

認知症の人の口を支える マニュアル



目次

はじめに	1
1. 認知症施策概要から考える歯科の関わり	3
2. 認知症の人の暮らしを支える地域づくりに向けて:口を支える視点から	11
3. 地域づくりの視点:調査から見えてきた課題	17
4. モデル事例	25
5. 実践ツール	65

はじめに

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

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

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

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

令和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」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）

認知症施策概要から考える歯科の関わり

認知症施策の変遷や歯科の役割を概説

1. 認知症施策概要から考える歯科の関わり

(1) 概要

● 認知症施策の変遷

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

● 新オレンジプランから認知症施策推進大綱へ

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

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

2018年12月に認知症施策推進関係閣僚会議が開催され、認知症の「予防」に関する研究とその成果を実用化するための取組、認知症を発症しても、住み慣れた地域で安心して暮らすための、認知症バ

リアフリーの取組などを迅速に進めることの重要性が確認されました。以上を受けて2019年6月に「認知症施策推進大綱」（以下大綱）がとりまとめられました。大綱は、新オレンジプランの内容を踏襲しながら、「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら『共生』と『予防』を車の両輪として施策を推進」とされています。「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望をもって認知症と共に生きる、さらに、認知症があってもなくても同じ社会で共に生きるという意味とされています。また『予防』とは、認知症にならないということではなく、「認知症になるのを遅らせる」、「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味で使われています。この基本的な考え方を基に、①普及啓発・本人発信支援、② 予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者の支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開、以上の5つの柱がたてられました。新オレンジプランで開始された「歯科医師の認知症対応力向上研修」は、「③医療・ケア・介護サービス・介護者の支援」で継承されています。

(2) 認知症施策に示される歯科の役割

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

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

めの研修の在り方について検討した上で、関係団体の協力を得ながら研修を実施する。」と記載されています。

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

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

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

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

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

(3) 歯科医師の認知症対応力向上研修

● 成り立ちと関連施策

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

(阿部総理大臣挨拶より抜粋)

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

(塩崎厚生労働大臣挨拶より抜粋)

【新たな戦略の策定に当たっての基本的な考え方】

- ①早期診断・早期対応とともに、医療・介護サービスが有機的に連携し、認知症の容体に応じて切れ目なく提供できる循環型のシステムを構築すること
- ②認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、省庁横断的な総合的な戦略とすること
- ③認知症の方御本人やその御家族の視点に立った施策を推進すること

こうして、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン、2015年）において7つの柱が示され2本目の柱「認知症の容体に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」のなかに歯科医師の認知症対応力研修が位置付けられました。基本的な考え方は、早期診断・早期対応を軸とし、妄想・うつ・徘徊等の行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等が見られても、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築することです。認知症医療の中では、歯科口腔疾患は身体合併症の一つとしてとらえられています。身体合併症への医療が適時適切に切れ目なく提供されるために、かかりつけ医や病院看護師のみならず、歯科医師や薬剤師むけの認知症対応力向上研修が位置付けられました。

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

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

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

図1 歯科医師の認知症対応力向上研修カリキュラム(2015年)

● 研修会実施と効果検証

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

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

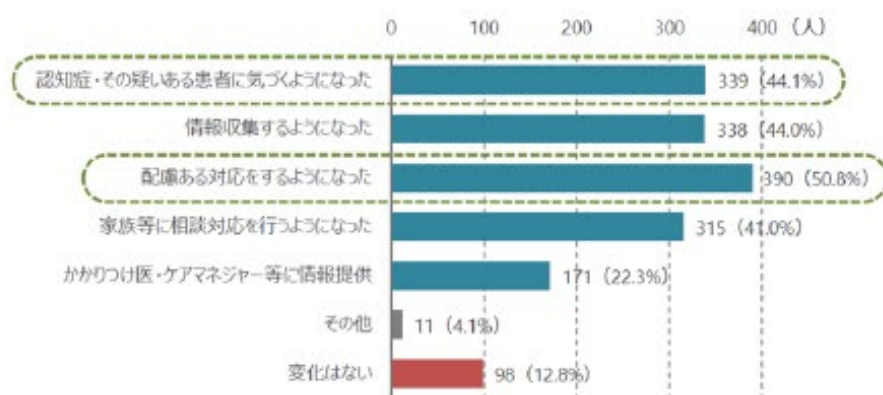


図2 研修受講者の日常の歯科診療における変化

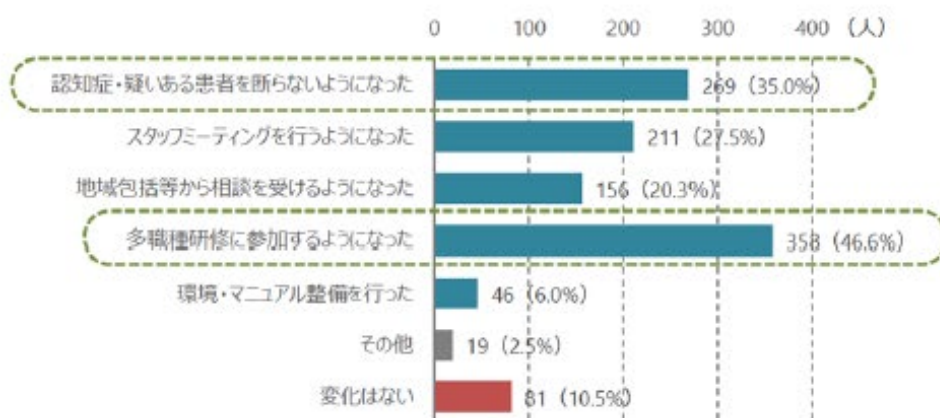


図3 研修受講者の歯科診療以外の活動での変化

● 認知症施策推進大綱と改訂版教材

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

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

● 今後の展望

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

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

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

文献

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

認知症の人の暮らしを支える地域づくりに向けて： 口を支える視点から

認知症の人の口腔を支援するためのコーディネーションと
ネットワーキングを概説

2. 認知症の人の暮らしを支える地域づくりに向けて： 口を支える視点から

認知症の人の口腔を支援するためのコーディネーションと ネットワーキング

(1) 認知症の人の口腔の支援は生活支援の一つ

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

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

(2) 生活支援コーディネーションの中の口腔

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

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

(3) コーディネーションのプロセス～例 口腔の不具合について～

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



図1 コーディネーションのプロセス

認知症の人の口腔に不具合があることが発覚した際のコーディネーションのプロセスを例にあげて説明します。

①信頼関係の形成

コーディネーターと認知症の人の信頼関係は、支援における第一段階ですが、口腔の不具合に関して重要なことは、本人が訴えていることの本質を推測できる関係性であるか、という点、そして実際に口腔の中を見せてもらえる関係性であるか、の2点です。認知症の人は信頼関係がない相手には、考えていることを上手く言語化できず、なにも話せなくなってしまうことがあります²⁾。またとおり一辺倒な単純な言葉になってしまい、困りごとの本質が聞き出せないこともしばしば起こります。本人の困りごとを上手に聞き出し、本質を探り当てるためには、本人の尊厳に配慮した会話の積み重ねを通じた信頼関係が必要であり、それは往々にして時間の積み重ねが必要です。また口腔は非常にプライベートな部分であることは疑いようもありませんが、“この人には口の中を見せてもいい、この人にはひどいことはされないだろう”という信頼があってこそ、口腔というプライベートな部分を見せていただけます。それには、身体接触が出来る関係性と、“自分が嫌がることは無理にしない人”、“自分の味方でいてくれる人”と思ってもらえる関係性を、構築しておく必要があります。

