている（高齢化率 38.7%、図 2）。さらに、七尾市内で介護が必要となった高齢者の原因疾患をみると、1 位は認知症、2 位はがん（悪性新生物）、3 位は脳血管疾患、転倒・骨折となっており、認知症が全体の約 4 分の 1 を占めている。（図 3）

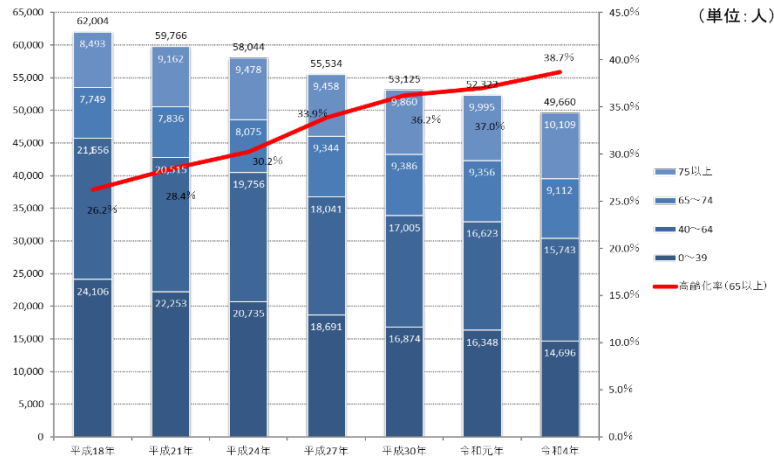
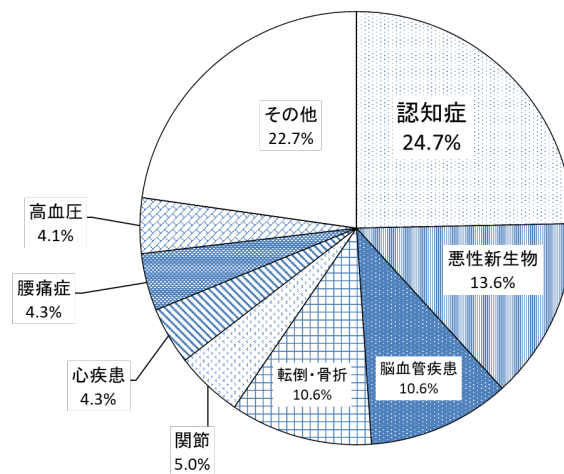


図 2 七尾市の人口推移



令和 3 年度 新規要介護等認定者 677 人

要介護等状態となった原因疾患については、主治医意見書の「傷病に関する意見」に掲げられた傷病名を記載。

図 3 要介護状態となった原因疾患

認知症高齢者が増加の一途を辿る中、医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の一つとして、七尾市と多職種が連携して認知症の人を支える取り組みが行われている。大きく分けて、①「ななお紫蘭（しらん）の会／在宅医療・介護連携推進協議会」と②「ななお認知症ほっとけんステーション」という事業を掲げている。

地域の認知症疾患医療センターとして七尾市立である「公立能登総合病院（以下：当院）」が事業の中心となっており、院内の歯科口腔外科も認知症の人の口腔健康管理や食支援を行うコントロールタワーとして活動している。

i. 当院歯科口腔外科と地域の口腔保健医療連携

石川県能登地方にある総合病院 9 つのうち、歯科口腔外科は当院にのみ存在するため、口腔保健医療については、七尾市に限らず能登地方全域の拠点として地域歯科診療支援病院の指定を受けている。また、七尾市内の歯科医師会員診療所は 25 件と、人口に比して一見充足しているように思えるが、歯科医師の高齢化が進んでおり（高齢化率：46%）、会員の平均年齢は 66.7 歳である。したがって、認知症を含めた有病者の歯科治療や口腔外科関連疾患の治療あるいは歯科訪問診療は敬遠される傾向にあり、近年、高齢患者の紹介数が増えている。2005 年と 2020 年の新規患者（紹介含む）の年齢を比較すると、2005 年は 50 歳代が最も多かったが、2020 年は 50 歳代と 80 歳代に 2 峰性の分布がみられた（図 4）。

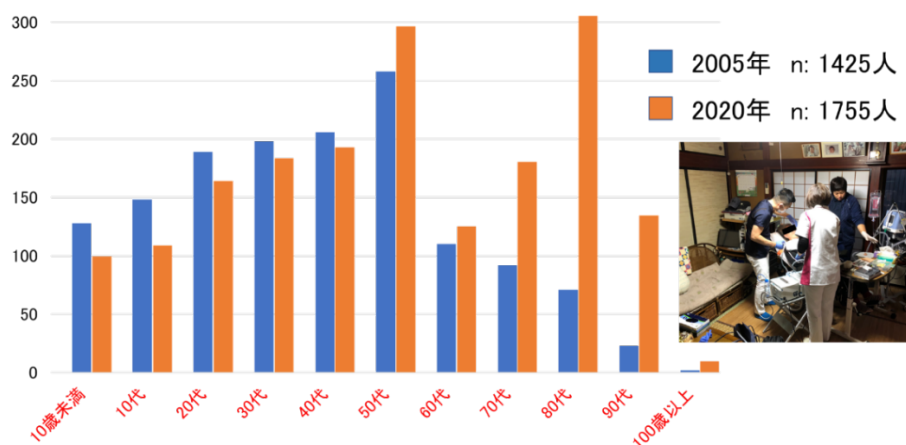


図 4 新規患者（紹介を含む）の年齢分布

認知症を併存した高齢患者の紹介数も増加している。2020 年は、新規患者 1755 人のうち紹介患者は 878 人（紹介率：約 50%）であった。さらに、紹介患者のうち 201 人（約 23%）が認知症と診断されており、認知症タイプ別の内訳（重複症例あり）を示すと、アルツハイマー型認知症（AD）が 181 例（79%）、血管性認知症（VaD）が 26 例（11%）、レビー小体型認知症（DLB）15 例（7%）、前頭側頭型認知症（FTD）2 例（1%）、その他 4 例（2%）であった（図 5）。

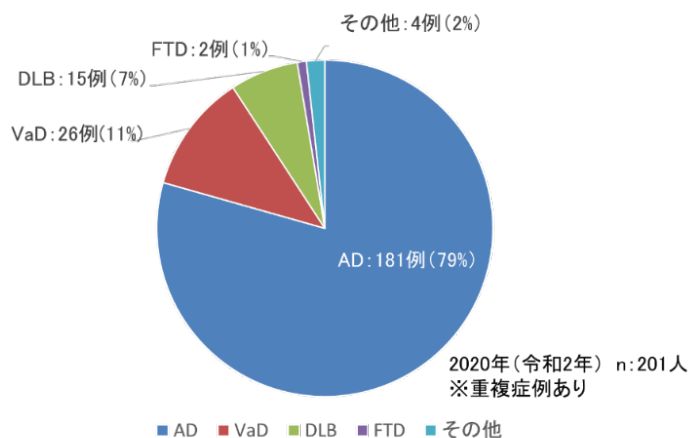


図 5 歯科口腔外科を受診した認知症患者の内訳（タイプ別）

依頼内容の内訳は、抜歯依頼が最も多く 61 人（30%）、摂食嚥下評価 56 人（28%）、顎関節脱臼の整復 17 人（8%）、薬剤性顎骨骨髓炎／壊死 15 人（7%）、義歯作製・調整 13 人（6%）、う蝕治療 12 人（6%）、悪性腫瘍 5 人（2%）、その他 22 人（11%）であった（図 6）。

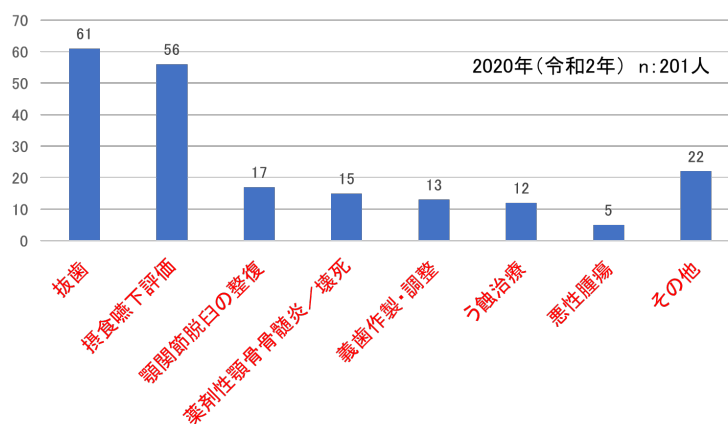


図 6 歯科口腔外科を受診した認知症患者の内訳（依頼別）

歯科的問題を抱える認知症患者の紹介は、歯科医院をはじめ、地域の様々な医療・介護施設または、訪問看護ステーションや調剤薬局とも連携している（図 7）。また、「ななお認知症ほっとけんステーション」の取り組みにより認知症患者の家族から地域包括支援センターを經由して紹介される事例もある。これには、当院が認知症疾患医療センターであることや、当院の歯科医師が「ななお紫蘭（しらん）の会／在宅医療・介護連携推進協議会」に主要委員として参画しているため、地域の認知症患者において難渋する口腔疾患を集約する立場にあることが影響している。また、依頼内容や患者の状態により歯科治療する場所は、院内外来、施設訪問、居宅訪問と大きく 3 つに分かれる（図 8）。



図 7 口腔に問題を抱えた認知症患者の紹介経路

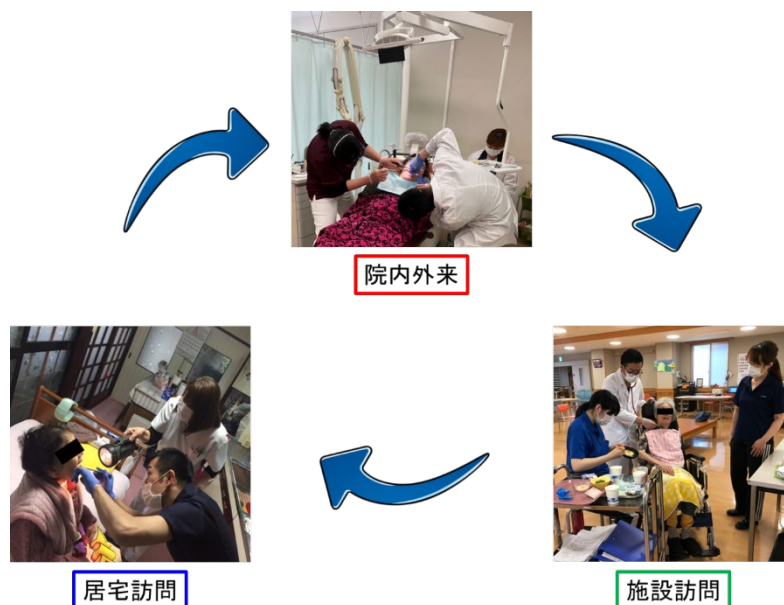


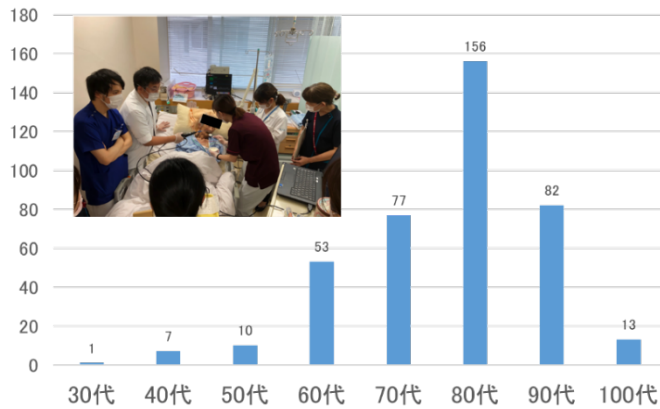
図8 紹介された認知症患者の歯科治療環境

ii. 食支援連携、院内から地域へ

当院入院患者の口腔健康管理や食支援についても連携の必要性を感じ、当院では歯科医師を代表として2004年に「口腔ケア・摂食機能療法委員会」（委員会は医師・歯科医師・言語聴覚士・看護師・歯科衛生士・管理栄養士で構成）を立ち上げた。2004年～2019年までは、院内各科より依頼される入院患者の摂食嚥下評価は、すべて歯科口腔外科に集約される仕組みで、その後、歯科医師から歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士、必要に応じて他科医師へとリハおよびケア指示、食形態の選択が連携されていた（図9）。周術期の口腔ケアや食事・栄養管理について多職種で連携を図っていたが、院内完結型という点で、退院後のつながりが欠落していたともいえる。すなわち、当院入院患者で摂食嚥下評価と対応について依頼をうける症例の約8割が認知症であって（図10）、院内完結型の取り組みだけでは、退院後（療養環境変更後）に地域の受け皿となる施設へのコンタクトが不十分で、入院中の管理と退院後の支援に大きな乖離が生じていた。



図9 入院患者の摂食嚥下診療と対応



n:399

調査期間:2020年(令和2年)1月~12月

図10 入院患者の摂食嚥下診療数(年代別)

そこで、退院後の連携も含めた展開と食支援の質を強化する目的で「食支援プロジェクトチーム」2020年を立ち上げた。従来の「口腔ケア・摂食機能療法委員会」メンバーに認知症認定看護師と医療ソーシャルワーカー、薬剤師が加わり、退院先の療養環境を想定した食支援(食形態の選択や義歯の取り扱いも含め)や服薬指導(服用方法や剤形選択)を検討する取り組みが始まった。これまでは、各病棟の看護師任せとなっていた業務であったが、退院先のマンパワーや介護資源に配慮した食支援の在り方を伝達ができるようになった。

その際、使用するのが「かにやしろえびノート」である(図11)。カニや白えびは、北陸地方の冬の味覚を代表する食材であるが、ここで述べる「かにやしろえび」は食材を意味しているわけではない。①か(環境)、②に(認知機能)、③や(薬剤)、④し(心理)、⑤ろ(老化)、⑥え(栄養)、⑦び(病気)。つまり、①~⑦は、特に認知症高齢者の「食べる力」を地域の多職種で連携する際に鍵となる7つの要因(環境、認知機能、薬剤、心理、老化、栄養、病気)の頭文字である。当院を退院する際に、この「かにやしろえびノート」を記載して退院後の療養環境を想定し、食支援における介入ポイントをトリアージして、無理なく継続できるようにサポートしている。



図11 「かにやしろえびノート」の活用

(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

七尾市が取り組む認知症に関する医療介護連携・地域づくりについては、先にも述べた「ななお紫蘭（しらん）の会／在宅医療・介護連携推進協議会」2014年の設置が始まりである。現在は、医師3人、歯科医師2人、薬剤師2人、看護師2人、管理栄養士2人、言語聴覚士1人、作業療法士1人、理学療法士1人、社会福祉士1人、医療ソーシャルワーカー1人、介護支援専門員3人、精神保健福祉士2人、生活相談員1人、訪問介護員1人、行政関係3人（うち保健師2人）の委員で構成され、認知症に関する様々な問題に取り組んでいる。

もともと、「ななお紫蘭（しらん）の会」が発足されたのは2011年で、当初は歯科医師が参画していなかった。この頃の七尾市は、認知症の人の口腔健康管理や摂食嚥下障害、食支援について関心が薄く、認知症と歯科の接点をイメージできず、主要メンバーに歯科医師が入っていなかったと推察する。

ところが、2011年、誤嚥性肺炎の治療目的で当院に入院していた認知症高齢者（87歳女性）に提供されていた食事が原因でトラブルが起こった。提供されていた食形態の呼称がこの発端である。当時、当該患者は誤嚥性肺炎を繰り返し、摂食嚥下障害が認められたため、院内の食形態基準で「嚥下3度食」と呼ばれる均質なペースト状の食事が提供されていた。肺炎治療が終わり、七尾市内の高齢者施設に退院することになったが、病院から施設への申し送り書には「嚥下3度食」とのみ記載され情報提供された。この内容を受け取った施設側は、本来なら「嚥下3度食」について問い合わせをしたと思われるが、偶然にも施設には似た呼称の「嚥下食Ⅲ」という食事が存在した。当時の担当者は、疑いの余地なく同類の食事と認識し、「嚥下食Ⅲ」を提供した。ところが、「嚥下食Ⅲ」は、形態的に刻み食であり、この患者にとっては不向きな食事であった。結果、この患者は「嚥下食Ⅲ」形態の食事中に窒息を起こした。この事故は関係者の強い課題意識を引き起こした。

こうした契機で、2011年から「食力（しょくりき）の会」を発足し、能登地方の病院や施設で提供されている食形態の呼称整理を行った。「食力（しょくりき）の会」は、歯科医師が代表を務め、地域の栄養士・管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護師、薬剤師、介護士ら20人で構成され、主に認知症の人の食事について検討するボランティア組織である。

能登地方の46施設（全体の2/3程度）から協力を得て、4年がかりで「食形態マップ」(<https://noto-stroke.net/map.php>)を作成した（2014年完成、図12）。各施設で使用している食形態の呼称を写真と説明文を手掛かりに整理し、色調区分することで、呼称が異なっても形態の齟齬が生じないように整合性をチェックできるツールとした。「食形態マップ」の活用は様々な例があるが（図13）、例えば、認知症患者の退院時に退院先病院や施設において提供可能な食形態を確認したり、認知症高齢者の歯科訪問診療においてミールラウンドや摂食嚥下評価を行う際にモバイル媒体で退院前の食形態を確認したり、食形態についてイメージしやすく便利なツールである。

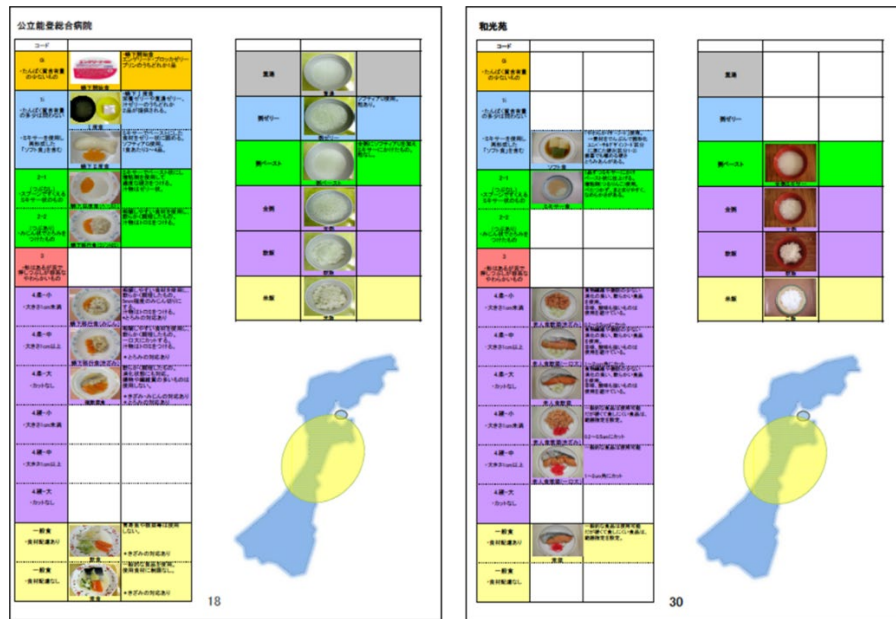


図 12 「食形態マップ」を作製（一部抜粋）



図 13 認知症高齢者の食支援と「食形態マップ」

その後、「食力（しょくりき）の会」の活動によって、「食形態マップ」が地域で広く認識されるようになった。認知症高齢者の食支援についても介護する家族の調理指導や食事アドバイスにもテキスト的に使用されるようになり、これをきっかけに歯科医療従事者と認知症の人に対する口腔健康管理や食支援に対するポジションが地域で定着し、2014年より「ななお紫蘭（しらん）の会／在宅医療・介護連携推進協議会」に歯科医師が加わり、認知症の人の口腔健康管理や食支援の在り方について七尾歯科医師会も参画している（図 14）。