②総合的アセスメント

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

③情報共有

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

④課題解決に向けた多職種協働

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

⑤社会支援サービスの調整

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

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

（4）認知症の人の生活を支えるネットワーキング

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

①居場所としての機能

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

②相談に応需できる機能

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

③差別や偏見を解消し、住民同士の互助をつくり出す機能

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

④連携を推進する機能（狭義のネットワーキング）

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

⑤人材を育成する機能

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

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

文献

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

地域づくりの視点：調査から見えてきた課題

認知症の人や家族が経験した歯科医療に関する困りごと、
また認知症の人の歯科治療に関する配慮を課題として整理

3. 地域づくりの視点：調査から見えてきた課題

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

(1) 認知症関連施策

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

新オレンジプランの7つの柱

○「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」を推進していくため、以下の7つの柱に沿って、施策を総合的に推進していきます。



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

図1 新オレンジプランの7つの柱

さらに2019年に示された認知症施策推進大綱の柱は大きくわけて、「共生」と「予防」とされています。共生とは、認知症になっても、偏見や差別を受けることなく、馴染みの人達に囲まれて必要な支援を受け、住み慣れた地域で希望や尊厳をもって、自分らしい生活を続けられる、その社会を作ること、予防とは一次予防から三次予防まで含み、認知症の発症を遅らせたり、なるべく健康で自立した生活を送る期間を長くすることを目的に健康的な生活習慣の維持、リスクリダクション（リスクを減らす）を推進することです。本来、医療のアウトカムは疾患からの回復ですが、医療サービス全体のアウトカムは患者の体験です。患者の体験とケア技術や安全には相関があり、患者本人の体験を基にしたサービスのデザインが課題解決につながるということが世界的に認知されています²⁾。本人とともに造り上げる参加型デザイン（co-design）の発展性が指摘され³⁾、「本人の体験」は、我が国の認知症関連施策においても重要視されることとなりました。わが国においては、2018年に日本認知症本人ワーキンググループから、「認知症とともに生きる希望宣言」が表明されました⁴⁾。これは認知症の経験をもとにこの社会をより認知症の人が暮らしやすくなるようにする提言であり、認知症専門医療機関だけでなく、地域にあるすべての医療機関が、本人や家族にわかりやすく適切な対応が出来るような取り組みを拡充すべきことも書かれています。重要なことは、こうした宣言に書かれているということ自体が、医療機関における認知症の人への支援体制が十分に整っていない現状を表しているという事実です。

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

(2) 歯科医療の経験に関する認知症の人と家族への調査

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

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

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

“本人か近い人”が記述する困りごとは、歯科治療を進める上でのプロセスごとに、予約16.3%、通院18.4%、主訴の申告時22.7%、説明を受ける際21.3%、治療内容の決定20.9%、歯科治療中18.8%、支払い12.8%、の困りごとが収集されました（図2）。“歯科受診に際し困りごとがある・あった”ことに対して、「子または子の家族」が回答者であること（オッズ比（OR）4.472, P<0.001）、「年齢」が若いこと（高齢になるほどOR0.941, P=0.021）、「診断後経過年数」が長く（OR1.114, P=0.001）、「認知症発症前にかかりつけ歯科があった」こと（OR2.267, P=0.021）、「外来受診」であること（OR2.619, P=0.003）が有意に影響していました。

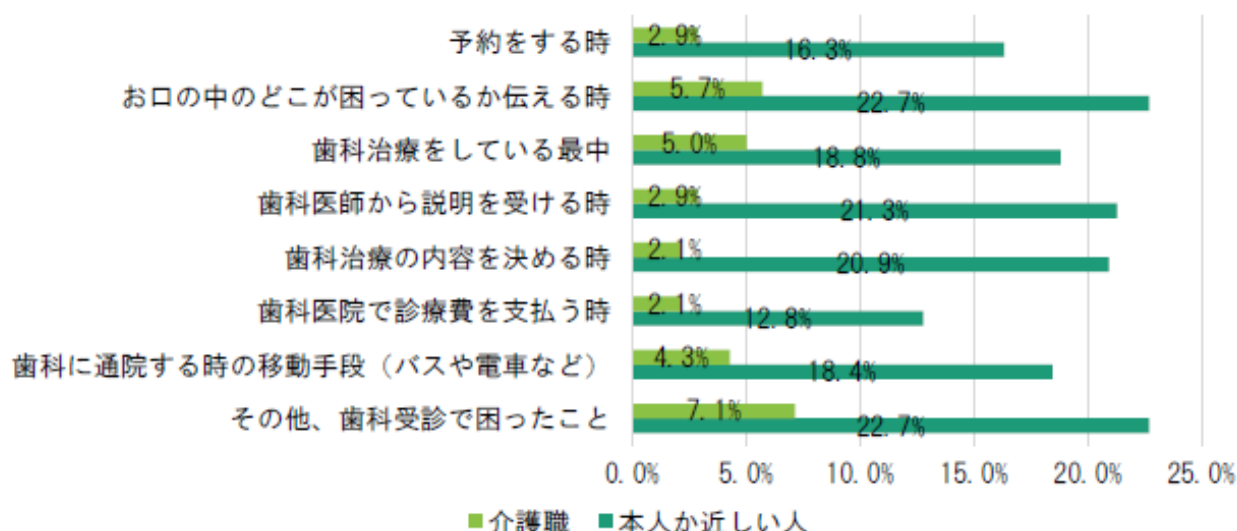


図2 本人・家族調査における回答者別、歯科での受療行為別の困りごと

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

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

らかじめ病態の想定がなされていること、本人にとっては出会いから治療までが自宅というリラックスした環境で行われることが影響している可能性があります。

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

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

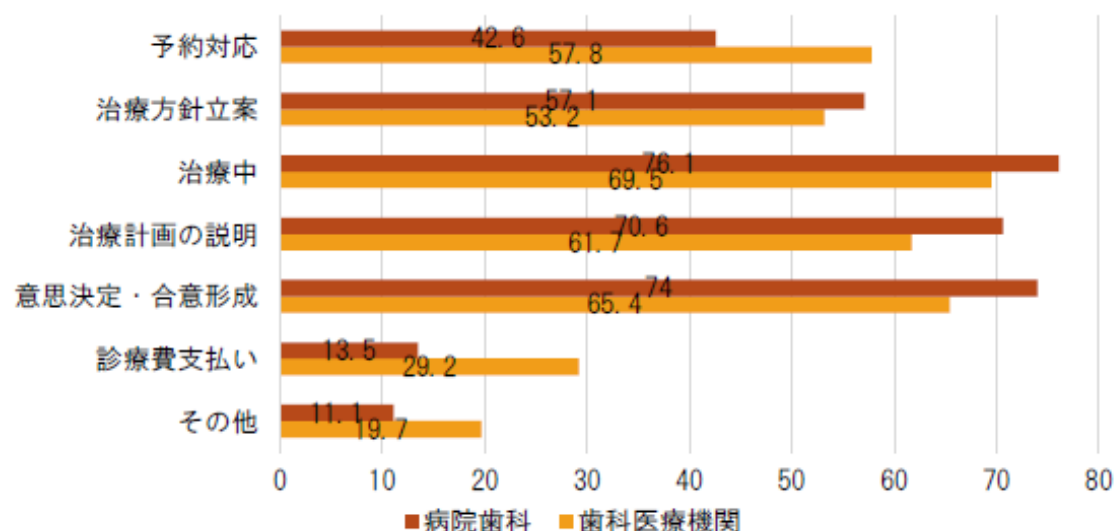
カテゴリ	コード
医学的理解と具体的な支援 (情動的・手段的サポート)	①症状を理解して、 ②臨機応変に対応し、 ③かかりつけ医師との適切な情報交換と、 ④予知的な情報提供と計画を説明し、 ⑤定期受診が出来るように支援する
安心できる表現と励まし (情緒的・評価的サポート)	①本人に合わせ共感し、 ②安心できる言葉で繰り返し励まし、 ③笑顔で気持ちよく親切丁寧に ④尊厳に配慮し、 ⑤家族付き添いに配慮し、 ⑥本人に無理のないペースで、 ⑦経済的負担への配慮をして ⑧予定の治療が難しくても精一杯の治療を実践する
歯科訪問診療における 認知症を理解しニーズ に合った合理的配慮	①気長に付き合い、②ほめるなどポジティブに声掛けし、 ③本人が納得できるように工夫してくれること、 ④家族や施設との連絡調整が充分で、 ⑤口腔管理や摂食嚥下機能に配慮したアドバイスがあり、 ⑥定期的な口腔管理と⑦通院負担の軽減

図4 本人・家族調査から学ぶ「合理的配慮」Best Practiceの形

(3) 認知症の人の歯科治療経験に関する歯科医療機関を対象とした調査

同事業では全国の口腔保健センターと在宅療養支援歯科診療所1算定事業所を含む歯科医療機関（日本歯科医師会会員の抽出）に対して、「認知症の本人の歯科治療経験」の調査を行いました（配布数は2,835件、回収率32.6%）。また病院歯科の立場からの回答を得るために認知症疾患医療センターと指定されている医療機関と歯科標榜のある病院（大学病院を含む病院歯科）にも調査しました（配布数1,645件、回収率30.2%）。

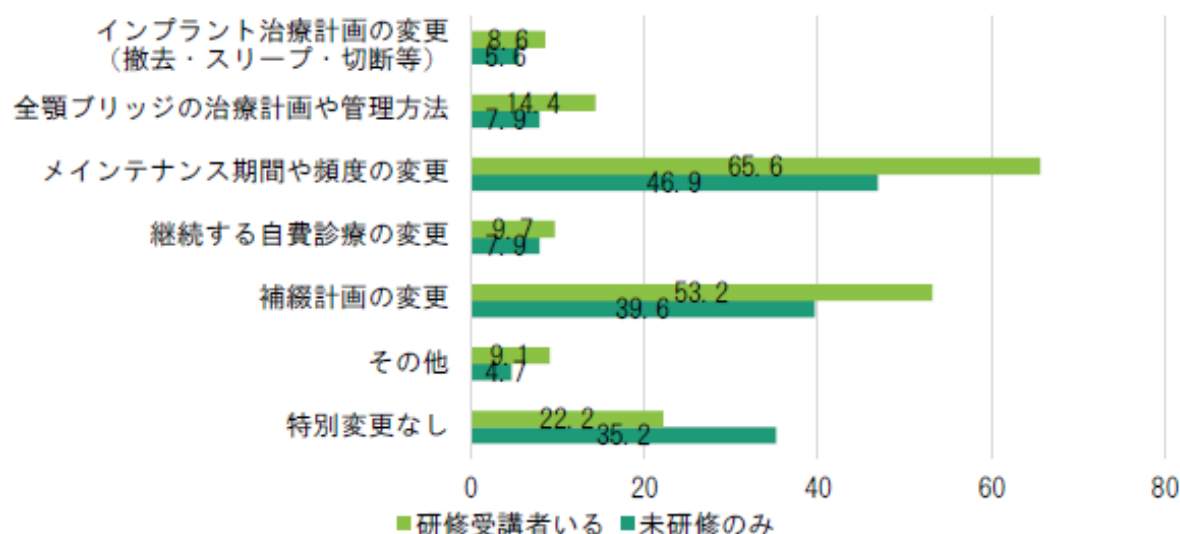
歯科医療機関、病院歯科ともに認知症の本人の歯科治療経験のある対象の7割程度が、認知症の人の受診にあたり困ったことが「ある」と回答しました。特に治療行為と説明と合意のプロセスで70%前後が困ったことが「ある」と回答しました（図5）。受診した患者が認知症の症状を持っていることによって生じる困難は、歯科医療機関の混乱や時間と労力負担、本人の意思を尊重できているかの悩み、医療制度と経済負担、理解の差によるトラブルなどの臨床医のジレンマを抱えていることが明らかになりました。



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

図5 歯科医療機関・病院歯科調査における認知症の人の受診で困ったこと

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



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

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

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

【認知症の人の歯科診療に関する課題】

- ① 本人の適切な医療ケアを受ける権利の確保をするうえでの課題
- ② 認知症医療介護関係職種の歯科医療の知識の啓発上の課題
- ③ 認知症専門医療機関との連携における“認知症に特化した連携システムがない”

【歯科医師の資質向上に関する課題】

- ① 地域の認知症医療介護の社会資源・情報共有の仕組みの情報が身近にないこと、熟知の必要性
- ② 地域のシステムの解決（a:障害者歯科医療専門機関、b:社会的な仕組み）の必要性
- ③ 歯科における高齢者・認知症・合併症の病態理解・認知症対応力向上の必要性
- ④ 病院歯科医師の認知症学習機会が不十分・必要性
- ⑤ 認知症対応スキルは学生教育でも行う必要

【処遇・経済的課題】

- ① 認知症の人の歯科診療における歯科衛生士の重要性、歯科衛生士の待遇改善が必要
- ② 対応する時間と技術に見合った評価の必要性

【病院歯科口腔外科特有の課題】

- ① 病院歯科への過度な期待・過度な負担
- ② 認知症の人の入院歯科治療の困難さ
- ③ 認知症の人の高度医療ケースを一般歯科と連携困難であること
- ④ 認知症の人の投薬管理とその影響
- ⑤ 精神科と歯科の連携の困難さ