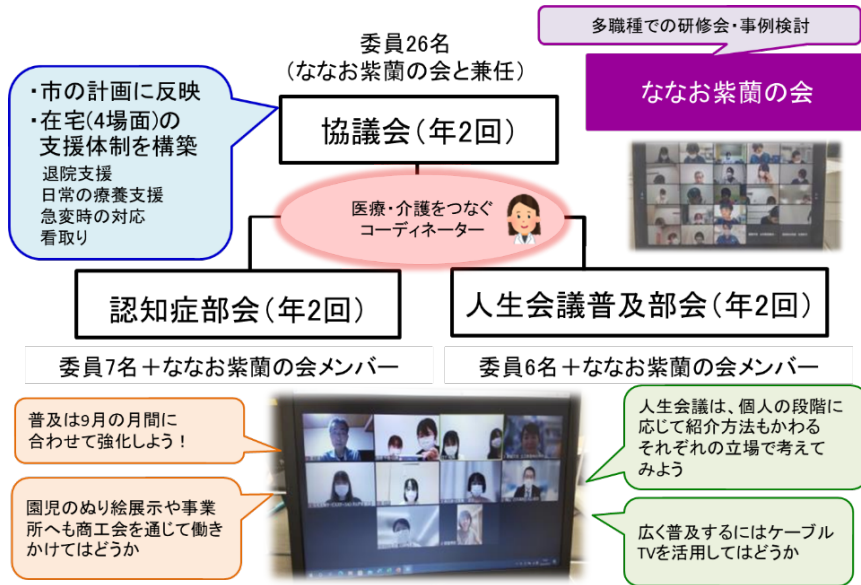


図 14 ななお紫蘭の会／在宅医療・介護連携推進協議会

(4) 活動内容・成果

現在「ななお紫蘭（しらん）の会／在宅医療・介護連携推進協議会」は、年2回開催され、大きく分けて「認知症部会」と「人生会議普及部会」から成る。具体的取り組みとして、医療・介護関係者双方への入退院支援ルールブックの活用周知や、高齢者の自宅設置用の「緊急通報ファイル」をはじめ、認知症に関する情報を一元化した「ななお認知症知ってあんしん本」、人生会議用の記録ができる「まいのーと」など普及啓発や支援のためのさまざまな媒体を作成し、住民が馴染みの生活を続けるための一助となっている（図 15）。



図 15 主な活動内容と普及啓発の成果物

また、事業の一つとして2021年に「ななお認知症ほっとけんステーション」の設置を開始した。このステーションには「認定ステッカー」が貼られ、認知症に関する身近な相談窓口として活動している（図16）。現在、登録されている医院・歯科医院・調剤薬局が七尾市内に35件存在し、主な活動として、医療機関への受診勧奨や地域包括支援センターへの紹介、認知症の冊子やケアパス配布し、住民への認知症教育や啓発を行っている。なかでも、口腔に関する困りごとについては認知症対応について詳しい登録歯科医院に相談するよう連携推進している。



図16 ななお認知症ほっとけんステーション

歯科医院をはじめ「ななお認知症ほっとけんステーション」の設置により、認知症で口腔に問題を抱える患者の紹介数が増えている。口腔疾患が増えているわけではなく、地域での認知症の啓発が広がってきたことで、口腔や食支援に関心が出てきたものと推察する。特に、当院は、地域の認知症患者で難渋する口腔疾患を治療することが多い。認知症患者のうち口腔関連疾患で治療後の対応に難渋するのは、口腔がん、薬剤性顎骨骨髓炎／壊死、習慣性顎関節脱臼、外傷、摂食嚥下障害である。

【症例 1】《上顎歯肉がん術後の顎骨欠損部に栓塞子を作製した症例》

84 歳 女性 AD 中等度 要介護 3：上顎歯肉がん

七尾市内の特養（嘱託医師）より「食事中に歯肉から持続出血がみられる施設入所者がいる」ということで精査・加療目的に紹介受診となった。精査したところ、右側上顎歯肉扁平上皮がん（T2N0M0）の診断が得られた。認知症の進行はあるが食欲もあり、施設行事にも積極的に参加するなど ADL が維持できていたため、家族は積極的ながん治療を希望した。

20XX 年 Y 月、全身麻酔下にて腫瘍切除術を施行した。上顎洞前壁の欠損部は上顎洞と交通するため捕食した食物が上顎洞内に流入しないように、術後約 2 週間経過時より顎骨欠損部を補填するシリコン栓塞子を装着することとした。欠損部の再建手術を検討したが短期間での再手術になることと骨の生着性に期待できなかったため行わなかった。20XX 年 Y+1 月に栓塞子を装着し、入院前に入所していた特養に退院（再入所）することとなった（図 17）。

ところが、退院前の合同カンファレンスで、特養の職員では栓塞子の取り扱いが困難である、食事中に脱落して誤飲または窒息しないか、と不安意見が出た。そこで歯科医師から施設職員に対して、一般的な義歯と違い形態は歪で装着時の煩雑さはあるが慣れれば問題ないことを説明した。普段見慣れない特殊な口腔装具についてイメージしにくいことを勘案し、退院前に施設職員に実際に着脱場面に立ち会ってもらい練習した。また、退院後も歯科医師が施設に訪問し、担当する職員にレクチャーすることで職員の不安に対応した。

現在のところ、取り扱い、管理も含めて問題なく経過している。

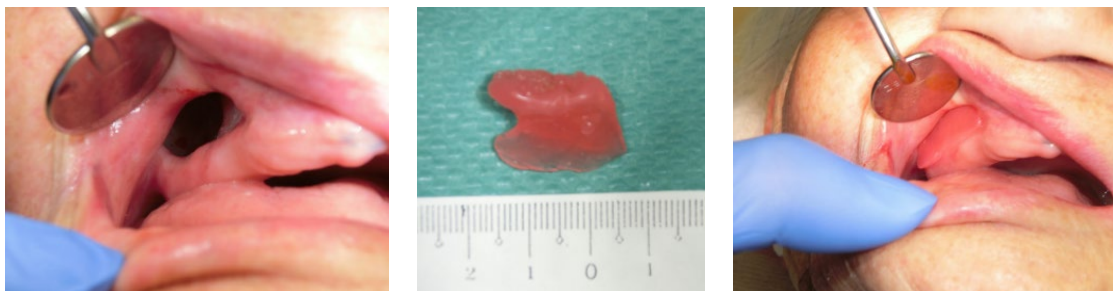


図 17 上顎がん術後の骨欠損、栓塞子、栓塞子を装着した口腔内（左から）

振り返り：高齢者の口腔がんは増加傾向にあり、認知症を併存しているケースも多い。当然、認知症を理由に腫瘍切除術を拒否できないが、周術期の不穏や術後の食生活、ADL に配慮して治療内容を決定することが重要である。また、栓塞子や顎補綴が必要となる場合は、その取扱いについて退院後の療養環境を想定し、管理しやすい材料や形態を検討する必要がある。

【症例 2】《顎骨壊死に対する術後にプレート再建を行った症例》

87 歳 女性 AD 要介護 2：骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（ARONJ）

患者は、AD で、デイサービスを利用しながら自宅療養中であった（キーパーソン：娘）。約 10 年前より骨粗鬆症を患い、3 年前からゾレドロン酸を注射していた。左下 5 歯肉に疼痛と排膿を自覚し、近在歯科医院を受診したところ、当院紹介となった。精査したところ、左下 5 の根尖性歯周炎が原因となり下顎骨骨髓炎が認められた（CRP：7.7mg/l WBC：9900）。視診では、内・外歯瘻の形成がみられ、CT では顎骨の一部が壊死しており、投薬内容と既往から ARONJ と診断した。入院管理下で口腔内と顎下部の瘻孔を洗浄し、抗菌薬を点滴して消炎加療を継続した。消炎後一旦退院するも、CT では限局した顎骨壊死と病的骨折が確認され、十分な経口摂取が困難であったため、患者家族と相談し、手術することとなった。

20XX 年 Y 月、全身麻酔下にて下顎骨離断術およびプレート再建術を施行した。術後は 2 週間ほど経口摂取ができず経鼻胃管を挿入し栄養管理していたが、チューブの自己抜去がみられたため、家族同意のもとミトンを着用した。状況を理解できないため術後入院中に不穏が強くなり、「帰りたい」「なんでこんな酷いことするんや」と大声を出すことがしばしみられた。創部の治癒経過を待って、20XX 年 Y 月+2 週間には経鼻胃管を抜去し、経口摂取再開（粥・ソフト食）となった。口腔機能の向上を目的に義歯の作製を検討したが、歯肉・頬粘膜の術後拘縮が強いこと、および義歯治療に対して患者の協力が得られなかったため、無歯顎の状態にて自宅退院となった。

現在、娘の付き添いにより外来通院しながら下顎骨離断術後の経過観察と言語聴覚士および管理栄養士による経口摂取訓練・栄養指導を行っている。



図 18 術前の CT 像、下顎骨離断+プレート再建術

振り返り：比較的、ADL が維持されている中等度 AD の高齢患者で、薬剤性の顎骨壊死（病的骨折）が原因となり、摂食嚥下機能および食事摂取量の低下がみられた症例である。顎骨壊死部は限局していたため顎骨を切除することで疾患の治癒については予後良好と判断した。しかし、術後の補綴や機能回復について理解・協力が得られるかどうか予測困難であった。仮に、手術せずに温存療法を選択すると、一時的に消炎はできるが骨髓炎の再燃を懸念することと、根本的に骨折が治癒しなければ、経口摂取機能は徐々に低下し、経管栄養の併用が必要であった。キーパーソンである娘は、胃瘻造設について消極的であり、「できるだけ口から食べて欲しい」という思いがあった。結果、患者家族の意向と術後の機能改善に期待し手術を選択した。

周術期の管理上、一時的ではあるが経鼻経管を使用したことで患者の不安や不穏が強くなり、身体拘束を余儀なくされたこと、また、顎義歯の作製に協力が得られず、目標としていた十分な咀嚼機能の改善に至らなかったことは主治医として心残りである。患者の生活背景や ADL、認知症の進行状態に配慮して患者家族とインフォームドコンセントを図るが、すべて予定通りにいくとは限らない。幸い、術後プレート感染はみられず、経口摂取機能についても介護食形態ではあるが十分な栄養量を摂取できており、患者家族の満足は得られている。

【症例 3】《観血的整復術を行った習慣性顎関節脱臼の症例》

80 歳 男性 AD+VaD 要介護 4：習慣性顎関節脱臼

七尾市内の特養に入所中両側顎関節脱臼を繰り返し、脱臼頻度が増していると施設職員より当院に相談があった。これまでは、連携先の近在歯科医院にお願いし、訪問診療で非観血的整復固定（バンテージ使用）していたが、たびたび脱臼していた。両側の顎関節脱臼によって、開咬状態により食事時の食塊形成困難、嚥下機能低下が生じることに困窮し、家族の同意のもと観血的整復固定術を行うこととなった。20XX 年 Y 月、全身麻酔下にてチタンプレートを使用し、関節結節形成術を施行した。

術後は経鼻胃管で栄養管理し、20XX 年 Y 月+1 週間より経口摂取開始となった。咀嚼機能に大きな変化は見られなかったが、術後、「食形態マップ」を使用して紹介元の施設で提供している介護食レベルの食形態まで経口摂取訓練して退院（20XX 年 Y 月+2 週間）となった。退院後、脱臼はみられず、経口摂取を継続している

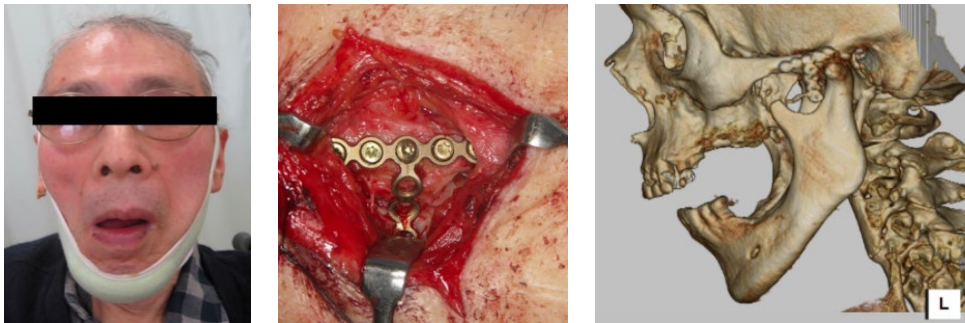


図 19 脱臼時顔貌、顎関節結節形成術（チタンプレート）、術後 CT（左から）

振り返り：当地域では、認知症高齢者の習慣性顎関節脱臼が増えている。その多くは、非観血的に整復固定して様子を見ることとなるが、中には本症例のような難症例にも遭遇する。その場合、手術することの外科的侵襲と、一時的ではあるが周術期の経鼻胃管挿入による栄養管理の協力度について検討する必要がある、家族（キーパーソン）や退院先の施設と相談する必要がある。顎関節脱臼によって食事や呼吸に大きな影響をきたしているのであれば、積極的手術が必要と思われるが、軽症であれば、施設職員に整復固定方法を指導することで対応可能と考える。また、脱臼した際の摂食嚥下機能に配慮し、患者に提供する食形態の選択も考えたい。

【症例 4】《食欲低下を契機に発見された顔面異物の症例》

94 歳 男性 AD 要介護 4：外傷、異物による頬部膿瘍

本人はデイサービスを利用（2回/週）しながら自宅療養していた（キーパーソン：娘）。娘より「数日前より義歯を入れようとせず、食欲低下がみられる」と訴えがあり近在内科医院を受診したところ、医師より「認知症を背景とした拒食」と言われた。

ところが、食事中、口腔内に疼痛を訴えるようになり、デイサービス職員に相談したところ、口腔内精査を目的に当院紹介となった。初診時パノラマX線写真では、特に異常所見はみられなかったが、左上 45 相当の歯肉頬移行部に膿瘍形成がみられたため、CT 精査を行った。すると、左頬部から左側頭下窩にかけて辺縁部高吸収・内部 air-density を呈する 4cm 長の中空棒状異物が存在した。全身麻酔下に摘出術を施行したところ、棒状物は竹片×5 本であった。キーパーソンである患者の娘に情報提供を求めたところ、2 年前に深夜徘徊して雑木林で倒れていたところを警察に発見された経緯があった。当時は、近隣の総合病院救急科で応急処置を受けたということであったが、詳細は不明であった。少なくとも現症から、以前に顔面皮膚深部に迷入した竹片が十分に除去できていなかったと推察する。術後、創部の消炎加療を継続し、義歯を新製したところ、摂食嚥下機能も向上し、常食を摂取できるまでに回復した。

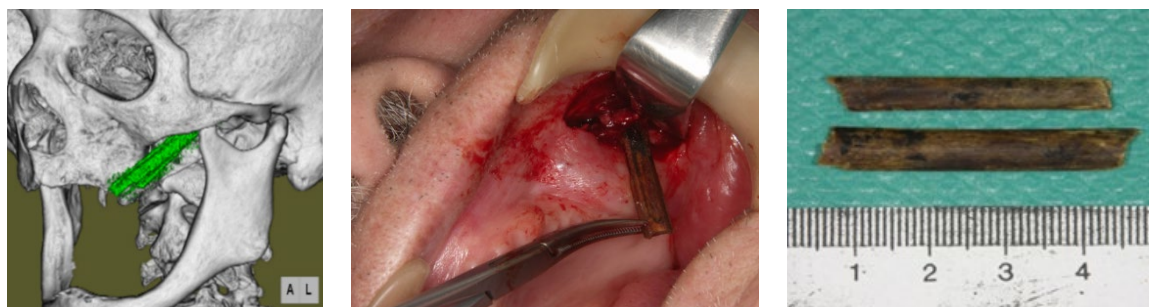


図 20 3DCT による棒状異物の確認、頬部異物を摘出、摘出された竹片（左から）

振り返り：中等度の認知症で中核症状の著しい進行がみられた。原因検索が困難な食欲不振のなかで、顔面異物が存在しているとは予想外であった。患者は自ら訴えることが難しく、疑わしきものは検査する姿勢の大切さを痛感させられた。また、キーパーソンがいるとは言え、過去の外傷の既往については曖昧な記憶であり、受傷当時に救急対応した病院へ情報提供を求め顔面異物が存在する理由について当たりを付けることができた。認知症により自発的主訴が困難で、かつ疼痛の訴えも乏しかったため発見が遅れたと考える。非常に稀な症例ではあるが、このような症例があるのも事実である。いざというときに連携のとれる病院歯科（口腔外科）の役割は大きい。

【症例 5】《在宅で看取りとなった食支援の症例》

91 歳 女性 AD 要介護 3：摂食嚥下障害

本人は誤嚥性肺炎により入退院を繰り返しながらも、娘（元：管理栄養士）の介護により在宅療養していた。義歯が合わないことの主訴に対し近在歯科医が訪問診療していたが、現状の嚥下機能や適した食形態の選択、そして看取りも含めた食支援について指導して欲しいと担当の近在歯科医より依頼があった。義歯の修理・調整によって食塊形成は改善したが、廃用の進行により嚥下時の喉頭挙上が乏しく咽頭収縮圧は減弱していた。VE 評価でも明らかな食物誤嚥はみられないものの、嚥下後の著しい咽頭残留が確認された。そこで、キーパーソンである娘と相談し、主食は軟飯、副菜は軟らかいものを意識して食塊形成しやすい食材・料理を選択した。幸いにも患者娘が管理栄養士であったため、必要栄養量を計算し嗜好にも配慮した食事提供を心掛けてくれた。