図7 歯科医療機関・病院歯科調査における歯科医師がとらえている課題

(4) 課題把握と展望

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

文献

1. 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」報告書、研究代表者朝田隆、2013年
2. Paul Bate and Glenn Robert. Experience - based design: from redesigning the system around the patient to co - designing services with the patient. Qual Saf Health Care. 2006 Oct; 15(5): 307-310.doi: 10.1136/qshc.2005.016527.
3. The ebd approach-experience based design, NHS Institute for Innovation and Improvement, 2009.
4. 一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ. 認知症とともに生きる希望宣言
5. 日本老年歯科医学会・日本医療研究開発機構研究費「認知症の容態に応じた歯科診療等の口腔管理及び栄養マネジメントによる経口摂取支援に関する研究」ガイドライン作成班編集. 「認知症の人への歯科治療ガイドライン」
6. 令和2年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理等に関する調査研究事業」

モデル事例

認知症の状態に応じた継続的な口腔管理を実施するための
体制構築に向けた連携モデル事例を4事例紹介

4. モデル事例

(ア) 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23,493人、女25,753人）人：2022年（令和4年）12月
うち65歳以上 高齢者人口	19,132人（男8,205人、女10,927）（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）

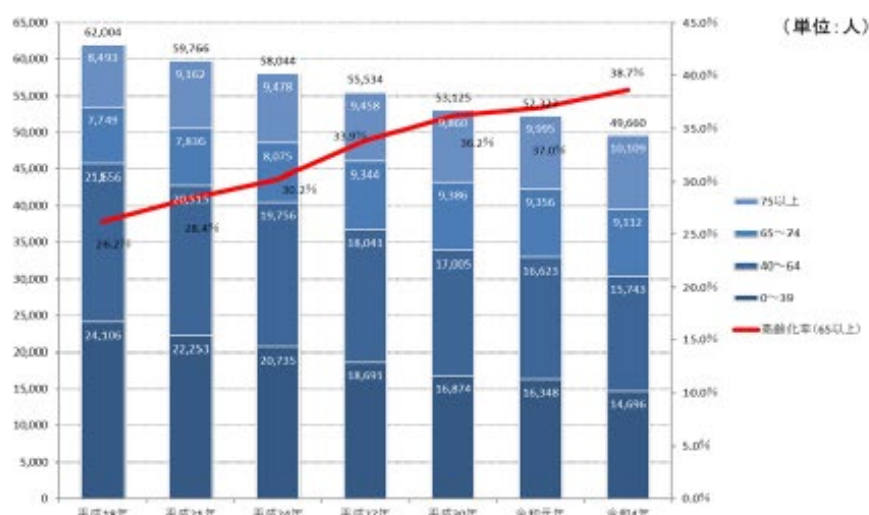
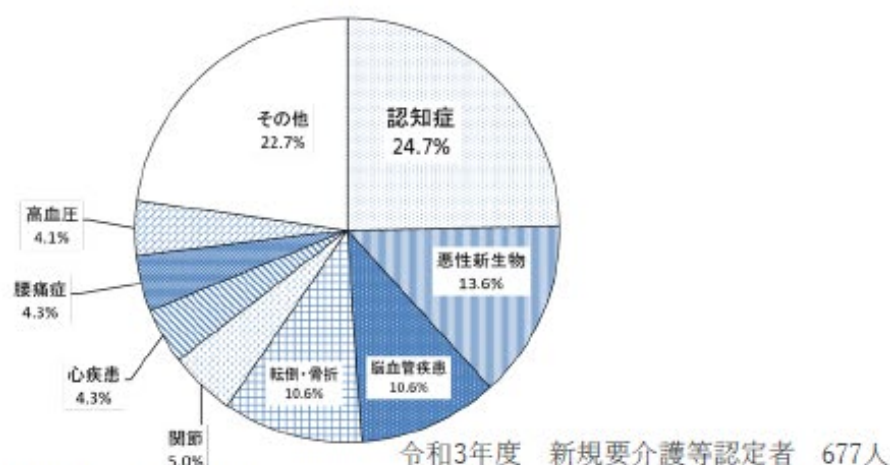


図2 七尾市の人口推移



※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。

2.1. 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）。

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）。

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%）、薬剤性顎骨骨髄炎／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）。