介入して大きく変わったことは、ベッド上ファーラー位での食事から、食卓（車いす使用）での食環境になったことである。摂食嚥下の指導介入の際に「食力の会」や「ななお紫蘭の会」の連携により言語聴覚士や理学療法士にもチーム参画してもらい、移乗訓練や姿勢調整を行った結果、ADL の改善にもつながった。歯科が介入して 1 ヶ月半には、娘の手料理とリハビリによって、日常生活の中で活動性が向上し、無表情であった患者に笑顔が見られ、女学校時代の校歌を歌うなど発話の機会も増えた。そんな折、「おいしいおかずありがとう」と何度も何度も繰り返し、ノートに書くような現象がみられた。これには周囲も驚きを隠せず、認知症の背景を考えてもあり得ない行動で、サポートに関わった娘や職員は心を打たれた。2 年 4 ヶ月程、このような生活が続き、最期は、2 ヶ月程義歯を外してゼリーやとろみ形態の食事を可及的に摂取しながら、介入 2 年半後に心不全で永眠された。

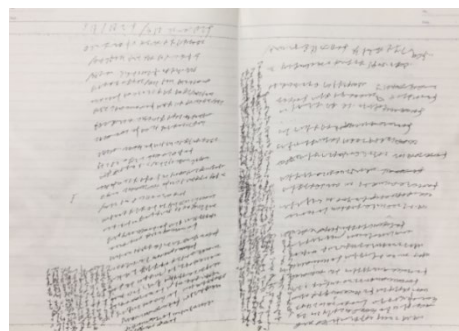


図 21 ADL 改善後の食事場面、患者が繰り返し書いた「おいしいおかずありがとう」の文字

振り返り：認知症高齢者の食支援は、嗜好や食べ方が多様化しており非常に困難を極める。本症例は住み慣れた居宅で、元管理栄養士の娘による手料理を食すという観点から我々も介入しやすかった。また、訪問歯科医師から病院歯科、そして地域の「食力の会」や「ななお紫蘭の会」へ繋ぎ、食支援の質も向上できた事例であったと振り返る。定期的に歯科医師・歯科衛生士が継続訪問し、ミールラウンドと口腔ケアを行い、連携ノートである「かにやしろえびノート」に内容を記録して他職種との連絡を工夫したことで、各職種間の隙間を埋めることができたと考える。

(5) 歯科医師会・歯科診療所としての役割・貢献

当院は、認知症疾患医療センターが指定されている病院である立場と、能登地方の急性基幹病院として唯一の歯科口腔外科を併設した施設かつ地域歯科診療支援病院であるが故、認知症対応の側面からも歯科口腔外科疾患治療の側面からも地域の医療・歯科医療・介護の連携拠点となっている。また、認知症や高齢者の食支援にも力を入れ、「食力の会」や「紫蘭の会」を通して他職種から得られる情報をまとめ、連携の工夫や改善点を常にアップデートし、地域の歯科医師会につなぐ役割を担っている。具体的には10年前より、年間事業として七尾市および石川県歯科医師会に向けた「認知症対応力向上研修」「食支援対応研修」を3回/年開催している。歯科医師や歯科衛生士を対象に、認知症の基礎知識、薬剤と口腔機能・摂食機能との関係、ミールラウンドの観察ポイント、対応策について座学研修するとともに、グループワークとして「い〜とみるカード」を使用した認知症高齢者の事例検討とバーチャル食支援を行っている（コロナ禍の3年間は中止）（図22）。毎年、約100名が参加し、多角的な視点で認知症の人の口腔健康管理と食支援について学んでいる。

2019年より石川県の助成事業として認可され、教育研修シラバスを作成した（石川県高度・専門医療人材養成支援事業）。シラバスは、基礎編と応用編を併せて全20章から成り、研修開催毎に確認テストを実施し、段階的に学習するプログラムとなっている。基礎編は、①老化について、②高齢者の特徴、③バイタルサインの読み方、④血液データの読み方、⑤栄養の評価、⑥摂食嚥下障害概論、⑦解剖と生理、⑧薬剤の知識、⑨疾患別にみる摂食嚥下障害、⑩食支援の10章で構成される。一方、応用編は、⑪問診のポイント、⑫身体・神経学的所見、⑬胸部・頸部聴診、⑭嚥下スクリーニングテスト、⑮嚥下内視鏡検査、⑯嚥下造影検査、⑰間接訓練と直接訓練、⑱食事場面の観察ポイント、⑲食事介助と支援の在り方、⑳症例検討の10章で構成される。

また、「食力の会」では、近隣の青果鮮魚スーパー「中島ストア」と協力し、移動スーパー「まんぷく丸」を七尾市内で運行している（図23）。特に高齢化の著しい過疎地を選定して定期的に食品や口腔ケア・介護物品を移動販売しているが、単なる物品販売ではなく、フリーランスの管理栄養士が帯同し、認知症高齢者を介護する側の家族に向けた調理指導や栄養指導も行う。さらに、老老介護の世帯においては定期巡回することにより見守りの役割も果たしており、地域住民からは好評である。



図22 「い〜とみるカード」を使用した認知症高齢者の食支援研修・事例検討会



図23 「まんぷく丸」による定期巡回

(6) 課題と今後の展開

約10年間にわたり、当地域では各職能団体が中心となって認知症の人に対する事業を推進してきた。歯科医療従事者も口腔健康管理や食支援について期待と使命感を持って参加する人数は増えているが、他の職種に比べると参画している人数はまだ少なく、また連携についても温度差がある。例えば「ななお認知症ほっとけんステーション」の参加について、薬局（調剤）の加盟は一挙に拡散したが、歯科医院の加盟は数件に留まっており、歯科医師の認知症に対する偏見と診療の手間などがネックになっていると考えられる。また、当地域の歯科医師会員の高齢化も訪問診療を含めた展開の妨げとなっているため、われわれ病院歯科口腔外科も院内の取り組みに留まることなく、要請があれば積極的に訪問診療に出向く姿勢をとっている。さらに、一軒でも多くの歯科医院に「ななお認知症ほっとけんステーション」の認定を受けてもらえるよう認知症疾患医療センターが指定されている病院の歯科口腔外科として引き続き啓発していきたい。

3. モデル事例②：愛知県大府市

認知症疾患医療センターのある一般病院と院内歯科における連携開始例について

(1) 地域の基本情報

地域	大府市
区市町村人口	92,828 人（2022 年 12 月末現在）
うち 65 歳以上 高齢者人口	20,118 人（構成比 21.71%）
市内の認知症疾患 医療センター	国立長寿医療研究センター もの忘れセンター
市内の認知症 サポート医等数	認知症サポート医養成研修修了者 7 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 35 件

(2) 事例の概要

現在、歯科医療従事者は認知症診断後多職種協働支援に十分に加わることができておらず、認知症分野での医科歯科連携推進が求められている。認知症疾患医療センターが存在する当院においても、これまで個々の歯科紹介事例はあっても、もの忘れセンターと歯科として連携の仕組みの構築まではなされていなかった。

今回、認知症患者の状況に応じた継続的な口腔健康管理を地域で実施できる医科歯科連携システムを構築することを目的とし、もの忘れセンターと歯科、つまり一般病院における認知症疾患医療センターと院内歯科間での連携開始例を報告する。具体的には、軽度認知障害もしくは認知症と診断された方等に当科を受診していただき、口腔内環境の確認や今後起こりうるリスクを説明の上、歯科受診の重要性を説明する。患者の同意を得た上で、かかりつけ歯科または近歯科医院へ病状も踏まえた情報提供を行い、認知症疾患医療センターから地域の歯科医院へ情報をつなぐコネクションの役割を担う。

(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

i. もの忘れセンターとの相談

具体的な連携システムの相談のため、2022 年 9 月もの忘れセンター センター長と、同年 10 月にもの忘れセンター医師との面談を実施し、下記のご意見をいただいた。

①もの忘れセンターの全医師を説得できるような、認知症患者が歯科受診するメリット、エビデンスも含めもっと訴えるものがほしい。

②周術期口腔機能管理は誤嚥性肺炎予防などが医師にも周知されているから納得してコンサルトしているだろうが、認知症はそれがあまり知られていないので、現状ではコンサルトは現実的に厳しいだろう。

③連携と同時進行的に認知症患者への口腔健康管理の重要性のエビデンスを積み上げていく必要があるのではないか。

④認知症診断時は神経心理学的検査に加え、高齢者総合機能評価や血液検査、脳血流シンチグラフィやMRIなど検査が多く、患者や患者家族は口の中のことまで考えられない、という人も多いのではないか。

⑤患者負担、もの忘れセンタースタッフの負担も考慮した現実的な連携開始案を考えてほしい。

ii. トライアル実施による課題抽出

スタッフの負担がどの程度あるか、認知症患者、ご家族が歯科受診に対してどの程度希望があるかを調査するために、一部のもの忘れセンター医師に協力いただき、もの忘れセンター受診患者の歯科コンサルトトライアル期間（10月から2ヶ月間）を設けていただいた。トライアル期間の2ヶ月間でコンサルトをいただいた2ケースについては後述する。トライアルで判明したコンサルトする際の課題としては、①患者にかかりつけ歯科がある場合や歯科受診希望がない場合、受診を強くすすめることが困難、②諸検査、診察に非常に多くの時間を要し、それに加えて歯科受診をすすめることは時間的に負担、というものであった。そのような課題を受けて、連携開始案として、1)もの忘れセンター初診時の問診票に「かかりつけ歯科 有・無」の項目を入れる、2)歯科受診のすすめとして、もの忘れセンターでパンフレット（図1）を配布、設置する、3)「歯科もの忘れセンター連携枠」という予約枠を新たに作成し、希望者自身で歯科受診予約をとってもらい、という現実的な連携案を歯科側から提示した。以上のもの忘れセンタースタッフの負担に配慮した提案はもの忘れセンター長と医師たちに受け入れられ、もの忘れセンターと歯科との連携が開始されることとなった。

連携の開始に伴い、これまでは歯科関係者が参加していなかったもの忘れセンター運営会議に歯科代表者の参画が認められた。医師や看護師、臨床心理士、作業療法士、医療事務員等が集うもの忘れセンター運営会議に当科代表者が参加し、今後具体的な連携を始めていく予定である。

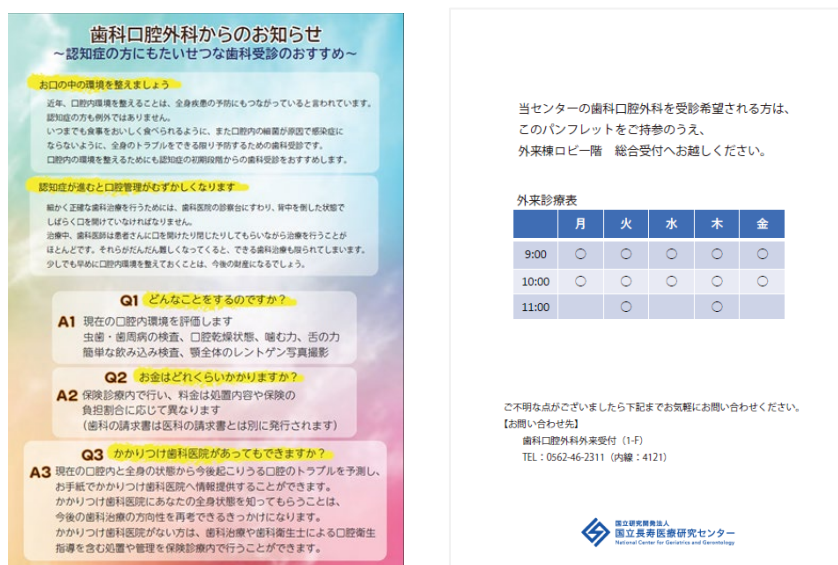


図1 歯科口腔外科からのパンフレット 表面・裏面

(4) 活動内容・成果

【症例 1】

70 歳、男性。

- 主訴

前歯がぐらぐらします。

- 現病歴

(家族からの聴取) 数ヶ月前に上顎前歯が動揺するとの訴えがあった。
その後、訴えがなくなったので放置していた。

- 身長・体重

151.3cm, 52.8kg

- 認知症診断名

アルツハイマー型認知症 (診断 2010 年)

- 既往歴

なし

- 内服

なし

- 居住環境

妻、長女と同居

- 直近の神経心理学的検査 (2018 年)

Mini-Mental State Examination (MMSE) : 18 点/30 点 (時間の見当識・4 点、場所の見当識
・2 点、遅延再生・3 点、3 段階の口頭命令・2 点、図形模写・1 点)

Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) : 22.4 点/70 点

レーヴン色彩マトリックス検査 (RCPM) : 28 点/36 点

前頭葉機能検査 Frontal Assessment Battery (FAB) : 11 点/18 点

バレー徴候 : 上肢 (-)、下肢 (-)

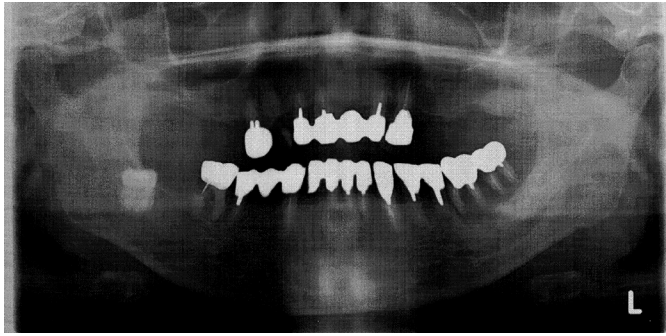
- 紹介経緯

もの忘れセンターの認知症専門医による問診で 10 年近くかかりつけ歯科を受診していなかったことが判明した。口腔に関するエピソードを家族に確認したところ、以前に本人から上顎前歯の動揺の訴えがあったが、その後放置していた、とのことだった。口腔内の精査および口腔衛生管理を目的として当科初診となった。

- 口腔内所見

全顎的にプラークが多量に付着しており、歯肉腫脹を認めた。上下顎臼歯部には歯頸部う蝕が認められた。3^上 歯冠破折。6 遠心歯頸部二次う蝕、動揺度 2 度。 67 根尖部透過像を認める。

- オルソパントモグラフ



- 口腔機能検査（カッコ内は基準値）

口腔粘膜湿潤度：30.0、30.8、31.0（27 未満）

TCI（Tongue Coating Index）：16.6%（50%以上）

舌圧：23.1kPa、21.5kPa、19.9kPa（30kPa 未満）

*舌圧検査の手技を理解できていない様子だった。ミラーを舌で押し返す力は弱かった。

咬合圧（口腔機能モニター Oramo-bf）：96N

*6ヶ月の動揺（動揺度2度）をかばい、強く噛めていない可能性があった。

咀嚼能力（色変わりガム）：スコア3

細菌カウンター： 2.27×10^7 （レベル5）

判定：舌の運動機能と咬合力の低下を認め、口腔内細菌数も多いことが示された。

指導：日々のブラッシングはセルフケアのみであったとのこと。セルフケアだけで口腔衛生状態を維持することは困難であることを家族に説明した。本人によるセルフケアに加えて、患者の自尊心を尊重しつつ、家族による介助ブラッシングを行うことを勧めた。また全顎的にう蝕や歯周病が認められることから、かかりつけ歯科の受診再開または当科での歯科治療開始を勧めた。口腔機能に関しては舌圧の低下が疑われたため、家庭内での会話の頻度を上げることから始めるように指示した。

- 経過

硬膜下血腫により他院に入院となり、現在もの忘れセンターと当科の受診が途絶えている。次回受診予定日にかかりつけ歯科の受診の有無を聴取し、口腔内環境の再評価を実施する予定である。今後はかかりつけ歯科の歯科医師、もの忘れセンターの認知症専門医と連携をとりつつ、本人の理解力、予備力を押し量りながらセルフケア、口腔ケアのしやすさを重視した歯科治療と口腔衛生管理を中心とした対応を行っていく。

- 考察・課題

10年以上にわたりかかりつけ歯科の受診が途絶えていた症例である。本人からの疼痛の訴えがないことから、家族やケアスタッフも口腔内環境の悪化に気づくことができていなかった。認知症の進行によりセルフケア能力が徐々に低下していったと考えられ、重度の二次う蝕や歯周病が散見された。認知症の初期段階から歯科医療とのつながりを保てていれば、見当識などが維持された状態で歯科治療に臨むことができ、その後の口腔衛生状態の悪化も緩やかにできた可能性がある。

【症例 2】

70 歳、男性。

- 主訴

口腔機能検査希望

- 身長・体重

160.3cm, 62.9kg

- 嗜好

酒、たばこ共になし

- 既往歴

高コレステロール血症、高血圧、緑内障、腰痛、足関節骨折（金属あり）

- 内服

ノルバスク 5mg、キサラタン点眼、サンコバ点眼

- 居住環境

妻、長女と同居

- 神経心理学的検査

（2022 年 10 月）

眼球運動:intact、顔面運動:intact、構音障害なし、上肢 Barre:-/+、指鼻試験:intact、筋拘縮:
なし、歩行:Normal、狐の形:±（左手が間違い）、ハトの形:OK、歯磨きのまね:OK、左右失
認:なし、線分二等分試験:midline

（2022 年 12 月）

MMSE : 26/30(時間-1, 場所-2, 遅延-1)、想起 : 5/5、ADAS : 9/70、RCPM : 32/36、

FAB : 12/18、順唱:6、逆唱:3、倫理的記憶 I :18(42percentile)、倫理的記憶

II:16(63percentile)、脳血流シンチ:側頭頭頂葉、後頭葉外側に右側優位の血流低下。後頭葉
内側に左側優位の軽度血流低下。血液検査:ビタミン B12 の軽度低下 228pg/ml(233-914)、
心電図:洞調律 HR50 回/分、脳波:左正中を中心に spike を認める。GDS 2/15

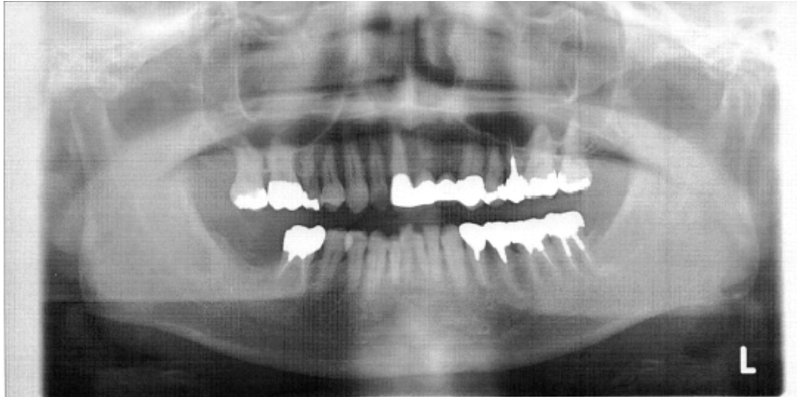
- 診断

てんかんの可能性（2023 年 1 月）

- 紹介経緯

コグニ倶楽部（市と当センター主催の健康増進教室）にて記憶力、注意力が低かったことを
指摘され、心配になり国立長寿医療研究センターもの忘れセンター受診した。鍵をどこに置
いたか忘れていたりするもの忘れは時々あり、昔から何回も同じことを聞くとと言われることがあ
った。日常生活はすべて自身で出来ている。家族からは自分の計画がうまく立てられなかつ
たり、用事があるのに忘れてしまうことがある、という訴えがあった。もの忘れセンター受
診時に主治医より歯科での口腔内チェックと口腔機能検査の提案をしたところ、希望があり
後日歯科受診の運びとなった。歯科初診時にパントモグラフ撮影、口腔内診査、口腔機能検
査を実施することとなった。