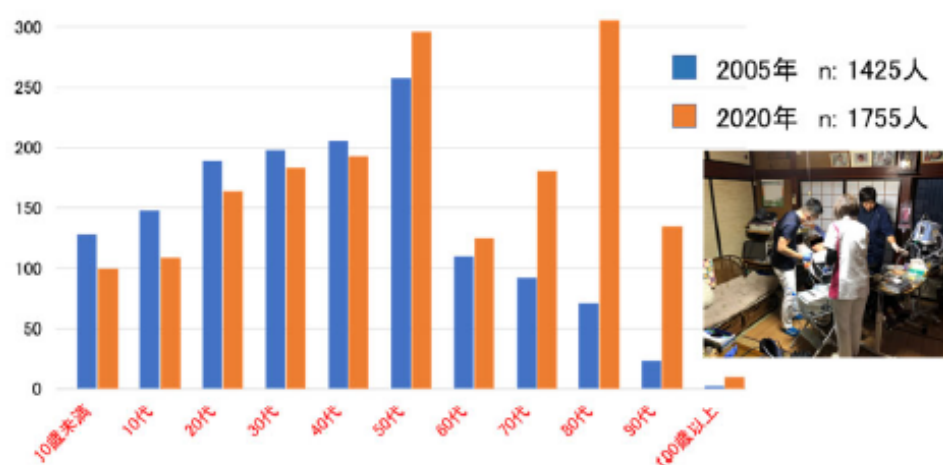


図4 新規患者（紹介含む）の年齢分布

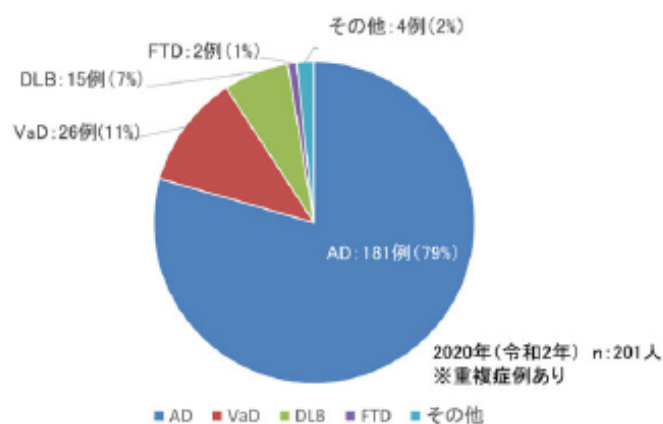


図5 歯科口腔外科を受診した認知症患者の内訳（タイプ別）

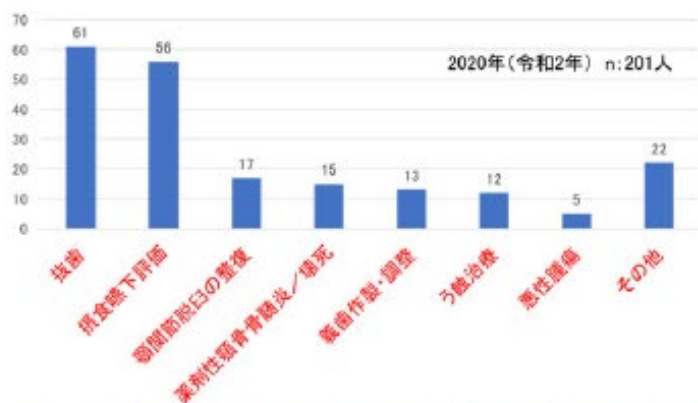


図6 歯科口腔外科を受診した認知症患者の内訳（依頼別）

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経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

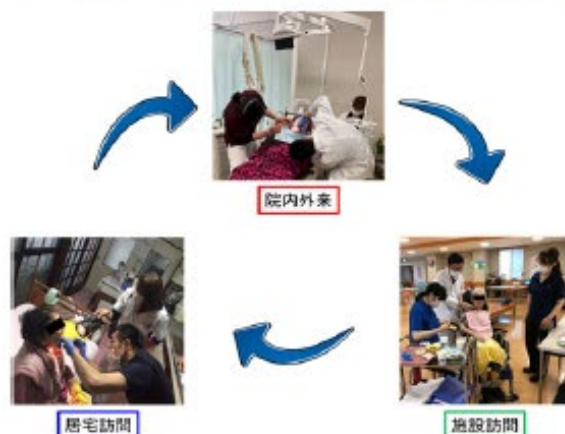


図8 紹介された認知症患者の歯科治療環境

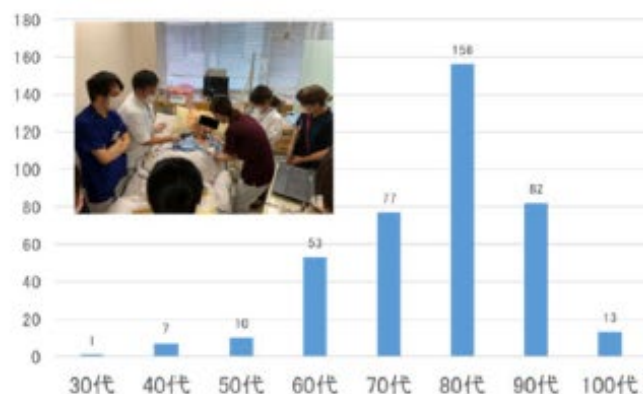
2.2 食支援連携、院内から地域へ

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受ける症例の約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。

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。



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。

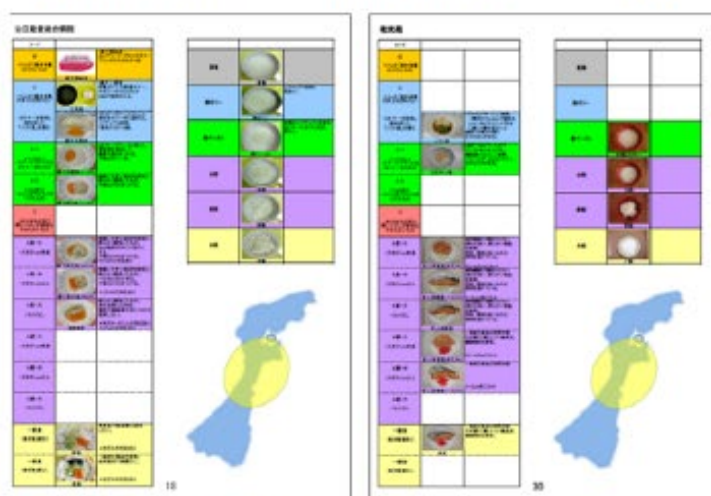


図12 「食形態マップ」を作製（一部抜粋）



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）。

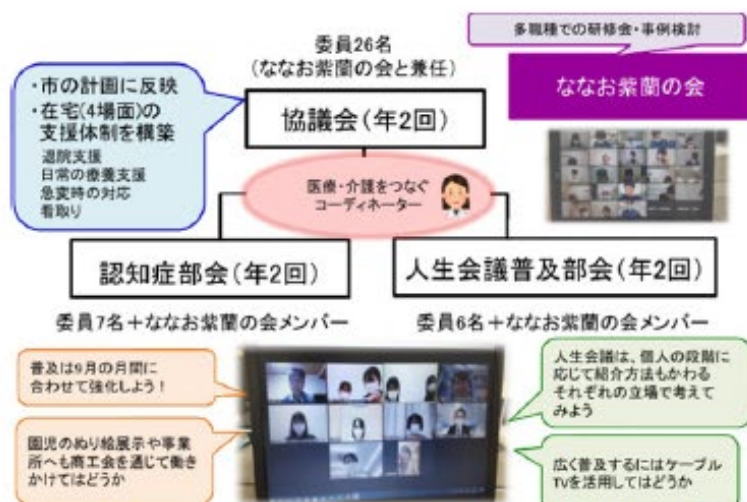


図14 なのお紫蘭の会／在宅医療・介護連携推進協議会

4. 活動内容・成果

現在「なのお紫蘭（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「なの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「なの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。



ななお認知症ほっとけん ななお

キャラクター紹介

認知症の相談窓口を七尾のみんなに伝えるために
がんばっているよ。よろしくね！
○鼻と耳は「ハート」型
○手としっぽの先には「よつばのクローバー」
○しっぽは ななおの「N」

歯科医院で認知症に関する相談対応



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、薬剤性顎骨骨髄炎／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、取り使い、管理も含めて問題なく経過している。

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、その取り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。



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

【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 μ l）。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装着した。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ばみられた。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髄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て手術を選択した。

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中の食塊形成困難、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

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度について検討する必要があり、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

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

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、認知症の背景を考へ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。

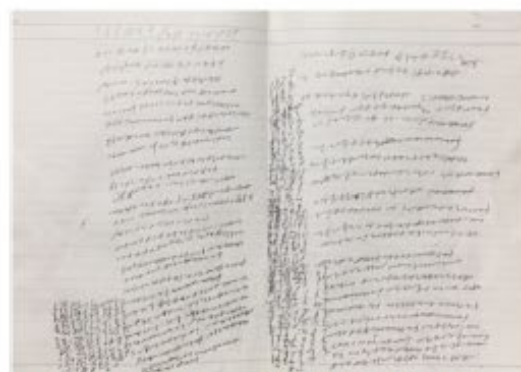


図21 ADL改善後の食事場面 患者が繰り返し書いた「おいしいおかずありがとう」の文字

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思う。

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）。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「まんぶく丸」を七尾市内で運行している。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、老々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）の加盟は一举に拡散したが、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。