- 口腔内所見
清掃状態は歯間部にプラーク付着認めるが概ね良好。7 は欠損しているが欠損補綴はしていない。明らかなう蝕・根尖病巣は認めない。
- オルソパントモグラフィ



- 口腔機能検査
口腔水分量：29.4、29.7、29.5
TCI (Tongue Coating Index)：50%
舌圧：29.1kPa、32.6kPa、29.6kPa
咬合圧：724N
咀嚼能力(グルコセンサー検査)：278mg/dL
舌口唇運動機能：「パ」 6.2 回/秒、「タ」 6.6 回/秒、「カ」 6.2 回/秒
EAT-10：0 点
RSST：7 回
細菌カウンター： 1.87×10^7 (レベル 5)

判定：口腔機能低下は認めない。

指導：口腔機能の低下によるトラブルを説明した。また口腔機能を維持するため口腔体操の励行や定期的な歯科受診の必要性について説明を行った。

- 経過
普段の歯科メンテナンスはかかりつけ歯科にて行っていることから、今回のもの忘れセンター受診から口腔機能検査実施までの流れと口腔機能検査結果を診療情報提供書の作成をし、かかりつけ歯科に患者情報の共有を図った。また健康意識が高く口腔機能についても意欲的な患者であったことから、口腔機能の変化を計測するため、当科の受診予約を半年後に取得し、今後も経過を追っていくこととなった。また、もの忘れセンターからはてんかんの疑いに関する精査を目的にてんかんセンターへ紹介がなされ、少量の抗てんかん薬（ビムバット 50mg 1日2回朝夕）から内服開始となった。また車の運転は控えるように指示があった。今後もてんかんセンターにて経過を追っていく予定となり、当科と併診予定である。

- 考察・課題

本症例は、認知機能の低下を指摘されたことを契機にしたもの忘れセンター受診であったが、結果的に認知症の鑑別診断のための一連の検査からてんかんが診断された症例である。もの忘れセンターからの紹介であっても認知症でない可能性があること、また認知症ではない疾患であっても今後の機能低下や薬剤性歯肉炎の発症の可能性など継続的な口腔管理の必要性があることを改めて認識する症例であった。

【振り返り】

トライアルとして実施した2症例を通して、口腔内診査、口腔機能検査の実施に際しては人的・時間的負担も課題となった。今後、紹介患者が増加した場合、実施の効率化、人員配置が必要と考えられた。

(5) 病院歯科としての役割・貢献

国立長寿医療研究センターは認知症疾患医療センターを持つ一般病院である。全国的には、認知症疾患医療センターの指定を受けている病院のうち、歯科または歯科口腔外科がある病院は半数以下である。今回の取り組みは認知症疾患医療センターと歯科、その両方をもつ病院であるからこそ実現できた取り組みである。

一般的に病院歯科では、口腔外科疾患や認知症以外のいわゆる有病者の歯科疾患については病診連携、後方支援など地域との連携が盛んになされている。しかしながら認知症患者に関しては、対応に時間がかかる、対応できる人がいない、などを理由に診療を行っていない病院歯科も少なくない。それぞれの病院歯科に地域で果たすべき病院機能があり、一概にすべての病院歯科が認知症患者を受け入れるべき、とは言い切れない。

一方で、認知症疾患医療センターは認知症の鑑別診断だけでなく診断後の初期支援や地域連携拠点機能を担っており、鑑別診断目的に受診する患者には、認知症初期で通常歯科対応が可能な者も多く含まれている。認知症初期段階の生活の混乱に関連する支援ニーズは多岐にわたるが、その時点で口腔内が無症状である多くのケースで歯科ニーズが顕在化されにくい点は、当センターにおいてももの忘れセンター医師との相談で指摘されたとおりである。認知症が進行する前から継続的な歯科との関りが必要であることは、認知症施策推進大綱にも書かれている通りである。

したがって、認知症疾患医療センター、歯科がともに存在する一般病院の歯科においては、地域の歯科医院へ情報をつなぐコネクションの役割を担い、認知症の容態の変化に応じて、切れ目なく、口腔健康管理が実施できるように、認知症患者の口腔管理のハブとしての役割を果たすべきではないだろうか。そのためには、まず歯科、認知症疾患医療センターがともに存在する病院の歯科が現在どのような連携をしているか、認知症患者をどの程度診療できるマンパワー、キャパシティがあるかを調査する必要があると思われる。その上でそれぞれの地域に合った連携システムを構築する必要があるのではないだろうか。

(6) 課題と今後の展開

今回、我々は地域で実施できる認知症患者のための医科歯科連携システムを構築することを目的とし、同一病院内の認知症疾患医療センターと歯科との連携を開始した。連携のトライアルにより、医師側からのコンサルトの難しさや人的・時間的負担についての課題が浮き彫りとなった。この試みによって、同一病院内であっても認知症患者に関する医科歯科連携は容易でないことが明らかとなった。認知症患者にシームレスな歯科医療を提供するためには、診断後支援の段階から歯科関係者が関わることが不可欠である。認知症疾患医療センターから地域の歯科医院へ情報をつなぐコネクションとなり、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく、その時の容態に応じた口腔健康管理が実施可能となるシステムを構築するため、もの忘れセンター運営会議で顔が見える関係を作りつつ課題をひとつひとつ解決し、認知症患者に真に寄り添ったシステムを組み立てていきたい。

4. モデル事例③：香川県西部

認知症診療を担う病院を中心とした歯科医療提供体制構築を目的とした 機能的な医科歯科連携体制の構築

(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	119,295 人（令和 2 年 10 月 1 日現在、国勢調査）
うち 65 歳以上 高齢者人口	42,199 人（構成比 35.4%）（令和 2 年 10 月 1 日現在、国勢調査）
市内の認知症疾患 医療センター	西香川病院
市内の認知症 サポート医等数	もの忘れ相談医等 6 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 47 件

(2) 事例の概要

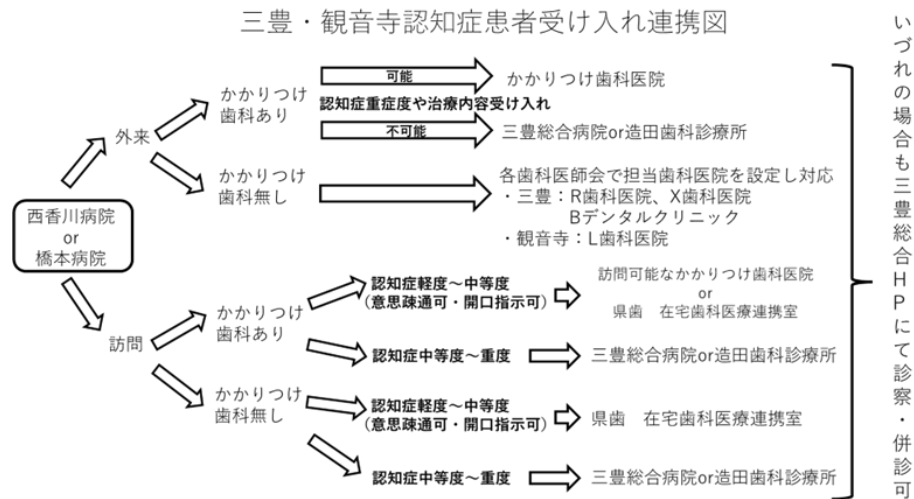
当地域の認知症診療を担う主な病院として、認知症疾患医療センターが併設される三豊市立西香川病院と橋本病院があり、本モデル事業ではこの 2 病院を中心に歯科医療提供体制構築を目的とした機能的な医科歯科連携体制の構築を目的としたモデル事業を令和 3 年度から実施した。西香川病院は、高齢者に対する慢性期の医療や介護、リハビリテーションに重点を置いて運営されており、精神科療養病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病床さらにデイサービスも運営している。西香川病院は歯科標榜科が無いが、地域基幹病院である三豊総合病院当院から訪問歯科診療、訪問口腔ケアを行っており、地域の歯科医師会と連携しながら回復期病棟入院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。一方で、認知症に特化した連携はなされておらず、モデル事業実施前は、西香川病院の精神科外来患者で歯科治療ニーズが有りながら受診出来ないケースが有ることの報告を受けていた。また認知症主治医に相談しても歯科治療ニーズの情報提供が不十分なこともあり、かかりつけの歯科への受診勧奨のみに止まっているのが現状であった。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すために、地域歯科医師会と連携し、①認知症歯科治療連携フロー作成、②地域認知症対応歯科医療機関リスト作成、③認知症歯科治療医科歯科連携ツール作成（歯科紹介状フォーマット（精神科から）など）を、モデル事業を通じ行った。医療法人社団和風会橋本病院は認知症治療病棟、回復期リハビリテーション病棟を運営している。橋本病院にも歯科標榜科がなく、まんのう町国保造田歯科診療所から週 1 回歯科訪問診療で歯科治療ニーズに対応していた。令和 4 年度からは、歯科衛生士 3 人が採用され、病棟に配置されている。病棟配置された歯科衛生士によるニーズを把握と訪問歯科との情報共有のシステムづくり、さらに病院歯科口腔外科との連携を本モデル事業を通じ行った。

(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以前から周術期口腔機能管理連携体制の構築を行っていた。本連携は病院周術期担当科などとの連携（医科歯科連携）が含まれていたため、今回は本連携構築の経験を活かし、認知症に焦点化した精神科を軸とした地域連携体制の構築を目指した。令和3年度は、三豊総合病院歯科口腔外科（後藤医長）、まんのう町国民健康保険造田歯科診療所（木村所長）、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、さらに香川県歯科医師会高齢者歯科保健担当理事などにより、本モデル事業を実施した。

① 三豊・観音寺認知症患者歯科治療受け入れ連携（認知症歯科治療連携）フロー案作成

本地域の認知症歯科連携体制検討の初動として、地域の医療インフラレーションなども参考に知症患者歯科治療受け入れ連携フロー案の作成を行った。事前の西香川病院などからの聞き取りから、外来・訪問診療の2通りの対応が必要と判断した。また、基本的な方針としては、かかりつけ歯科が可能な範囲で対応し、対応困難なケースは後方支援病院である三豊総合病院歯科口腔外科で対応することとした。かかりつけ歯科を持たないケースは各地区（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。



図表1 フロー試案作成

② 地域認知症対応歯科医療機関リスト作成

認知症歯科治療連携フローで、かかりつけ歯科を持たないケースへの対応が課題となり、協議の結果、地域認知症対応歯科医療機関リストの作成を行うこととなった。リスト作成の基礎情報収集目的に、地域歯科医師会所属歯科医院を対象に、本モデル事業説明および認知症受け入れに関するアンケート郵送調査を行った。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。以上の情報を基に認知症対応可能なレベル（認知症重症度など）をまとめたリストを作成し、歯科治療に関する紹介する際の参考資料として西香川病院精神科担当医師へ提供した。

三豊・観音寺市 認知症患者の歯科治療受け入れリスト											
市	歯科医院名	認知症対応研修 受講スタッフ	待ち時間調整	スロープ	訪問診療 での対応	かかりつけ 認知症軽度	かかりつけ 認知症中等	かかりつけ 認知症重度	かかりつけで無い 軽度	かかりつけで無い 中重度	かかりつけで無い 重度
観音寺市	三豊総合病院	いる	事前に聞いていれば可能	あり	可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能
観音寺市	A歯科クリニック	いる	事前に聞いていれば可能	あり	可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能
観音寺市	Bデンタルクリニック	いる	事前に聞いていれば可能	あり	可能	治療可能	治療可能	口腔ケアのみ	治療可能	口腔ケアのみ	口腔ケアのみ
観音寺市	C歯科クリニック	いる	事前に聞いていれば可能	あり	不可能	治療可能	治療可能	口腔ケアのみ	対応不可	治療可能	口腔ケアのみ
観音寺市	D歯科医院	いる	事前に聞いていれば可能	あり	不可能	治療可能	治療可能	対応不可	治療可能	対応不可	対応不可
観音寺市	E歯科医院	いない	事前に聞いていれば可能	あり	応相談	治療可能	治療可能	治療可能	口腔ケアのみ	口腔ケアのみ	口腔ケアのみ
観音寺市	F歯科医院	いる	事前に聞いていれば可能	あり	不可能	治療可能	治療可能	口腔ケアのみ	治療可能	治療可能	口腔ケアのみ
観音寺市	G歯科医院	いない	事前に聞いていれば可能	なし	可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能
観音寺市	H歯科医院	いない	事前に聞いていれば可能	あり	不可能	治療可能	口腔ケアのみ	対応不可	口腔ケアのみ	対応不可	対応不可
観音寺市	I歯科医院	いない	事前に聞いていれば可能	あり	可能	治療可能	治療可能	口腔ケアのみ	治療可能	治療可能	口腔ケアのみ
観音寺市	J歯科クリニック	いる	事前に聞いていれば可能	なし	可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能
観音寺市	K歯科	いない	事前に聞いていれば可能	あり	可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能
観音寺市	L歯科医院	いない	事前に聞いていれば可能	あり	不可能	治療可能	治療可能	対応不可	治療可能	治療可能	対応不可
観音寺市	M歯科医院	いない	事前に聞いていれば可能	なし	可能	口腔ケアのみ	治療可能	口腔ケアのみ	口腔ケアのみ	口腔ケアのみ	口腔ケアのみ
観音寺市	N歯科医院	いない	事前に聞いていれば可能	なし	不可能	治療可能	口腔ケアのみ	対応不可	治療可能	口腔ケアのみ	対応不可
観音寺市	O歯科クリニック	いない	事前に聞いていれば可能	あり	不可能	治療可能	口腔ケアのみ	口腔ケアのみ	治療可能	口腔ケアのみ	口腔ケアのみ
観音寺市	P歯科医院	いない	事前に聞いていれば可能	あり	不可能	治療可能	口腔ケアのみ	対応不可	口腔ケアのみ	対応不可	口腔ケアのみ
三豊市	Q歯科医院	いる	事前に聞いていれば可能	あり	可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能
三豊市	R歯科医院	いない	事前に聞いていれば可能	なし	可能	治療可能	対応不可	治療可能	治療可能	対応不可	対応不可
三豊市	S歯科医院	いる	事前に聞いていれば可能	あり	可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能
三豊市	T歯科医院	いる	事前に聞いていれば可能	あり	不可能	治療可能	治療可能	口腔ケアのみ	口腔ケアのみ	対応不可	対応不可
三豊市	U歯科医院	いる	事前に聞いていれば可能	あり	可能	治療可能	口腔ケアのみ	対応不可	治療可能	口腔ケアのみ	対応不可
三豊市	V歯科クリニック	いない	調整困難	あり	不可能	治療可能	治療可能	口腔ケアのみ	治療可能	治療可能	口腔ケアのみ
三豊市	W歯科医院	いる	事前に聞いていれば可能	なし	可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	対応不可
三豊市	X歯科医院	いる	事前に聞いていれば可能	あり	可能	治療可能	治療可能	口腔ケアのみ	治療可能	治療可能	口腔ケアのみ
三豊市	Y歯科医院	いない	事前に聞いていれば可能	あり	不可能	治療可能	対応不可	対応不可	対応不可	対応不可	対応不可
三豊市	Z歯科医院	いる	事前に聞いていれば可能	あり	可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能
三豊市	AA歯科医院	いない	事前に聞いていれば可能	あり	可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	対応不可	対応不可
三豊市	AB歯科医院	いない	事前に聞いていれば可能	あり	可能	治療可能	対応不可	対応不可	治療可能	対応不可	対応不可
三豊市	AC歯科医院	いない	調整困難	なし	不可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能

図表 2 地域認知症対応歯科医療機関リスト

③ 認知症診療を担う病院特性を踏まえた認知症歯科連携体制の検討

当地域の認知症診療を担う主な病院として、西香川病院と橋本病院があるが、2つの病院は歯科専門職勤務状況の違いがあり、橋本病院は歯科衛生士が勤務している。そこで、本モデル事業では、歯科専門職（歯科衛生士）勤務の有無（無：西香川病院、有：橋本病院）別に、認知症の歯科連携に関する検討を試みた。

1) 歯科専門職勤務無：西香川病院

・認知症の人を対象とした歯科対応ニーズ実態把握アンケートの作成

西香川病院は一般社団法人 三豊・観音寺医師会により運営されている公立病院で、高齢者に対する慢性期の医療や介護、リハビリテーションに重点を置いている。特に増加著しい認知症に対し、どうすればより良いケアを提供できるかを精神科医師であり院長である大塚医師を中心に取り組み、香川県西部を担当する認知症疾患医療センターとして地域医療を担っている。

当地域の認知症患者に対する医療は西香川病院を中心に行われているが、歯科医療については連携体制の構築が行われていなかった。また、西香川病院では歯科専門職が在籍しておらず、入院患者で歯科治療・口腔衛生管理のニーズが発生したときは歯科医師会と連携し訪問歯科診療にて対応していた。そんななか昨年度、三豊市歯科医師会・観音寺市歯科医師会を中心とし認知症になっても地域で歯科医療を受け入れるようにするための体制づくりに取り組み、西香川病院で歯科治療ニーズが発生した時の歯科医院の受け入れ態勢の構築を行った。

今年度は西香川病院に併設する認知症患者を受け入れている認知症デイケアの利用者の家族に対して、歯科治療ニーズの実態把握を目的としたアンケート調査を行った。調査はデイケアを木曜日に利用している利用者に対して実施した。また、そこで歯科治療の希望があった利用者に対して診察を行い、治療が必要なケースについては受け入れ連携フローの試案・リストに従い紹介を行った。

～お口のトラブルに関するアンケートのお願い～

三豊総合病院 歯科保健センター
後藤拓朗

現在当院では認知症があっても、お口の健康を維持しトラブル無く過ごせるための活動をしております。

- ・歯が痛そうにしているけど、認知症があっても歯医者に診てもらえるのだろうか。
- ・口を満足に開けてくれないけど、診てもらえるのだろうか。
- ・口が臭うけど、どうしたらよいかわからない