(イ) 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	愛知県 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

3.1 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。

3.2 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か月間）を設けていただいた。トライアル期間の2か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1,2）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



図2 歯科口腔外科からのパンフレット裏面

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) 数か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┐ 歯冠破折。6┐ 遠心歯頸部二次う蝕、動揺度2度。┐6 7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

* 6ㄱ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たりする物忘れは時々あり、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ったり、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。明らかなる蝕・根尖病巣は認めない。

- オルソパントモグラフ



- 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：「バ」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、今回の物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（ビムパット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。

トライアルを通して、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わ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事が不可欠である。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。

(ウ) 香川県西部（三豊市・観音寺市）

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てい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メ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。

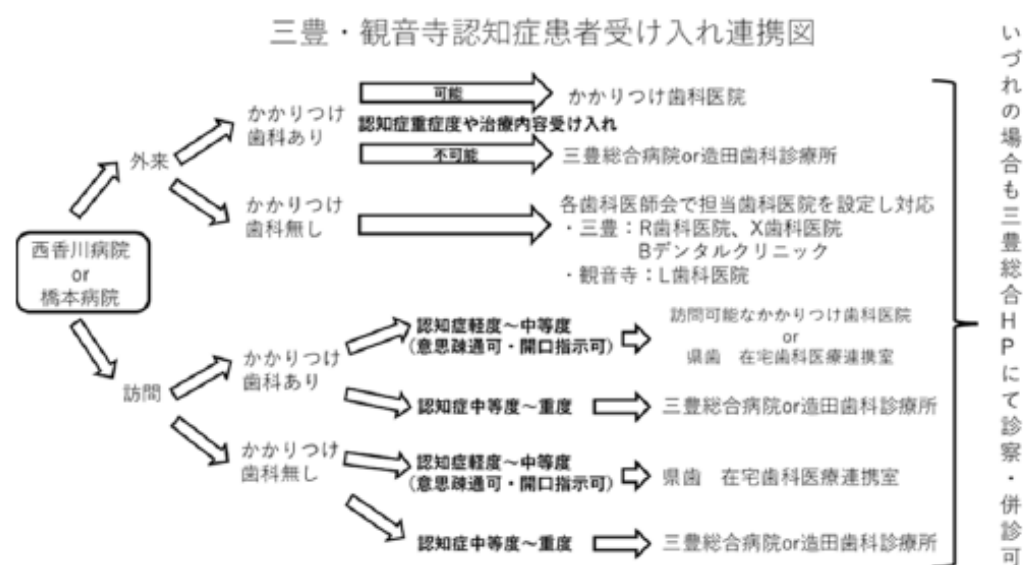


図1 フロー試案作製

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	歯科医療名	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 認知症重症	かかりつけで無い 軽度	かかりつけで無い 中等度	かかりつけで無い 重症
観音寺市	三豊総合病院	いる	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	あり	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	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	あり	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	D歯科医院	いる	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	なし	可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	治療可能	
観音寺市	H歯科医院	いない	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	なし	可能	口腔ケアのみ			口腔ケアのみ		
観音寺市	N歯科医院	いない	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	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
三豊市	Q歯科医院	いる	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	なし	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	S歯科医院	いる	事前に聞いていけば可能	あり	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	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	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	事前に聞いていけば可能	あり	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
三豊市	AB歯科医院	いない	事前に聞いていけば可能	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		

図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の家族に対して実施した。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 祐典

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を減らすための活動をしており、

- ・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。
- ・口を清潔に保ててくれないけど、診てもらえるのだろうか。
- ・口が臭うけど、どうしたらよいか分からない

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、地域の歯科医師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、勇気を持ってご相談ください。

簡単なアンケートを実施しています。お手紙ですが、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。またどら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た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「あごバンデージ®」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®を休業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. 病院歯科としての役割・貢献

昨年度事業により、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本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。新型コロナ感染拡大の影響もあり、その十分な検証は行っていないものの、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することも提案され、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ればと考えている。

(エ) 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、関係職種との連携を強化し、認知症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	長崎県 諫早市
区市町村人口	134,691人 (2023.1.1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日に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。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との連携の会議体は大きく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)

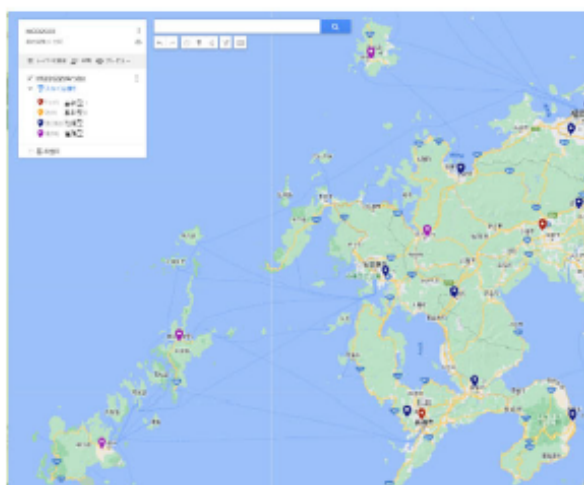


図2 資料：長崎県内認知症疾患医療センター

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

3.1. 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カ月に一回の例会、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。個々人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、市介護予防教室等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）。

諫早市における地域包括ケアの推進体制

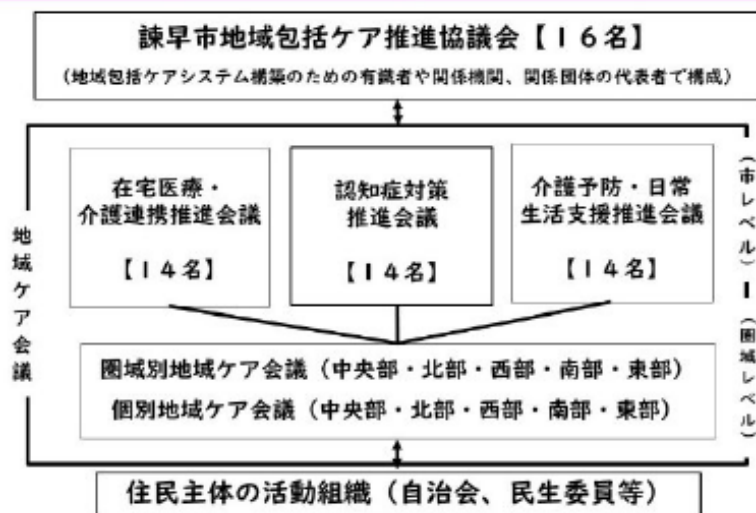


図3 地域包括ケア推進体制

諫早市における地域包括ケアの推進体制（委員構成）



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。

(<http://www.nagasaki.med.or.jp/oomura/img/okutinomikata.pdf>)



図7 お口のミカタシート

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

図8 長崎県歯科医師会のお口のチェックシート

3.2. 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に、諫早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」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。



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有ることであった。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700メートル先にあり、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。

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. 病院歯科としての役割・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に取り組みたい。

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を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たい。
- ③ 独居や老々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	・発表表 ・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	・発表表 ・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

実践ツール

認知症の人のお口の支援
実践ハンドブック

認知症の人の

お口の支援

実践ハンドブック



地方独立行政法人

東京都健康長寿医療センター

目次

1. はじめに	3
2. お口のこと気づいたら歯科にアクセスしよう	4
認知症の人のお口の機能の困りごと	
3. お口の機能について	8
4. お口のトレーニング	26
5. 認知症の人への歯科治療	34
6. 介護保険における居宅系口腔管理関連サービスについて	44
居宅療養管理指導の流れ	
口腔機能向上サービスの流れ	
必要な書類	
7. 事例	54

はじめに

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

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

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

令和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（東京都健康長寿医療センター）

2

お口のこと気づいたら
歯科にアクセスしよう



お口のことで気づいたら歯科にアクセスしよう

認知症になって歯科へのアクセスが途絶えると……

認知症になって歯科へアクセスが途絶えると、様々なトラブルが起こりやすくなります。皆さんはお口の中のチェックをしていますか？ここでは、お口のトラブルの一例をご紹介します。

1～4の写真はお口の機能が低下していて、セルフケアも不十分な方の写真です。

1 食物残渣の停滞



1は、お口の機能が低下していることによって、食べている途中の食べ物が飲み込めないでお口の中に溜まっている写真です。セルフケアが不十分なだけではなく、頬や唇の動き、感覚の低下によってこのようなことが起こります。

2は、セルフケアの困難が長く続いたことにより起こった重度の歯周病の写真です、歯周ポケットが深くなり、歯ぐきが腫れて、出血しやすくなっています。歯の揺れが見られる場合もあります。

2 歯周病



3 清掃不良の義歯



3は、食事の後に義歯を外さずに清掃をしていなくて、食べたものが義歯に付着したままになった写真です。頬や唇の機能が低下していることもあり、汚れが多量に付着しています。

4は、舌の表面に汚れが残っている写真です。舌の運動機能が低下して、舌と上あごがこすりあわないことで、汚れが付着しやすくなります。このように汚れが付着したままでは、味も感じにくくなってしまいます。また誤嚥性肺炎のリスクも上がります。

4 舌苔



お口のことで気づいたら歯科にアクセスしよう

5

口腔乾燥



5は、お口から食べていない人で、唇をしっかり閉じないためにお口の中が乾燥している写真です。使っていないお口は、唾液も出ず乾燥していて、動きも制限されます。乾燥したお口の中は汚れが固くなり、たくさんの細菌が繁殖します。

6は、お口から食べていない人の上あごに乾燥した痰がついた写真です。細菌や汚れが乾燥して取りにくくなっています。このような汚れは、かさぶたのようにこびりついているので、保湿ジェルなどを使って柔らかくして除去する必要があります。

6

乾燥した痰



7

カンジダ症



7は、喉のあたりに、ぬぐうと取れる白い点々がついている写真です。これはカンジダ症という、カビが増殖した様子です。免疫が低下している人等で、お口に常在しているカビが増えた状態です。ヒリヒリとした痛みが出ることもあります。

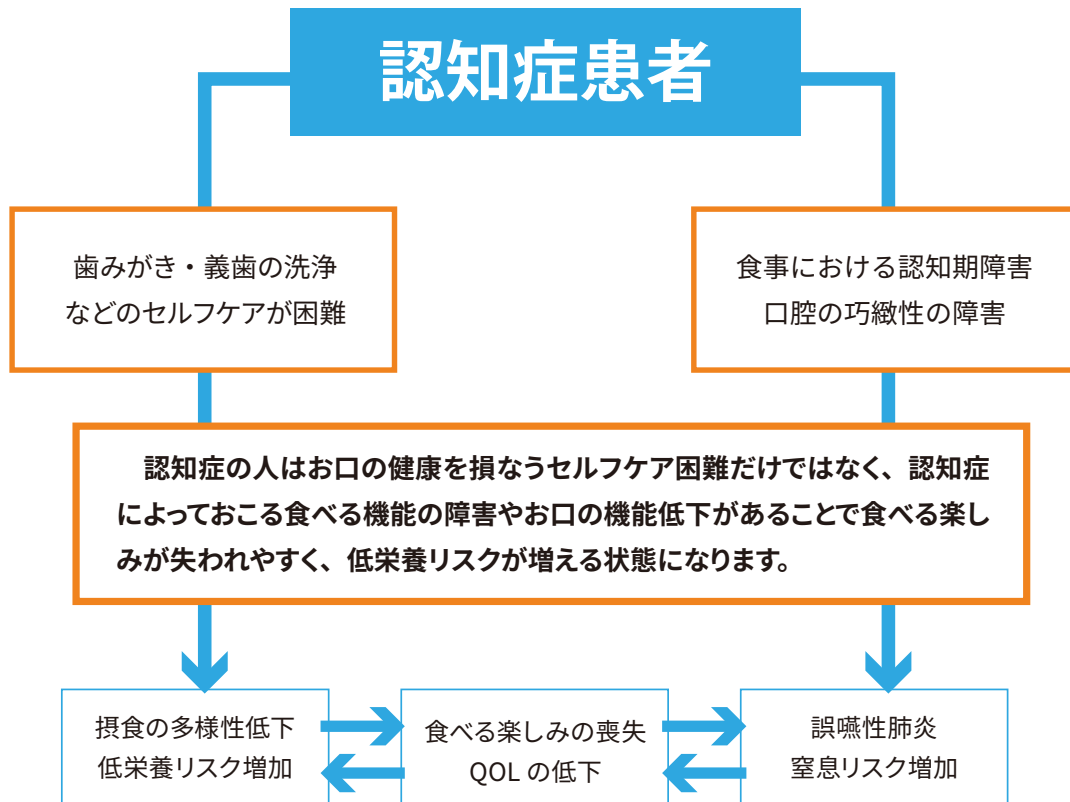
8は、尖った歯や合わない被せ物や、壊れた義歯の鋭利な部分がこすれて傷を作った状態です。会話や食事の時にも慢性的な刺激があるので、痛みによって食べられなくなることもあります。

8

褥瘡性潰瘍



認知症の人のお口の機能



認知症患者に対する専門的な歯科介入は重要

認知症の人の状態に応じた適時適切なアセスメントや介入が重要です! 次の章から説明するお口の機能やトレーニング方法を参考に歯科との連携を図りましょう!