こんなお悩みはありませんか？そのようなトラブルに対し、地域の歯科医院の先生と協力して対応していけるようにしています。困ったことがあれば、何なりとご相談ください。

簡単なアンケートを実施しています。お手数ですが、ご協力をお願いいたします。

①現在、虫歯や口の痛み、入れ歯が壊れているなど、お口の中で問題がありますか。
は い ・ いいえ

②かかりつけの歯医者はありますか。またどちらの歯科医院ですか。
あ る ・ な い

歯科医院名 _____

③以前は（現在も）定期的に歯の掃除に行っていましたか。
は い ・ いいえ

④今後歯科医院を受診するとなったときに、ご家族の方などの付き添いは可能ですか。
は い ・ いいえ

⑤歯科受診を希望されますか。
は い ・ いいえ

図表 3 アンケート用紙

アンケートは利用者の 9 割にあたる 37 名から回収した。そのうち、歯科治療の希望は約 4 割（16 名）であったが、口腔内に問題があるかの設問に対しては、問題を把握しているのが 10 名であり、その他は問題を把握していないが診察を希望するケースがみられた。これは具体的な問題点は把握していないが、口腔清掃状態が不良であり口腔内に問題がありそうだと認知症患者の家族が感じていた結果と推察される結果であった。

R4年度 認知症 デイ参加者 歯科アンケート			
アンケート回収数：37枚			
1.現在虫歯や口の痛み、入れ歯が壊れているなど、お口の問題がありますか。			
はい	10		
いいえ	27		
2.かかりつけの歯医者はありますか。			
はい	30		
いいえ	7		
3.以前は（現在も）定期的に歯の掃除に行っていましたか。			
はい	7		
いいえ	30		
4.今後歯科医院を受診するとなったときに、ご家族の方などの付き添いは可能ですか。			
はい	27		
いいえ	10		
5.歯科受診を希望されますか。			
はい	16		
いいえ	21		

図表 4 アンケート結果

2) 歯科専門職勤務有り：橋本病院

橋本病院は 156 病床で認知症治療病棟（約 60 人）・回復期リハビリテーション病棟（約 89 人）を運営している。外来の診療科目は内科、外科、整形外科、泌尿器科、心療内科、精神科、放射線科、リウマチ科、リハビリテーション科である。また、関連施設として通所リハビリテーションセンター、訪問リハビリテーションセンター、指定居宅介護支援事業所、特別養護老人ホーム、ケアハウスを運営している。当該医療法人の橋本康子理事長は現在、日本慢性期医療協会の会長をされている。

令和 3 年度までは、認知症治療病棟及び回復期リハビリテーション病棟の入院患者の歯科治療ニーズに対しては、まんのう町国保造田歯科診療所から週 1 回の歯科訪問診療で対応していた。回復期リハビリテーション病棟入院患者は、ほとんどが高齢者で認知症と診断された患者も多く、回復期リハビリテーション治療終了後に認知症治療病棟に転院となるケースも少なくない。歯科治療ニーズに関しては歯科担当病棟看護師が入院患者の歯科治療ニーズを聴取し、訪問日前に FAX により歯科診療依頼の情報を送付していた。入院患者の口腔ケアに関しては、主に言語聴覚士が担当しており、言語聴覚士本来の業務に支障があるうえに、口腔衛生管理が十分できていないことから、看護師長から歯科訪問診療を実施している、まんのう町造田歯科診療所に相談があり、最終的に歯科衛生士を採用し病棟配置することになった。

令和 4 年度からは歯科衛生士が 3 人採用されることになり、歯科治療ニーズは病棟配置された歯科衛生士が把握し、歯科訪問診療前に歯科医師に連絡調整する流れとした。このシステムに変更することにより、歯科治療ニーズが適切に把握できるようになった。さらに、義歯調整後のフォローや抜歯後の経過など、歯科診療後の経過観察も歯科衛生士が担当することになり歯科治療依頼は減少した。歯科訪問診療では対応が困難なケースについて、後方支援病院である三豊総合病院歯科口腔外科に紹介する流れもスムーズとなった。

認知症患者の歯科医療提供体制に関する今後の課題としては、認知症病棟、回復期リハビリテーション病棟認知症患者が退院後にかかりつけ歯科医に引き継ぐ歯科連携対応の流れを病棟配置された歯科衛生士が構築することである。さらに、病棟スタッフへのアンケート調査では、「今後、歯科衛生士へ期待すること」について、患者の個別的な歯科的注意点を記載し情報共有すること、栄養や認知の評価を一緒にしてほしいとのことであった。

(4) 活動内容・成果

本モデル事業は先に提示した認知症歯科治療連携フローを基に実施した。モデル事業で実際にフローに沿って連携した症例をピックアップし以下に示す。

【症例 1】

認知症歯科治療連携フローを活用した連携事例

本事例は認知症歯科治療連携フローの西香川病院から、かかりつけ歯科医院である A 歯科医院へ認知症の情報を提供し連携した事例である。

90 歳代女性、アルツハイマー型認知症及び大腿骨転子部骨折の既往あり。

西香川病院精神科受診時に下顎総義歯が浮き上がり食事が十分に食べられないことを訴えた。

そこで同席した精神保健福祉士がかかりつけ歯科医院が A 歯科医院であることを家族より聴取し、認知症歯科治療連携フロー（前掲）および受け入れリスト（前掲）にて A 歯科医院が認知症患者の受け入れを行っていることを確認した。

受け入れ条件に合致したため精神科主治医より A 歯科医院宛に紹介状を作製、その後かかりつけ歯科医院を受診し義歯調整が行われた。受診の際、予約の電話をして認知症患者であり長い時間待てないこと等患者情報を伝え、待ち時間が少なくなるようになどの受け入れ態勢調整できたため、診療もスムーズに実施することが出来た。

【症例 2】

三豊システムで地域基幹病院歯科口腔外科へ紹介となった習慣性顎関節脱臼症例

本事例は認知症歯科治療連携フロー（前掲）の橋本病院から、かかりつけ歯科医院が無く、歯科専門職（歯科衛生士）からの歯科関連情報を踏まえ、認知症の情報も含め地域後方支援病院である三豊総合病院歯科口腔外科へ紹介となった症例である。

80 歳代男性、心原性脳塞栓症。脳梗塞後遺症、脳血管性認知症の既往あり。

橋本病院入院中、右側顎関節脱臼があり、歯科衛生士の情報提供により、まんのう町国保造田歯科診療所からの歯科訪問診療にて徒手整復した。その後、再発を防止するため「あごバンテージ®」を装着し開口制限するように指示していたが、認知症により自身で外してしまうため、再脱臼、整復を繰り返していた。

橋本病院及びまんのう町国保造田歯科診療所より地域基幹後方支援病院の三豊総合病院歯科口腔外科に紹介したところ、いったん頸椎カラー装着を指示され、顎関節腔への自己静脈血注入療法について検討することになった。橋本病院主治医と三豊総合病院歯科口腔外科主治医が連携し、抗凝固剤エリキュース®を休薬して顎関節腔への自己静脈血注入療法を施行し、経過良好となった。

(5) 歯科医師会・歯科診療所としての役割・貢献

昨年度事業（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」）により、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、認知症診療を担う病院には歯科標榜科を有しておらず、認知症診療において医科歯科連携体制はほとんど機能していなかった。在宅や施設において、歯科治療に関する相談が認知症疾患医療センターに持ち込まれたとしても、歯科は専門外であり、適切な歯科医療機関を選択し、歯科受診を勧奨することができなかった。しかし、昨年度事業であった地域歯科医師会の会員に対するアンケート調査により、認知症の程度に応じた各歯科医療機関の診療機能をグレーディングする歯科診療の認知症連携リストの作成がなされた。このことにより医科、歯科ともに認知症患者の歯科治療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。

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これまでも連携を趣旨とした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

本事業で認知症連携リストの作成を行い、円滑な連携をし得た事例があった。新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響もあり、その十分な検証は行えていないものの、西香川病院 PSW からリストを参考に直接歯科受診コーディネートを行うことも提案され、作成した認知症対応歯科医療機関資源マップの活用法に関しては、今後も活用の広がりが期待され継続的に検討する予定である。さらに連携において問題となった点、問題事例等の検証を行い、リストの改編や円滑な連携を行うために改変を行っていく予定である。

本モデル事業では、認知症診療を担う地域主要病院である西香川病院、橋本病院を対象に連携システムを構築した。これらの病院の認知症患者の歯科診療については、今回考案したシステムは十分機能してないことは否めないが、医科、歯科ともに認知症に関する歯科連携の重要性の認識が高まったことは間違いない。一方で地域の認知症対応は、認知症専門医療機関を経由せずにかかりつけ医療機関で対応しているケースも多い。もともと本事業の対象地域では医科歯科連携が強く、合同懇談会や研修会が定期的で開催されている。今後、本事業をきっかけとして、西香川病院で構築したシステムを参考に、医師会と歯科医師会と連携して必要に応じてスムーズに歯科治療が実施できるよう三豊観音寺地区における認知症治療に関する医科歯科連携システムに展

開すること協議されることが望まれる。また、連携がある程度行えるようになった段階で、既に地域に実装されている周術期口腔機能管理に関する連携と同様、県歯科医師会主導で県下全体の連携体制を構築することを模索したい。また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存在する。それらの病院に認知症歯科治療連携の後方支援病院となってもらい、周術期口腔機能管理連携と同様な制度が作ればと考えている。

5. モデル事例④：長崎県諫早市

認知症への偏見をなくす取り組みに歯科医師が参画し、関係職種の歯科への心理的障壁をなくす取り組みを行っているケース

(1) 地域の基本情報

地域	諫早市
区市町村人口	134,691 人（2023 年 1 月 1 日現在）
うち 65 歳以上 高齢者人口	41,575 人（構成比 30.9%） （諫早市住民基本台帳データ令和 5 年 1 月、諫早市ホームページ）
市内の認知症疾患 医療センター	JCHO 諫早総合病院（地域型認知症疾患医療センター）
市内の認知症 サポート医等数	もの忘れ相談医等 13 名 （長崎県ホームページより、令和 4 年 6 月 1 日時点認知症サポート医一覧 https://www.pref.nagasaki.jp/shared/uploads/2022/07/1656981936.pdf ）
同歯科診療所数	歯科医師会員診療所 50 件（中央地区 22 件、東部地区 6 件、西部地区 10 件、南部地区 7 件、北部地区 5 件）（諫早市歯科医師会ホームページ）

(2) 事例の概要

諫早市は長崎県のほぼ中央部に位置し、平成 17 年 3 月 1 日、1 市 5 町（諫早市、西彼杵郡多良見町、北高来郡森山町、同郡飯盛町、同郡高来町及び同郡小長井町）が合併して誕生した市である（図 1、2）。穀倉地帯であり県内の産業拠点にもなっている。

諫早市で認知症医療介護に関連する多職種の会議体は大きく 5 つの流れがあった。有志によってはじめられたもの、市の事業の発展、医療機関の事業などである、下記ではそれぞれの経過を簡単に示す。



図 1 引用：諫早市ホームページ市勢要覧

(https://www.city.isahaya.nagasaki.jp/wp-content/uploads/2013/11/i_map.pdf)

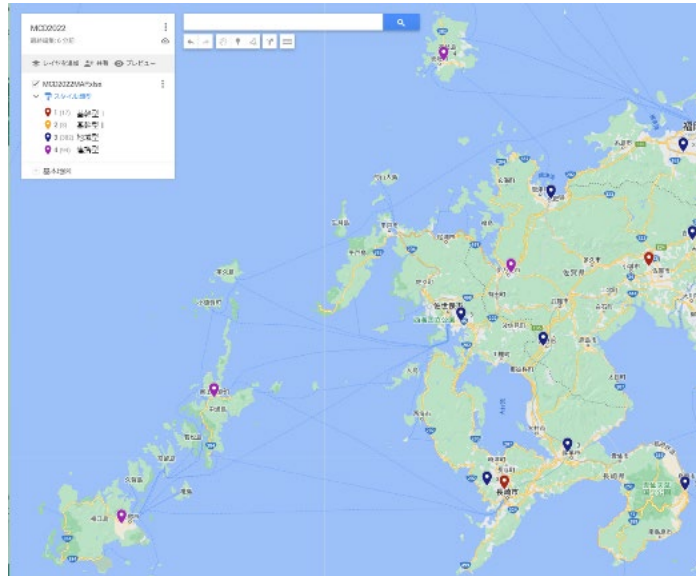


図2 資料：長崎県内認知症疾患医療センター

(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

i. 多職種によって行われる取り組み、歯科医師会の参画

① 諫早市在宅ケアサークル

諫早市在宅ケアサークルは、1994年（平成6年）有志で行なっていた活動に地域の医師会が参画して「諫早市在宅ケアサークル」と名称と改めて活動を行なっている。目的は、在宅に係る医療と介護関係者の連携推進、在宅ケアの知識や技術の向上で、運営は、地域で医療、介護に携わる有志による。

現在、分科会も含めると、世話人構成は、行政職員、医師、歯科医、薬剤師、看護師、リハ職、メディカルソーシャルワーカー、ケアマネジャー等さまざまな職種で構成され、地域の現状を鑑み、講演、研修会を企画し、2ヶ月に一回の例会、実技も含む勉強会を開催している。2006年、長崎大学医学部・歯学部病院の摂食嚥下外来の立ち上がりに合わせて、「口から食べる分科会」が発足し、世話人は看護師、管理栄養士、言語聴覚士、作業療法士、歯科衛生士、歯科医師等で構成され、年に4回の実技を中心とした経口摂取に関する勉強会を行っている。この会で歯科関係者が参加しやすくなり地域での顔の見える関係が築かれた。

② 諫早市認知症対策推進会議

諫早市事業の一環として、諫早市地域包括ケア推進課および関連多職種が地域包括ケアシステム構築を目的として実施する会議体である（図3、4）。事務局は、市の地域包括ケア推進課（健康福祉センター内）。歯科医師会は2013年から委員として参加している。個々の情報共有ツールの必要性から、認知症に備えて自分で書き込む「いさはやオレンジ手帳（図5）」の作成を開始し（2012年度）、利用者意見を取り入れ修正するなどして2013年度に完成した。行政機関及び介護サービス事業所や医療機関で配布され、また「書き方講習会」を老人クラブやサロン、市介護予防教室などで行い普及している。さらにこの認知症対策推進会議が主体となって、専門職や一般市民向けの認知症多職種協働研修会を2013年度より開始した。こうした協働の中で、家族も含めて認知症を発症した人の本人視

点を重視して情報共有するための「オレンジ連携シート（図6）」が作成された（2013年度）。個々人のケアパスと別に、市の認知症ケアパスは2014年から多職種参画で作成を開始し、さらに地域別認知症ケアパスの追加を2017年に行った。また先進地視察、認知症SOS模擬訓練、年2~3回の会議を開催するほか、住民および医療介護職の話し合いの場「オレンジにこここミーティング」を地域ごとに実施し認知症の人を包摂する地域づくりに取り組んだ。また多職種による地域ケア会議に歯科医師会員は事業として参加するようにしている（在宅歯科医療推進事業）。

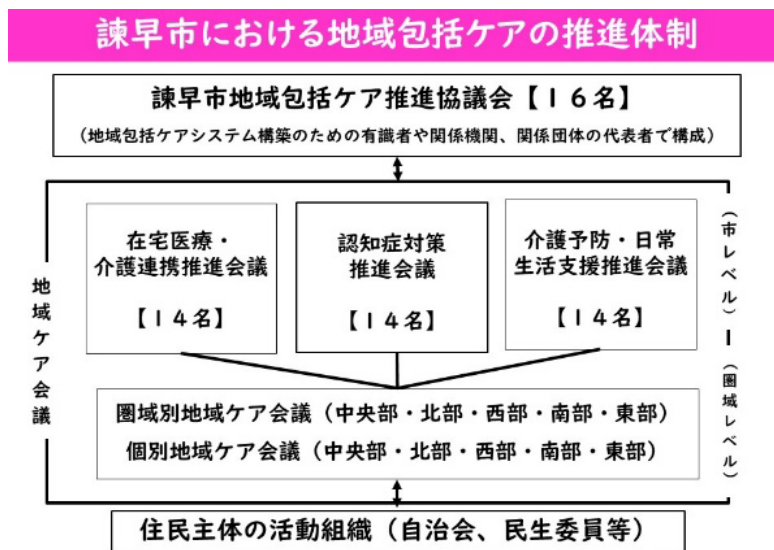


図3 地域包括ケア推進体制



図4 地域包括ケア推進体制における委員構成

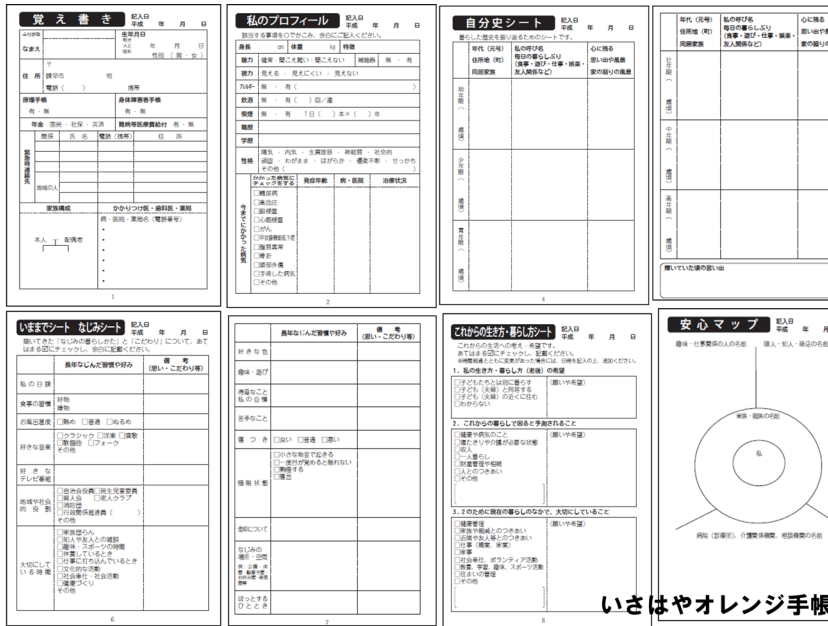


図5 いさはやオレンジ手帳

オレンジ連携シート

「馴染みのシート」になるために・・・

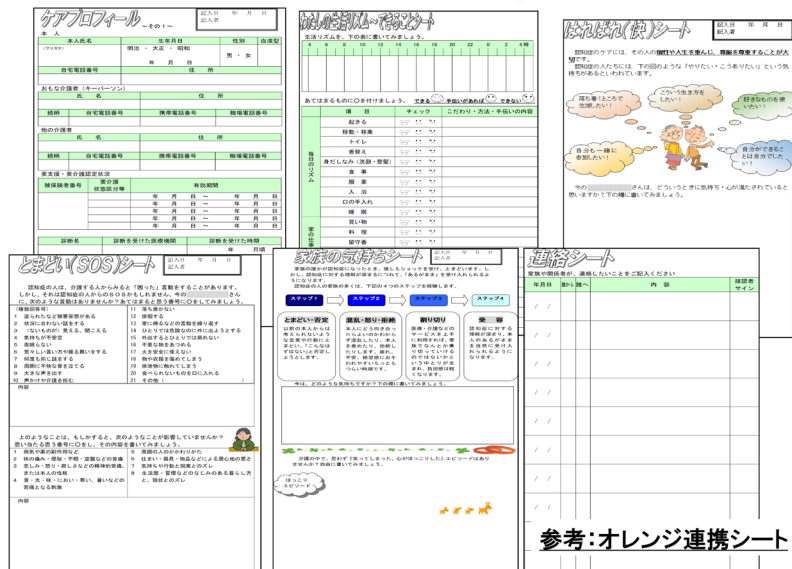


図6 オレンジ連携シート

③ 諫早医師会 在宅医療・介護連携支援センター、「かけはしいさはや」

諫早市の委託事業（諫早市在宅医療・介護連携支援センター運営事業）として諫早医師会が受託し、在宅医療・介護連携支援センターを、市の健康福祉センター内（包括と連携しやすいように包括の隣）に設置している。当センターは、在宅医療介護における連携推進と専門職教育、普及啓発の機能をもっており、市の在宅医療介護連携推進会議で在宅医療介護支援センター運営事業の報告が行われる。諫早医師会、諫早市歯科医師会、諫早市薬剤師会、諫早市在宅ケアサークル（上記①）が協力機関になっており、定期的な在宅歯

科医療の内容を含む、在宅医療介護に関係した内容の「在宅医療・介護関係者研修会」、住民向け研修会、お気軽座談会を開催している。かけはしいさはやホームページには、市内の訪問歯科・障害者歯科協力歯科医療機関リストも公開されており、リンクも順次更新されるようになっている。

④ 県央地域リハビリテーション広域支援センター

県事業として大村市医師会が委託を受け、長崎県県央地域リハビリテーション連絡協議会（事務局：長崎県県央保健所）と協働し、長崎県県央保健所管内2市3町における地域リハビリテーション支援体制を構築し、リハビリテーションに関する研修及び市町、関係機関、団体等への支援を行っている。リハビリテーション医療機関・施設及び歯科医療機関より構成され、大村東彼歯科医師会および諫早市歯科医師会内の診療所も参画している。急性期から回復期・維持期の切れ目のないリハビリテーション支援・連携を行うことを目的とした県央地域脳卒中地域連携パスも成立させ、リハビリ効果検証に関する勉強会を重ねた実績もある。長崎県県央地域リハビリテーション連絡協議会において筆者に「口腔の課題がどんなものか分からない」と問われた事を契機に（2014年）、県央地域リハビリテーション広域支援センター口腔機能向上部と広域支援センター協力施設の協働で作成したお口のミカタシート（図7）の作成・公開をしている。

The image shows a comprehensive 'Mikata Sheet' for oral care, divided into five main sections:

- 1 お口に関心を!** (Pay attention to your mouth!) - Explains that oral health is linked to overall health and quality of life. Includes an illustration of a person looking thoughtful.
- 2 のぞいてみよう** (Let's look inside) - Encourages using a mirror to check teeth and gums. Includes an illustration of a person using a mirror.
- 3 観察** (Observation) - Lists signs of oral issues like pain, swelling, and loose dentures. Includes an illustration of a person's mouth with various issues.
- 4 予後** (Prognosis) - Warns that oral issues can lead to serious conditions like pneumonia. Includes an illustration of a person coughing.
- 5 今後の流れ** (Future flow) - A flowchart showing the process from initial check to professional consultation. It lists contact information for the Nagasaki Prefectural Central Health Center and the Oomura City Dental Association.

Below these sections are several photographs of oral conditions with labels:

- むし歯** (Cavities): 痛みがないむし歯 (Painless cavity).
- 歯ぐきが腫れている** (Gum swelling).
- ブリッジが外れかけている** (Loose bridge).
- 歯ぐきの腫れ、出血** (Gum swelling and bleeding).
- 膿がでている** (Pus discharge).
- 差し歯がグラグラしている** (Loose implant).
- 入れ歯** (Dentures): 入れ歯があわない 入れ歯を使っていない (Dentures don't fit, not using them).
- 入れ歯を支える歯が腫れている** (Swollen supporting teeth for dentures).
- パネがこわれている** (Broken plate).
- 予後** (Prognosis): 咀嚼・嚥下障害により肺炎、低栄養、認知症の発症等の可能性あり (Risk of pneumonia, malnutrition, dementia due to chewing/swallowing disorders). 歯性感染症、上気道炎、心内膜炎等の可能性あり (Risk of dental infections, upper respiratory tract inflammation, endocarditis). 歯や入れ歯が脱臼や断裂して、事故や窒息する可能性あり (Risk of accidents or suffocation if teeth or dentures dislodge or break).

At the bottom, a red arrow indicates the progression of these conditions, with 'X' marks under the labels for 'むし歯', '歯ぐきが腫れている', 'ブリッジが外れかけている', '入れ歯', and '予後', and 'X X X' under '歯や入れ歯が脱臼や断裂して、事故や窒息する可能性あり'.

図7 お口のミカタシート
(<http://www.nagasaki.med.or.jp/oomura/img/okutinomikata.pdf>)

⑤ 諫早認知症疾患検討会

JCHO 諫早総合病院認知症疾患医療センターが主催し、1 回に症例検討と講演会、ディスカッションを中心として実施している。世話人には複数の医師、薬局薬剤師および歯科医師（筆者）が名を連ねている。内容は認知症の BPSD や併存する病態の困難例、多職種連携、家族を含めた生活支援、診断後支援、薬剤活用など多岐にわたり、これまで 30 回の開催をしている。歯科からは認知症の人に関する歯科との連携に関して講演し、主観的な本人の訴えに関しては長崎県歯科医師会チェックシート（図 8）の活用、客観的なアセスメントのために前述のお口のミカタシートの活用も勧めた。

●記入日/ 年 月 日 ●記入者/ ●備考 No. _____

お口のチェックシート

ご利用者名	生年月日 年 月 日 年齢	T・S	年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
担当 ケアマネジャー	所属: 氏名: 連絡先()			
かかりつけ医	基礎疾患			
	処方薬			
かかりつけ 歯科医	有・無・不明 (歯科医院:)	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問	最終受診月 月	次回予定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無



ステップ1 口腔ケアの必要性チェック

<input type="checkbox"/> 歯磨きがうまくできない <input type="checkbox"/> ぶくぶくうがいがかうまくできない <input type="checkbox"/> 入れ歯の清掃がうまくできない <input type="checkbox"/> 口が湿く <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 舌の色が気になる <input type="checkbox"/> 肺炎を繰り返している <input type="checkbox"/> 他に口で気になることがある ()	<input type="checkbox"/> 1 つでもチェックあり ▶口腔ケアの指導や紹介が必要 <input type="checkbox"/> すでに歯科医師または歯科衛生士が管理中 <input type="checkbox"/> 歯科医師の診察を希望 (通院または訪問) <input type="checkbox"/> 希望なし → 理由 _____ <input type="checkbox"/> チェックなし <input type="checkbox"/> ▶定期的な歯科医師または歯科衛生士の管理 <input type="checkbox"/> 有 , <input type="checkbox"/> 無
--	---

ステップ2 歯科受診の必要性チェック

<input type="checkbox"/> 口の中に痛いところや、しみるところがある <input type="checkbox"/> 歯が欠けたり、かぶせ物が取れたりしている <input type="checkbox"/> 歯が抜けたままになっている <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出たり、歯ぐきが腫れたりしている <input type="checkbox"/> 歯ぐきがぐらぐらしたり、浮いたような感じがする <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い、入れ歯が壊れている <input type="checkbox"/> 硬いものが食べにくい、食事に時間がかかる <input type="checkbox"/> 食べ物が飲み込みにくい、飲み込み後も口に残っている <input type="checkbox"/> 食事中にむせやすい、のどがゴロゴロいうことがある <input type="checkbox"/> 最近 体重が減ってきた (食べる量が減ってきた) <input type="checkbox"/> 歯がガラガラしていることが多くなった <input type="checkbox"/> 熱が良く出るようになった	<input type="checkbox"/> 1 つでもチェックあり ▶歯科受診を勧めてください <input type="checkbox"/> すでに歯科受診中または定期管理中 <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なしの理由 <input type="checkbox"/> 現状で支障がない <input type="checkbox"/> 痛い、痛そう <input type="checkbox"/> 歯磨き <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> チェックなし <input type="checkbox"/> ▶定期的な歯科健診の受診を勧めてください
---	--

訪問歯科診療のお申込みはこちらまで
 長崎県地域密着医療連携室
 Tel: 095-845-0553, Fax: 095-846-0175
 ↓インターネットによるお申込みも可能です！
 ◆長崎県デンタルネット◆ <http://www.nda.or.jp/dentalnet>
 詳細については、電話にてお尋ねいたします。
 また、本チェックシートのダウンロードもできます。

長崎県歯科医師会

図 8 長崎県歯科医師会のお口のチェックシート

(https://www.nda.or.jp/wp-content/uploads/2018/11/mouthcheck_omote.pdf)

ii. 歯科医師会に向けた取り組み

① 多職種による様々な会議体に参加困難な会員に対しての普及啓発教育

多職種連携を推進するにあたり、歯科医師・歯科衛生士の認知症に関する知識啓発の必要性が課題となり、前述の認知症対策推進会議における取組を歯科医師会員にむけて報告会（2016 年）、諫早市歯科医師会員及び歯科衛生士学校に対し、認知症の人の意思が尊重され、地域で自分らしく暮らすために歯科ができることに関する研修会（2018 年）を定期的に実施している。

② 認知症への偏見をなくす取り組みへの歯科医師会全体の参画推進

オレンジ手帳の配布事業を歯科医師会で実施していたが、さらにより広く住民に啓発するため、諫早市地域包括ケア推進課が普及啓発のために市報に掲載した認知症 4 コマ漫画といさはやオレンジガイド（簡易版諫早市認知症ケアパス）の配布ラック設置を歯科医師会員に呼びかけ、歯科医院が配布拠点になっている（2022 年、図 9）。認知症初期症状の気づき、初期支援だけでなく、認知症の人を包摂する地域づくりの拠点に歯科医院が協力できる仕組みを模索中である。



図9 いさはやオレンジガイドの設置イメージ

③ 地域ケア会議への歯科医師・歯科衛生士の積極的な参画の推進

諫早市歯科医師会の事業として諫早市の 5 包括の個別地域ケア会議に歯科医師の参加が開始されている。

(4) 活動内容・成果

【症例 1】

Y.H. 49歳男性（若年性アルツハイマー型認知症）

左下に違和感があるとのこと一人で来院、問診で、うつ病の加療中とのこと、口腔内の精査で臼歯の動揺が顕著で、保存不可と判断、患者へ抜歯と抜歯後の欠損補綴等を説明の上同意を得たため、抜歯を行い帰宅された。

後日、患者家族より連絡があり、患者は若年性アルツハイマー型認知症であること、本人には告知をしておらず、うつ病と思っておられるとのことだった。

諫早市の「オレンジ連携シート」（図 10）を持参いただき、若年性アルツハイマー病の診断を受けていること、医療機関、居宅介護支援事務所等の連絡先を確認、連絡を行った。

当時、MMSE 16点 ADAS 9.3点であった。また、患者の現在の生活リズム、できることシート等を確認し、声かけ等が必要であるが、ある程度自立で生活可能であることを確認し、今後の歯科治療は、本人は、一人で通院され、治療の内容、今後の予定は、家族へ、診療の度、ファックスにて連絡することとなった。治療は、抜歯窩の治癒を待ち、欠損補綴までトラブル無く終了した。

その後、数年定期検診等で受診され、治療を行っていたが、認知症の症状が進行し、日常生活では排泄の問題や、口腔では口臭がするとの訴えが多くなり、その度「オレンジ連携シート」に記載し連携を行っていたが、治療終了後、施設入所し、他界されたとお聞きした。シームレスな歯科治療を心がけ、もっと、家族へ寄り添ったケアが必要でなかったか？と思える症例であった。

わたしの生活リズム〜できることシート

記入日 [] 記入者 [] (義母)

生活リズムを、下の表に書いてみましょう。

4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4時
起床 床・服薬	トイレ 着替	朝食	昼食					夕食 服薬	入浴			

あてはまるものに○を付けましょう。できる😊 手伝いがあれば😇 できない😞

項目	チェック	こだわり・方法・手伝いの内容
毎日の生活リズム	起床	😊😊😊 早くても遅くも起きるから自分で起きる
	移動・移乗	😊😊😊 車・散歩・歩道・歩道・歩道
	トイレ	😊😊😊 トイレは自分で
	着替え	😊😊😊 着替は自分で
	身だしなみ (洗顔・髪髪)	😊😊😊 日中洗面・入浴後はバスタブに
	食事	😊😊😊 朝食・夕食は食欲旺盛
	服薬	😊😊😊 薬の服用は自分で
	入浴	😊😊😊 浴槽に入浴
口の手入れ	😊😊😊 自分でできる	
家の仕事	睡眠	😊😊😊 昼寝をする時か20~23時頃入眠
	買い物	😊😊😊 アパートの草を自分で刈り取る
	料理	😊😊😊 料理はしない
	留守番	😊😊😊 テレビ録音して居る
管理	掃除 ゴミ出し	😊😊😊 家中の掃除は自分でやる
	金銭管理	😊😊😊 財布に現金を無くさないように注意
交流	諸手続き	😊😊😊 一人では出来ない
	会話	😊😊😊 ショックを受けて薬を飲む
	電話応対	😊😊😊 言葉に交えてやさしく応対
健康活動	近所 付き会い	😊😊😊 会話する
	通院	😊😊😊 孫(義母)が車に乗せて行く
	趣味・教養活動	😊😊😊 読書

図 10 Y.H 氏のオレンジ連携シートの一部

【症例 2】

Y.B. 67歳女性（アルツハイマー型認知症）

居宅介護支援専門員より連絡あり、利用者が、義歯を紛失し、義歯を作って欲しいと訴えがあるとのことであった。情報提供を依頼し、独居で、アルツハイマー型認知症の診断があること、キーパーソンは遠方の兄とのこと、連絡は携帯電話を使用可能とを確認した。

認知症患者の日常生活自立度 IIIa（日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする。日中上記症状が見られる）

障害高齢者の日常生活自立度 J2（隣近所なら外出する）

短期記憶障害あり。買い物はできるが、同じものを何個も買う。支払いはできるが、金銭管理は兄（月一回訪問）が管理している。

横断歩道を渡らなかつたり、道路の途中で止まるなど、事故にあう危険性が高くなっているとのこと。自宅は、当院から700m先にあり、途中で横断歩道はないため、地域の皆さんもご存知で、自宅まで誘導してもらえるとのこと。

治療をお受けし、当院へ受診された。上下顎総義歯で治療は、たとえば、うがいなどその度に誘導すれば、可能であった。治療の後の請求は、居宅介護支援専門員を通じてキーパーソンへ請求した。また、治療後は、当院の前、歩道より自宅の方向へ誘導、自宅まで、一人で帰宅され、携帯電話に連絡し帰宅したこと確認することとした。

治療は順調に終了し、新義歯装着、調整を行ったが、3週間程度たち、義歯を紛失したとのこと、居宅介護支援専門員より連絡あり、認知症の診断があれば、保険診療で再度新製可能であることを伝えて、再度義歯を新製し装着した（図11）。

義歯には、名前を埋め込んであり、居宅介護支援専門員を通じてヘルパー、デイサービス職員へも管理をお願いした。現在施設に入所されているが、義歯の紛失はないとのことであった。

独居であっても地域の協力で生活できる患者への歯科治療であった。

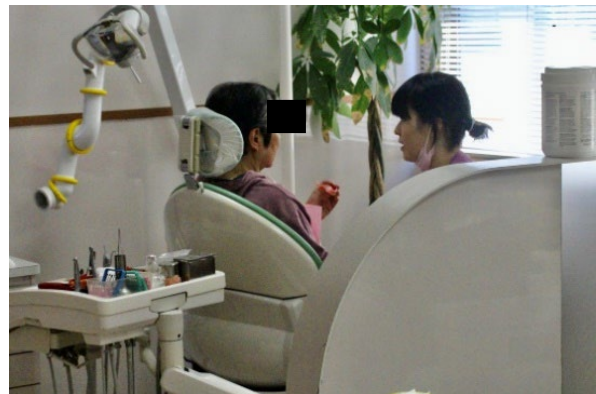


図11 Y.B.氏の名前入りの義歯および治療中の様子

(5) 歯科医師会・歯科診療所としての役割・貢献

「認知症の人の意思が尊重され、できるだけ住み慣れた地域で自分らしく暮らし続ける社会の実現」のためには、認知症の人と家族に対する偏見をなくす取り組みが大切と思われる。

行政主導の諸事業や医療と介護関係者の顔の見える関係づくり、地域住民やボランティアとの連携など、歯科医師会および地域で開業する歯科医院も一員となって活動することが必要と思われる。その上で、口腔に関する問題に関係する多職種とシームレスに対応できる連携が図れるよう取り組みたい。

(6) 課題と今後の展開

1. 認知症を理解し、偏見をなくす活動に取り組み、関係する多職種や地域住民と連携を行う地域の歯科診療所は多いとは言えない。歯科医師会として会員へ啓発を図っていききたい。
2. 顔の見える関係作りを試みるも、認知症患者の口腔の問題に関係する多職種が円滑にかかりつけ歯科医と連携ができていたとは言い難く、さらに啓発を図っていききたい。
3. 独居や老老の高齢者住まいの増加が今後も予想されることから、地域住民との連携や地域での認知症に対する理解を進めることで、自分らしく活動できる認知症の人とその家族への支援を歯科からも援助ができる体制を検討したい。

<補足>

長崎県歯科医師会の取り組み：認知症対応力向上アドバンスコース（長崎県）の紹介

「長崎県歯科医師認知症実践力向上研修会」という名で、歯科医師認知症対応力向上研修を受講した歯科医師向けにアドバンスコースを実施している。この参加者は行政及び三師会からの呼びかけで脳外科医師、精神科医師、薬剤師、地域包括支援センター職員も参加しており、多職種グループワークになるように配慮している。認知症の医療介護の多職種連携、多職種による認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援の教材を用い、グループワークと発表をする等のコースである。近年はWeb開催で行っている。これまで県内複数の地区で実施している。

長崎県歯科医師認知症実践力向上研修会

次 第

日時：令和4年8月27日（土曜）15：00～17：50

場所：オンライン形式

- | | |
|-------------|---|
| 15：00～15：05 | 1. 開会・挨拶 |
| 15：05～15：15 | 2. 1 基本知識（10分）
「多職種連携の必要性について」

講師：長崎県福祉保健部長寿社会課
主任主事 中村綾乃 様 |
| 15：15～15：32 | 動画「認知症の人の日常生活・社会生活における
意思決定支援ガイドライン研修（医療職研修編）」 |
| 15：32～16：25 | 3. II 演習①（53分）
ケースA（初動期の支援・連携のために必要なこと）
・グループワークの進め方
・導入講義
・DVD視聴+模擬グループワーク |
| 16：25～16：40 | ・班発表
・まとめ、助言
一般社団法人 大村氏医師会認知症対策委員会委員長
伊崎脳神経外科・内科 院長 伊崎 明 先生 |
| 16：40～16：50 | 休憩 |
| 16：50～17：45 | 4. III 演習②（55分）
ケースB（専門職間の連携の進め方）
・導入講義
・DVD視聴+模擬グループワーク |
| 17：40～18：00 | ・班発表
・まとめ、助言
あきやま病院
精神科科長 葉室 篤 先生 |
| 18：00 | 5. 閉会 |

参考資料

郵送調査票

令和4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」

認知症の人の口腔管理に関する仕組み作り郵送調査

【市区町村】

（提出期限 令和4年12月31日）

【アンケート調査へのご協力をお願いします】

本調査は、厚生労働省より令和4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、活用させていただきます。

なお本調査は、厚生労働省の事業として全国の市区町村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、認知症施策のご担当者へ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12月31日（土）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。

市区町村名	(市・区・町・村)
調査票に係る 問い合わせ先 部署名	(課・係)
電話番号	— —

【提出期限：令和4年12月31日（土）までに、ご提出をお願いします】

認知症ケアパスについて、お伺いします。

問1 貴市区町村において、認知症ケアパス（※）を作成していますか。
※認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けられるのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したものを。

1. 作成している	➡ 副問 1-1、1-2 へ	2. 作成していない（作成中・検討中を含む）	➡ 問 2 へ
3. 分からない	➡ 問 2 へ		

副問 1-1 認知症ケアパスにおいて、認知症の経過と利用できる支援を示す図の中に、歯科医療は含まれていますか。

1. 含まれている	2. 含まれていない	3. 分からない
-----------	------------	----------

副問 1-2 認知症ケアパスにおいて、医療機関一覧等の中で、地域の歯科医療機関や歯科医師会の在宅連携窓口など、認知症の人が連絡を取れるように連絡先（受付・電話番号等）を記載していますか。

1. 記載している	2. 記載していない	3. 分からない
-----------	------------	----------

認知症初期集中支援チームについて、お伺いします。

問2 貴市区町村において、認知症初期集中支援チーム（※）に歯科医師（歯科医師会の代表者等）または歯科衛生士（行政以外の所属）が参画していますか。（有償・無償は問いません）
※複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチーム。

1. 参画している	2. 参画していない	3. 分からない
-----------	------------	----------

地域ケア会議について、お伺いします。

問3 貴市区町村では、地域ケア会議（個別ケースの検討または地域課題の検討）を開催していますか。
※新型コロナウイルス感染症拡大前を含め、現在までに1回以上開催した場合は、「1.はい」に○をつけてください。

1. はい	➡ 副問 3-1、3-2 へ	2. いいえ	➡ 問 4 へ	3. 分からない	➡ 問 4 へ
-------	----------------	--------	---------	----------	---------

副問 3-1 地域ケア会議において認知症の人に関する個別ケースや地域課題の検討を行っていますか。

1. はい	2. いいえ	3. 分からない	➡ 問 4 へ
-------	--------	----------	---------

副問 3-2 認知症の人に関する地域ケア会議に、歯科医師（歯科医師会の代表者等）または歯科衛生士（行政以外の所属）が参画していますか。

1. 参画している	2. 参画していない	3. 分からない
-----------	------------	----------

介護保険事業計画策定について、お伺いします。

問 4 貴市区町村において、第 9 期介護保険事業計画策定に歯科医師（歯科医師会の代表者等）または
歯科衛生士（行政以外の所属）が参画していますか。

1. 参画している	2. 参画していない	3. 分からない
-----------	------------	----------

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

問 5 貴市区町村において、認知症の人の口腔ケアや歯科治療に関する課題はありますか。

1. はい → 問 6へ	2. いいえ	3. 分からない
--------------	--------	----------

問 6 貴市区町村における認知症の人の口腔ケアや歯科治療に関する課題を具体的に教えてください。

--

★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。★

返信用封筒に入れてご投函下さい。

令和4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」

認知症の人の口腔管理に関する仕組み作り郵送調査

【認知症疾患医療センター】

（提出期限 令和4年12月31日）

【アンケート調査へのご協力をお願い】

本調査は、厚生労働省より令和4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、認知症の人に對する地域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、活用させていただきます。

なお本調査は、厚生労働省の事業として全国の認知症疾患医療センター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、認知症の人の診療にあつていらっしゃる医師等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12月31日（土）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	医療機関名	
	電話番号	— — — — — (内線)

【提出期限：令和4年12月31日（土）までに、ご提出をお願いいたします】

貴院の概要について、お伺いします。

問1 貴院には、歯科・口腔外科が併設されていますか。

1. 併設されている	2. 併設されていない
------------	-------------

認知症疾患医療センター地域連携会議（※）について、お伺いします。

※当該センターの所属する二次医療圏域等における関係者の連携会議を指します。

問2 貴センターにおいて、認知症疾患医療センター地域連携会議を実施（主催または共催に関わらず）していますか。

1. 実施している → 副問 2-1 へ	2. 実施していない → 問 3 へ
----------------------	--------------------

副問 2-1 認知症疾患医療センター地域連携会議に、歯科医師（歯科医師会の代表者等）または
歯科衛生士（行政以外の所属）が参画していますか。

1. 参画している	2. 依頼しているが、参画していない	3. 依頼していない
-----------	--------------------	------------

認知症の人の「診断後支援」について、お伺いします。

問3 貴センターで実施している一連の診断後支援の中で、認知症の人の歯科治療ニーズ（口に関する困りごとを含む）を把握（本人から聞き取るなど）していますか。

1. はい → 副問 3-1 へ	2. いいえ → 問 4 へ
------------------	----------------

副問 3-1 歯科受診勧奨をしていますか。

1. はい → 副問 3-2 へ	2. いいえ → 問 4 へ
------------------	----------------

副問 3-2 歯科医療機関について、どのように紹介をしていますか。【あてはまるもの全てに○】

1. 歯科医療機関への紹介状（診療情報提供書）を発行する
2. 認知症ケアパス等のパンフレットを渡す
3. 認知症の本人または家族に歯科医療機関の選定・受診を任せる
4. その他（ ）

問4 認知症の人の診断後の生活を支える上で必要となる口腔の健康に関するアドバイスをしていますか。

1. はい → 副問 4-1 へ	2. いいえ → 問 5 へ
------------------	----------------

副問 4-1 アドバイスは、どなたが行っていますか。【あてはまるもの全てに○】

1. 医師	2. 看護師	3. 保健師
4. 心理士	5. 社会福祉士	6. 言語聴覚士
7. 薬剤師	8. 歯科医師・歯科衛生士	9. 管理栄養士・栄養士
10. その他（ ）		

令和 4 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」

認知症の人の口腔管理に関する仕組み作り郵送調査

【郡市区歯科医師会】

（提出期限 令和 4 年 12 月 31 日）

【アンケート調査へのご協力をお願い】

本調査は、厚生労働省より令和 4 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、認知症の人に對する地域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、活用させていただきます。

なお本調査は、厚生労働省の事業として、全国の郡市区歯科医師会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 12 月 31 日（土）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	郡市区歯科医師会名
	電話番号

【提出期限：令和 4 年 12 月 31 日（土）までに、ご提出をお願いします】

貴郡市区歯科医師会の概要について、お伺いします。

問 1 貴郡市区歯科医師会の地域の人口規模を教えてください。

0. 分からない			
1. 5 千人未満	2. 5 千～1 万人	3. 1～3 万人	4. 3～5 万人
5. 5～10 万人	6. 10～20 万人	7. 20～50 万人	8. 50 万人以上

問 2 貴郡市区歯科医師会の会員診療所数を教えてください。

1. 100 ヶ所未満	2. 100～500 ヶ所	3. 501～1,000 所	4. 1,001 ヶ所以上
-------------	---------------	----------------	---------------

問 3 貴郡市区歯科医師会では、在宅歯科医療連携室（※）の機能を持っていますか。

※住民や医療・介護等の連携窓口としての調整機能や相談窓口、機材の貸出等を担う。

1. 機能を持っている	2. 機能を持っていない
-------------	--------------

問 4 貴郡市区歯科医師会では、地域包括支援センターや認知症初期集中支援チーム（※）から紹介があり、認知症患者（疑い含む）が来院した際の連携先を会員に提示していますか。

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

1. 提示している	2. 提示していない
-----------	------------

問 5 貴郡市区歯科医師会では歯科医療機関における認知症・障がい者・車椅子対応の有無が分かる一覧（医療機関名簿等）がありますか。

1. ある → 副問 5-1 へ	2. ない → 問 6 へ
------------------	---------------

副問 5-1 患者向けに公開していますか。（紙配布または web 公開等）

1. はい	2. いいえ
-------	--------

貴郡市区歯科医師会の地区に含まれる市区町村の高齢者施策および認知症施策について、お伺いします。

問 6 貴郡市区歯科医師会では、市区町村や保健所の高齢者施策（第 9 期介護保険事業計画策定など）または認知症施策に関する席ですか。（関連委員会への出席含む）

1. 関与している → 問 7 へ	2. 関与していない → 副問 6-1 へ
-------------------	-----------------------

副問 6-1 関与していない理由を教えてください。

問 7 貴郡市区歯科医師会では、市区町村の認知症初期集中支援チームに歯科医師（歯科医師会の代表者等）または歯科衛生士（行政以外の所属）が参画していますか。（有償・無償は問いません）

1. 参画している	2. 参画していない	3. 分からない
-----------	------------	----------

問 8 貴郡市区歯科医師会では、市区町村の認知症ケアパス（※）の作成に関与していますか。

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

1. 関与している → 副問 8-1 へ	2. 関与していない → 副問 8-2 へ
----------------------	-----------------------

副問 8-1 認知症ケアパスの中に歯科に関する記載は含まれていますか。

1. はい（各歯科医療機関の電話番号も記載されている）
2. はい（各歯科医療機関の電話番号は記載されていない）
3. いいえ

副問 8-2 関与していない理由を教えてください。

例）都道府県で認知症ケアパスに似た内容のものを作成した際に関わったが、市区町村の作成には関与していない、等

--

認知症疾患医療センターとの連携について、お伺いします。

同封の表をご覧ください、貴郡市区歯科医師会の地区内にある認知症疾患医療センターをご確認のうえ、

認知症疾患医療センターが「地区内にある場合には、問 9、問 10 をご回答下さい。

「地区内にない場合には、次ページの問 11 へお進みください。」

問 9 認知症疾患医療センターが開催している、「認知症疾患医療センター地域連携会議」の開催情報について、貴郡市区歯科医師会へ連絡がありますか。

1. はい → 副問 9-1 へ	2. いいえ → 問 10 へ	3. 分からない → 問 10 へ
------------------	-----------------	-------------------

副問 9-1 「認知症疾患医療センター地域連携会議」への参画を依頼されていますか。

1. はい → 副問 9-2 へ	2. いいえ → 問 10 へ
------------------	-----------------

副問 9-2 「認知症疾患医療センター地域連携会議」へ参画していますか。

※貴郡市区歯科医師会が今までに一度でも参画されている場合は、「1. はい」に○をつけてください。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 10 認知症疾患医療センターが開催している、「多職種向け研修会（認知症疾患医療センター地域連携会議以外）」の開催情報について、貴郡市区歯科医師会へ連絡がありますか。

1. はい → 副問 10-1 へ	2. いいえ → 問 11 へ
-------------------	-----------------

副問 10-1 研修会へ参加していますか。

※貴会の会員が今までに一度でも参加されている場合は、「1. はい」に○をつけてください。

1. はい	2. いいえ	3. 分からない
-------	--------	----------

全員ご回答をお願いいたします。

高齢者（要介護高齢者含む）医療・介護に関する多職種連携研修について、お伺いします。

問 11 貴郡市区歯科医師会において、高齢者（要介護高齢者含む）医療・介護に関する多職種連携研修を主催していますか。

※新型コロナウイルス感染症拡大前を含め、現在までに1回以上主催した場合は、「1. はい」に○をつけてください。

1. はい → 副問 11-1 へ	2. いいえ → 問 12 へ
-------------------	-----------------

副問 11-1 開催している研修において、高齢者（要介護高齢者含む）に対する歯科治療・口腔衛生管理等に関して以下のいずれの形式で行っていますか。【あてはまるもの全てに○】

1. 講義形式	2. 症例検討
3. 実技の実習	4. その他（ ）

問 12 貴郡市区歯科医師会会員は、高齢者（要介護高齢者含む）医療・介護に関する多職種連携研修（主催者問わず）を受講していますか。

1. はい	2. いいえ	3. 分からない
-------	--------	----------

問 13 貴郡市区歯科医師会以外が開催している研修において、高齢者（要介護高齢者含む）に対する歯科治療・口腔衛生管理等に関する実務（手技等）を学ぶ研修を、貴郡市区歯科医師会会員は受講していますか。

1. はい → 副問 13-1 へ	2. いいえ	3. 分からない
-------------------	--------	----------

副問 13-1 把握されている場合には、具体的な主催者を教えてください。

--

問 14 貴郡市区歯科医師会会員が、認知症対応力向上研修を受講したかどうか把握していますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

認知症の人の歯科治療における医療連携について、お伺いします。

問 15 認知症の人の歯科治療における医療連携に関する課題を具体的に教えてください。

--

★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。★
返信用封筒に入れてご投函下さい。

認知症疾患医療センター一覧表（令和4年5月現在）

都道府県	医療機関名	住所	医療機関名	住所	都道府県	医療機関名	住所
北海道	1 札幌北病院	北海道札幌市石川町191番地4	85 福徳医科大学病院	栃木県下都賀郡壬生町北小沢880番地	169	東大病院	東京都東大和市南町1-13-12
2	富田渡辺病院	北海道札幌市豊島町9番18号	86 山形台病院	栃木県須賀川市滝田1868-18	170	東大病院	東京都東大和市南町1-15
3	北海道渡辺病院	北海道札幌市豊島町1丁目31番1号	87 足利富士見台病院	栃木県足利市大前町1272	171	武蔵野赤十字病院	東京都武蔵野市有明町1-26-1
4	江別つづらん病院	北海道江別市上江別442番15	88 上野総合病院	栃木県鹿沼市下田町1丁目1033番地	172	東大病院	東京都武蔵野市中区成徳2-12-2
5	千歳病院	北海道千歳市苗木1丁目5番6号	89 智徳病院	栃木県宇都宮市東町22番	173	根生病院	東京都武蔵野市上高島3-33-17
6	江別市立病院	北海道江別市若草町6番地	90 足利赤十字病院	栃木県足利市若草町28-1	174	東大病院	東京都小金井市若草町1-2-20
7	別府市立病院	北海道別府市若松1丁目1番1号	91 芳賀赤十字病院	栃木県栗原市中央町271	175	東大病院	東京都小平市市原町4-1-1
8	島田市立病院	北海道島田市西4条北3丁目1番1号	92 自治医科大学附属病院	栃木県下野市薬師町3311-1	176	東大病院	東京都東大和市青葉町2-27-1
9	砂川市立病院	北海道砂川市末広町81番地	93 佐藤病院	栃木県矢野町南町911-1	177	東大病院	東京都清瀬市山丘3-1-24
10	伊達市立病院	北海道伊達市末広町81番地	94 福馬医科大学附属病院	群馬県前橋市昭和町3-9-15	178	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
11	三島病院	北海道三島市東町24番地12	95 上毛病院	群馬県前橋市昭和町3-9-15	179	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
12	北病院	北海道札幌市東区別所2丁目31番地1	96 北川病院	群馬県北川町大町2丁目2番1号	180	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
13	ミネラル病院	北海道札幌市東区別所2丁目31番地1	97 老年病研究所附属病院	群馬県前橋市大友町三丁目2番地8	181	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
14	道立佐藤病院	北海道札幌市東区別所2丁目245番地1	98 サンエール病院	群馬県高崎市上野町7-8-6番地8	182	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
15	石井病院	北海道札幌市東区別所2丁目245番地1	99 田中クリニック	群馬県高崎市上野町7-8-6番地8	183	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
16	道立佐藤病院	北海道札幌市東区別所2丁目245番地1	100 藤原病院	群馬県高崎市上野町7-8-6番地8	184	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
17	川村記念病院	北海道札幌市東区別所2丁目245番地1	101 西毛病院	群馬県高崎市上野町7-8-6番地8	185	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
18	名寄市立総合病院	北海道名寄市市東2丁目1番地	102 吾妻病院	群馬県高崎市上野町7-8-6番地8	186	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
19	北見赤十字病院	北海道北見市市東6条東2丁目1番地	103 吾妻病院	群馬県高崎市上野町7-8-6番地8	187	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
20	北海道立中央病院	北海道札幌市南區中央1丁目5番1号	104 原病院	群馬県伊勢崎市長上武上8-9-8-1	188	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
21	大丘病院	北海道札幌市南區中央1丁目5番1号	105 新井病院	群馬県伊勢崎市長上武上8-9-8-1	189	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
22	江村病院	北海道札幌市南區中央1丁目5番1号	106 日新病院	群馬県伊勢崎市長上武上8-9-8-1	190	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
23	江村病院	北海道札幌市南區中央1丁目5番1号	107 つづきクリニック	群馬県前橋市小泉町1-5-05	191	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
24	江村病院	北海道札幌市南區中央1丁目5番1号	108 つづきクリニック	群馬県前橋市小泉町1-5-05	192	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
25	青森県立つくしが丘病院	青森県青森市北區1丁目6-2	109 つくしが丘診療所	群馬県前橋市上武上8-9-8-1	193	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
26	弘前総合病院	青森県弘前市北區1丁目6-2	110 西原総合病院	群馬県前橋市上武上8-9-8-1	194	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
27	青森病院	青森県弘前市北區1丁目6-2	111 西原総合病院	群馬県前橋市上武上8-9-8-1	195	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
28	つがる総合病院	青森県弘前市北區1丁目6-2	112 丸毛記念福祉メディカルセンター	群馬県前橋市上武上8-9-8-1	196	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
29	むつ総合病院	青森県むつ市小川町1丁目2番1号	113 埼玉病院	埼玉県東武野田駅南口3-6-6	197	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
30	岩手県立大学付属病院	岩手県奥州市水沢区南町2丁目1番1号	114 聖野病院	埼玉県東武野田駅南口3-6-6	198	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
31	岩手県立大学付属病院	岩手県奥州市水沢区南町2丁目1番1号	115 埼玉病院	埼玉県東武野田駅南口3-6-6	199	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
32	岩手県立大学付属病院	岩手県奥州市水沢区南町2丁目1番1号	116 埼玉病院	埼玉県東武野田駅南口3-6-6	200	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
33	岩手県立大学付属病院	岩手県奥州市水沢区南町2丁目1番1号	117 久保クリニック	埼玉県東武野田駅南口3-6-6	201	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
34	北リアス病院	岩手県北上市南町12-111	118 千葉病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	202	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
35	岩手県立大学付属病院	岩手県奥州市水沢区南町2丁目1番1号	119 千葉病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	203	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
36	岩手県立大学付属病院	岩手県奥州市水沢区南町2丁目1番1号	120 旭神内科リハビリテーション病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	204	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
37	岩手県立大学付属病院	岩手県奥州市水沢区南町2丁目1番1号	121 北相リハビリテーション病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	205	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
38	岩手県立大学付属病院	岩手県奥州市水沢区南町2丁目1番1号	122 日本医科大学千葉北総病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	206	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
39	岩手県立大学付属病院	岩手県奥州市水沢区南町2丁目1番1号	123 総合病院国保中央病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	207	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
40	宮城県立中央病院	宮城県仙台市青葉区中央1丁目1番1号	124 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	208	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
41	宮城県立中央病院	宮城県仙台市青葉区中央1丁目1番1号	125 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	209	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
42	宮城県立中央病院	宮城県仙台市青葉区中央1丁目1番1号	126 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	210	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
43	宮城県立中央病院	宮城県仙台市青葉区中央1丁目1番1号	127 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	211	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
44	宮城県立中央病院	宮城県仙台市青葉区中央1丁目1番1号	128 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	212	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
45	宮城県立中央病院	宮城県仙台市青葉区中央1丁目1番1号	129 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	213	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
46	宮城県立中央病院	宮城県仙台市青葉区中央1丁目1番1号	130 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	214	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
47	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	131 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	215	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
48	たかのすかクリニック	秋田県秋田市南町3番1号	132 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	216	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
49	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	133 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	217	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
50	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	134 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	218	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
51	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	135 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	219	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
52	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	136 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	220	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
53	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	137 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	221	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
54	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	138 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	222	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
55	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	139 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	223	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
56	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	140 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	224	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
57	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	141 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	225	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
58	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	142 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	226	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
59	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	143 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	227	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
60	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	144 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	228	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
61	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	145 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	229	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
62	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	146 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	230	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
63	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	147 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	231	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
64	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	148 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	232	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
65	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	149 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	233	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
66	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	150 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	234	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
67	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	151 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	235	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
68	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	152 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	236	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
69	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	153 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	237	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
70	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	154 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	238	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
71	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	155 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	239	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
72	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	156 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	240	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
73	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	157 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	241	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
74	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	158 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	242	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
75	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	159 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	243	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
76	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	160 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	244	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
77	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	161 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	245	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
78	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	162 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	246	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
79	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	163 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	247	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
80	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	164 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	248	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
81	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	165 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	249	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
82	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	166 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	250	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
83	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	167 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6	251	東大病院	東京都東大和市青葉町3-1-24
84	秋田県立中央病院	秋田県秋田市南町3番1号	168 茨井病院	千葉県東武野田駅南口3-6-6			

認知症疾患医療センター一覧表（令和4年5月現在） 指定番号は、No.441以降に記載されております。

指定番号	都道府県	医療機関名	住所	指定年月	医療機関名	住所	指定年月
252	三重県	三重大学医学部附属病院	三重県津市江戸橋2丁目174	2017	岡山県	岡山病院	岡山県倉敷市上津橋368
253	三重県	三重県津市東山町六太2400番地		2017	岡山県	メープルヒル病院	岡山県倉敷市上津橋5丁目2-1
254	三重県	三重県津市城山1丁目1-2-1		2017	岡山県	千代田病院	岡山県北津市政波5丁目380
255	三重県	三重県津市久保町1927番地の2		2017	岡山県	ふたば病院	岡山県倉敷市白石4丁目7-22
256	三重県	三重県津市久保町8-6-8番地		2017	岡山県	笠置病院	岡山県東広島市西条町細瀬703
257	三重県	三重県津市市日吉東三丁目1番21号		2017	岡山県	三原病院	岡山県三原市中之町6丁目31-1
258	三重県	三重県津市西野寺家817番地3		2017	岡山県	光の丘病院	岡山県福山市笠江1590-1
259	三重県	三重県伊勢市西三十九町2888		2017	岡山県	三次神保内科クリニック	岡山県三次市大字東1丁目3-10
260	三重県	三重県伊勢市小町1丁目557		2017	岡山県	いしい記念病院	岡山県倉敷市多田3-10-2
261	三重県	滋賀県大津市坂本一丁目8番5号		2017	山口県	柳井医療センター	山口県柳井市伊原9-5
262	三重県	滋賀県大津市玉手町4番21号		2017	山口県	山口県立総合医療センター	山口県防府市大字大崎1007-7
263	三重県	滋賀県大津市水町2-2-43		2017	山口県	山口県立こころの医療センター	山口県下関市大字東政波4004-2
264	三重県	滋賀県大津市豊郷町八丁目12番地		2017	山口県	三原病院	山口県長門市三原中生島324-2
265	三重県	滋賀県長浜市寺田町257		2017	山口県	萩病院	山口県萩市大字堀内278
266	三重県	滋賀県東近江市北坂町966		2017	山口県	徳島県立中央病院	徳島県徳島市番町三丁目10-3
267	三重県	滋賀県津市八幡町2-1-204		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
268	三重県	滋賀県津市八幡町2-1-204		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
269	京都府	京都府京都市上京区河原町通広小路の東畔町465		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
270	京都府	京都府京都市中京区錦町5丁目1番1-1		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
271	京都府	京都府宇治市五ヶ丘花園谷2		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
272	京都府	京都府宇治市五ヶ丘三番割32番地1		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
273	京都府	京都府宇治市五ヶ丘三番割32番地2		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
274	京都府	京都府宇治市八木町八木上野25		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
275	京都府	京都府舞鶴市宇行本2410番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
276	京都府	京都府舞鶴市東郷町宇行男山481		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
277	京都府	京都府舞鶴市東郷町宇行男山9番1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
278	大阪府	大阪府高槻市奈佐原4丁目10番1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
279	大阪府	大阪府枚方市東香里1丁目21番34号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
280	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目59番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
281	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
282	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
283	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
284	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
285	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
286	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
287	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
288	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
289	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
290	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
291	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
292	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
293	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
294	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
295	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
296	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
297	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
298	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
299	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
300	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
301	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
302	大阪府	大阪府八尾市天王寺東6丁目216番地1号		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
303	奈良県	奈良県橿原市四草東1丁目4番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
304	奈良県	奈良県橿原市四草東1丁目4番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
305	奈良県	奈良県橿原市四草東1丁目4番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
306	奈良県	奈良県橿原市四草東1丁目4番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
307	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
308	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
309	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
310	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
311	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
312	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
313	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
314	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
315	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
316	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
317	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
318	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
319	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
320	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
321	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
322	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
323	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
324	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
325	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
326	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
327	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
328	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
329	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
330	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
331	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
332	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
333	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
334	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	
335	和歌山県	和歌山県和歌山市東山町1282番地		2017	山口県	徳島県徳島市番町三丁目10-3	

問 1 ご回答いただいているあなたのケアマネジャーとしての経験年数を教えてください。【数字でご記入ください】

約 年

担当している認知症の人への支援について、お伺いします。

問 2 認知症の人の歯科治療に対応できる、担当地域内の歯科医療機関をご存知ですか。

1. はい → 副問 2-1、2-2 △ 2. いいえ → 問 3 △

副問 2-1 対応可能な歯科医療機関の一覧を持っていますか。

1. はい 2. いいえ

副問 2-2 対応可能な歯科医療機関に関する情報はどちらから得ていますか。【あてはまるもの全てに○】

1. 行政（都道府県または市区町村）が作成したパンフレット（認知症ケアパス等）
2. 歯科医師会からの情報
3. 個々の歯科医療機関が作成したパンフレット等
4. 口コミ
5. その他（ ）

問 3 担当している認知症の人に、歯科受診を勧めたことがありますか。（実際の受診の有無に関わらず）

※1度でも勧めたことがある場合には、「1.はい」に○をつけてください。

1. はい → 副問 3-1 △ 2. いいえ → 問 4 △

副問 3-1 歯科医療機関について、どのように紹介していますか。【あてはまるもの全てに○】

1. 具体的な歯科医療機関（連絡先を含む）を提案する
2. 認知症ケアパス等のパンフレットを渡す
3. 認知症の本人または家族に歯科医療機関の選定を任せる
4. その他（ ）

問 4 担当している認知症の人の口腔内の状態（むし歯、傷がある、痛みがある、入れ歯が壊れている等）を確認していますか。

1. はい → 副問 4-1 △ 2. いいえ → 問 5 △

副問 4-1 担当している認知症の人の口腔内の状態（むし歯、傷がある、痛みがある、入れ歯が壊れている等）をどのように確認していますか。【あてはまるもの全てに○】

1. ご本人やご家族から、口腔に関する困りごとを聞いた
2. 施設職員等から口腔に関する困りごとを聞いた
3. 医師（主治医等）から口腔に関する困りごとを聞いた
4. 歯科医療機関から診療情報共有を受けた
5. 実際に口腔内の状況を観察した
6. その他（ ）

令和 4 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」

認知症の人の口腔管理に関する仕組み作り郵送調査

【居宅介護支援事業所】

（提出期限 令和 4 年 12 月 31 日）

【アンケート調査へのご協力をお願い】

本調査は、厚生労働省より令和 4 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、活用させていただきます。

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居宅介護支援事業所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つてはいるケアマネジャーに回答をお願いします。
- ◆ 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 12 月 31 日（土）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	
	電話番号	—

【提出期限： 令和 4 年 12 月 31 日（土）までに、ご提出をお願いいたします】

令和4年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業分）
「認知症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」

認知症の人の口腔管理に関する仕組み作り郵送調査

【地域歯科医療機関用】

（提出期限 令和5年1月31日）

【ご回答いただくにあたって】

- ◆ 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5年1月31日（火）までに、調査票を記入の上、同封の返信用封筒にご返送いただけますようお願いいたします。

貴院の概要について、お伺いします。

問1 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	非常勤（実人数）	常勤	非常勤（実人数）
① 歯科医師	人	人	⑤ 歯科技工士	人
② 歯科衛生士	人	人	⑥ 管理栄養士	人
③ 歯科助手	人	人	⑦ その他（ ）	人
④ 看護師	人	人	⑧ その他（ ）	人
			⑨ その他（ ）	人

問2 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. かかりつけ歯科医療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. 上記のいずれでもない

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3 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。【○は一つ】

1. 勤務している → 副問3-1-ハ	2. 勤務していない → 問4-ハ				
副問3-1 勤務している場合は、人数をお答えください。（常勤・非常勤は問いません）					
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>歯科医師</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>歯科衛生士</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table>	歯科医師	人	歯科衛生士	人	
歯科医師	人				
歯科衛生士	人				

貴院における認知症の人への歯科治療について、お伺いします。

問4 認知症の人への歯科治療の際に、どんな情報を事前に把握できると、歯科治療をよりスムーズに行うことができると思いますか。【あてはまるものすべてに○】

※ 普段から把握している情報だけでなく、把握することが難しいか把握できるかスムーズな歯科治療に繋がる情報なども含めて、認知症の人の歯科治療の際に把握できると良いと感じる情報を全てご選択ください。

1. 認知症の病型	2. 認知症の重症度	3. 要介護度	4. 日常生活動作(ADL)
5. 既往歴	6. 内服薬	7. 家族構成	8. かかりつけ医
9. かかりつけ歯科医	10. 住居形態（戸建て、マンション等）	11. BPSD（中核症状と行動・心理症状）	12. 成年後見人制度の利用
13. キーパーソンの有無	14. キーパーソンの様子（年齢、体調など）	15. 治療時の同伴の有無	16. 貴院までの移動手段
17. その他（ ）			

問5 認知症の人が外来診療を受診されることはありますか。【○は一つ】

1. はい（外来診療を受診する） → 問6-ハ
2. いいえ（外来診療を受診しない） → アンケートはここで終了です。返信用封筒に入れてご返函下さい。

貴院の外来診療における認知症の人への歯科治療について、お伺いします。

問6 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、平均するとおおよそ、**診療にかかる時間と労力**はどのくらいかわかりますか（どのくらいかかると想定されますか）。

認知症の重症度（認知症高齢者の日常生活自立度は下の表をご参考下さい） 別に回答ください。

ランク	判断基準	認知症高齢者の日常生活自立度	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自立している。		
II	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られるも、誰かが注視していれば自立できる。		
IIa	家庭内で上記IIの状態のみみられる。		たばこや酒に嗜うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことミスが目立つ等。
IIb	家庭内でも上記IIの状態のみみられる。		服薬管理ができない、電話の応対や訪問者への対応など一人で留守番ができない等。
III	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		
IIIa	日中を中心として上記の状態のみみられる。		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、物を投げ捨てる、徘徊、失禁、大失禁等。
IIIb	夜間を中心として上記の状態のみみられる。		ランクIIIaと同じ
IV	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻りに見られ、常に介護を必要とする。		ランクIIIと同じ
M	著しい精神症状や認知症状態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固執行動が頻発する状態等

(1) **診療にかかる時間（導入、説明、治療等を含むすべての時間）**【それぞれは一つ】

認知症高齢者の日常生活自立度	II	1. 短い	2. 同じ	3. 約1.5倍	4. 約2倍
	(IIa, IIb)	5. 約3倍	6. それ以上	7. その他（ ）	
	III	1. 短い	2. 同じ	3. 約1.5倍	4. 約2倍
	(IIIa, IIIb)	5. 約3倍	6. それ以上	7. その他（ ）	
IV	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) **労力** (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) 【それぞれ〇は一つ】

II (II a, II b)	1. 少ない	2. 同じ	3. 約 1.5 倍の人数が多く携わる必要がある
	4. 約 2 倍の人数が多く携わる必要がある	5. 約 3 倍の人数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 ()		
III (III a, III b)	1. 少ない	2. 同じ	3. 約 1.5 倍の人数が多く携わる必要がある
	4. 約 2 倍の人数が多く携わる必要がある	5. 約 3 倍の人数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 ()		
IV	1. 少ない	2. 同じ	3. 約 1.5 倍の人数が多く携わる必要がある
	4. 約 2 倍の人数が多く携わる必要がある	5. 約 3 倍の人数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 ()		

認知症の人の歯科治療に関する事例をお読みいただき、貴院の外来診療を受診された場合を想定してご回答をお願いいたします。

問 7 事例①のような認知症の人が貴院の外来診療を受診された場合、認知症ではない人と比較して、平均するとおおよそ、**診療にかかる時間と労力**はどのくらいかわかりますか (どのくらいかわかると想定されますか)。

【事例①】
88歳、女性、独歩、近隣在住、認知症と診断されている

義歯破損を主訴に来院した。別居の娘と初めて来院した。10年以上前に作成したと推測される、高度に咬耗した上顎総義歯の正中破折が主訴であったが、持参の義歯は上下が別の時期に作成したと思われる義歯で、咬合状態は不良であった。診察行為に対する拒否はなく、義歯床下粘膜には異常を認めない。

娘の話では、ダンスの中に過去に使用していた義歯が5つ入っているという。本人は、「これまで特に問題はなかった」と語ったが、義歯新製の予定となった。娘は受診に付き添っているといる一方、本人は「一人で受診できる」と言い、そのことで娘と言い合いになっていた。

(1) **診療にかかる時間** (導入、説明、治療等を含むすべての時間) 【〇は一つ】

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) **労力** (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) 【〇は一つ】

1. 少ない	2. 同じ	3. 約 1.5 倍の人数が多く携わる必要がある
4. 約 2 倍の人数が多く携わる必要がある	5. 約 3 倍の人数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 8 事例②のような認知症の人が貴院の外来診療を受診された場合、認知症ではない人と比較して、平均するとおおよそ、**診療にかかる時間と労力**はどのくらいかわかりますか (どのくらいかわかると想定されますか)。

【事例②】

88歳、女性、手押し車を押して歩行可能であるが階段昇降は困難、やせ(BMI 18.0)、認知症と診断されている

夫と来院した。夫が問診票を書いたが医療情報について不確かなことが多い。

本人は「困っていないな」ともないうと繰り返すが、夫からは、「食事中に痛がって食べるのをやめてしまうので歯が痛いのではないか」という話だった。配食サービスで柔らかい食事を継続依頼しているが、本人の食事はこの2カ月ほど半量程度の摂取であったという。

本人は夫に促されてデンタルケアに座ったが、背もたれを倒そうとすると驚いて起き上がった。夫に手を握ってもらい、歯科衛生士が丁寧にながら口腔内診察をすると、両側臼歯部咬合は喪失し、残存し補綴物脱離した状態の左側下顎第二大臼歯が、頬粘膜に食い込み潰瘍を形成していることが分かった。部分床義歯を所持しているが、最近使用していない、という。

原因歯の削合および義歯修理などの継続的な歯科診療を行うこととなった。

(1) **診療にかかる時間** (導入、説明、治療等を含むすべての時間) 【〇は一つ】

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) **労力** (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) 【〇は一つ】

1. 少ない	2. 同じ	3. 約 1.5 倍の人数が多く携わる必要がある
4. 約 2 倍の人数が多く携わる必要がある	5. 約 3 倍の人数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 9 事例③のような認知症の人が貴院の外来診療を受診された場合、認知症ではない人と比較して、平均するとおおよそ、**診療にかかる時間と労力**はどのくらいかわかりますか (どのくらいかわかると想定されますか)。

【事例③】

88歳、女性、車いす、認知症と診断されている

3年ぶりに来院した。同居の息子が連れてきた。3年前までは独歩で受診していた。かかりつけ患者である。息子が「口臭が気になる。入れ歯を外させてくれないう自分やヘルパーとは簡単な会話をしている。家では歩いている」とのこと。本人は覚醒しているが険しい表情でうなだれているのみで、こちらからの会話に応じない。

口腔内所見を確認しようとする、本人の手が出てきたが、息子が握っておいてもらい、歯科衛生士の介助のもと診察した。上下の部分床義歯は一定以上の期間着脱していないよう汚染されており、床下粘膜に発赤が見られ、食い込みによる腫脹とカンジダ症が疑われた。一部の残存歯は破折し歯肉腫脹もあつた。日中は、3回/週のヘルパー介助、3回/週の通所介護サービスを利用している。

破折歯の処置、義歯の修理を行い、継続的な口腔衛生管理を行うこととなった。

(1) **診療にかかる時間** (導入、説明、治療等を含むすべての時間) 【〇は一つ】

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) **労力** (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) 【〇は一つ】

1. 少ない	2. 同じ	3. 約 1.5 倍の人数が多く携わる必要がある
4. 約 2 倍の人数が多く携わる必要がある	5. 約 3 倍の人数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 ()		

★これにて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。★
令和5年1月31日(火)までに、返送用封筒に入れてご投函下さい。

令和4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5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