認知症の人はお口の健康を損なうセルフケアだけではなく、認知症によって生じる“お口の機能低下”や“食べる機能の障害”があることで食べる楽しみが失われやすく、低栄養リスクが増える状態になります。

3

お口の機能について



お口の機能について

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

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



口腔機能とは？



美味しく食べる



安全に食べる



コミュニケーション



呼吸をする



表情を豊かにする



バランスを保つ

口腔機能が低下すると…

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

口腔機能が低下するとこんなリスクがあります！

誤嚥性肺炎
閉じこもり

窒息
認知機能の低下

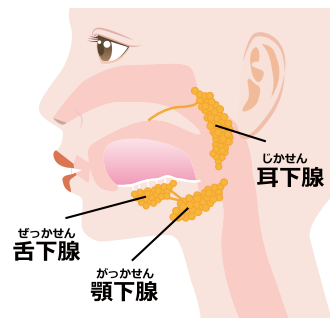
低栄養

脱水
転倒

唾液について：お口の潤滑油～唾液～

成人の1日の唾液の分泌量は1.5～2ℓとされています。(個人差、体調、生活習慣、服薬、疾患により変化します)

そのほとんどが三大唾液腺（耳下腺、顎下腺、舌下腺）から分泌されます。



唾液の働き

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

唾液の役割



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

口腔乾燥について：唾液分泌をアップさせよう

唾液の分泌に影響を与える要因

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

脱水の予防は、唾液の十分な分泌のためにも必要です！！

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



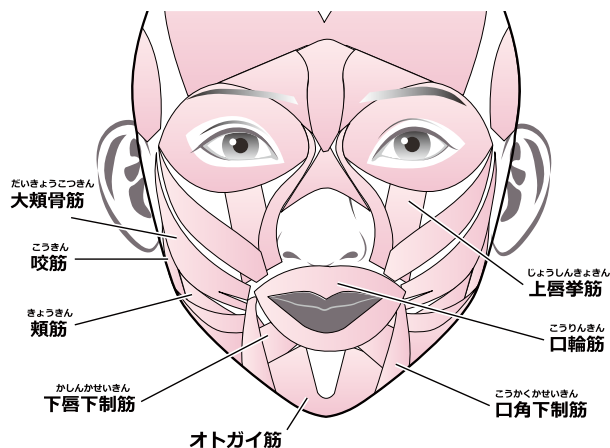
唾液の分泌が低下すると…

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

顔の筋肉（表情筋）

顔の筋肉は、その約7割が表情筋と呼ばれ、お口の周りに集中しています。

- 上唇挙筋** ...上唇を引き上げる
- 大頬骨筋** ...口角を上外側に引き上げる
- 口輪筋** ...唇を閉じたりすぼめたりする
- 口角下制筋** ...口角を支える
- 下唇下制筋** ...下唇を外側下方に引く
- オトガイ筋** ...下唇を突き出す、あごを持ち上げる



- 咬筋** ...ものを咬む
- 頬筋** ...頬をすぼめたり、開いたりする

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

噛む力

噛むことにはたくさんの効果があります！

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

咀嚼力（噛む力）の低下とは

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

改善 → 義歯を含めた歯科の受診・治療が必要

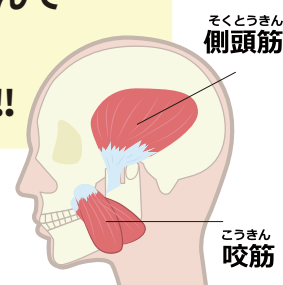
運動障害性咀嚼障害...加齢や脳血管疾患などの症状により、咀嚼にかかわる神経や筋肉の機能が低下し、噛むことが困難となっている状況

改善 → 筋機能の改善に向けた取り組みが必要

咀嚼に関わる筋肉

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

しっかり噛んで
噛みしめる
筋力アップ!!



発声・構音の機能

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

口唇をしっかり閉じる・開くことで発音される音。(→口唇の閉じる力)

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

舌先を上の前歯の裏につけて発音される音。(→舌の前方への動き)

- ・舌を使って食べ物を取り込んで、口の奥に運ぶ。

舌を喉のほうに引いて発音される音。(→舌の後方への動き)

- ・舌を使って喉まで運ばれた食べ物を、さらに食道へ運ぶ。

舌が口蓋について離れる時にでる音。(→舌の上方への動き)

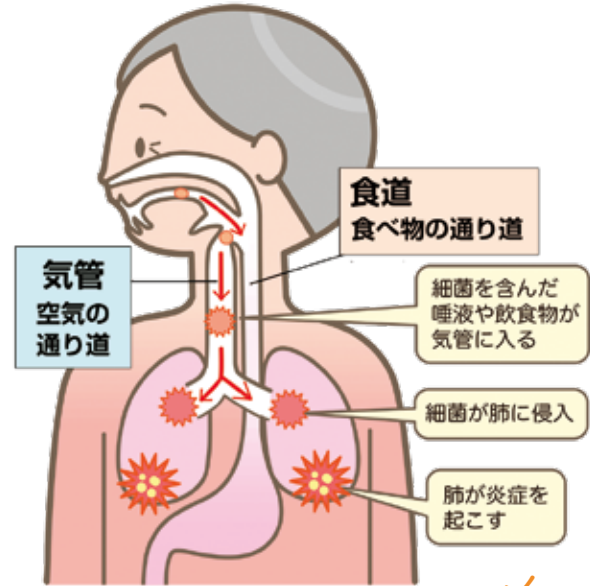
- ・舌を使って「ゴックン」と飲み込む。

誤嚥性肺炎

誤嚥とは、唾液や水分、食べ物などが気管に入ってしまうことをいいます。細菌を含んだ唾液や水分、食べ物を誤嚥し、気管から肺に入り込んでしまったのちに、肺の中で細菌が増殖し肺炎が成立すると、「誤嚥性肺炎」となります。

誤嚥

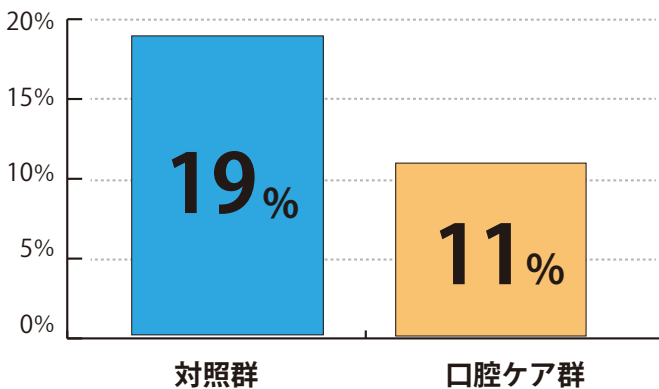
食道（食べ物の通り道）と気管（呼吸をする空気の通り道）咽頭（喉の奥）で交差します。飲食物や唾液を飲み込む際には気管の入口にある喉頭蓋（気管のふた）で気管が閉鎖され、食べ物が気管に入るのを防ぎます。この「ふた」がタイミングよく閉まらずに、食べ物が気管に入ってしまうと誤嚥が起こります。



Coffee break

口腔ケアは誤嚥性肺炎を予防する

2年間の肺炎発症率



Yoneyama T, Yoshida Y, Matsui T, Sasaki H. Lancet 354(9177), 515, 1999.

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

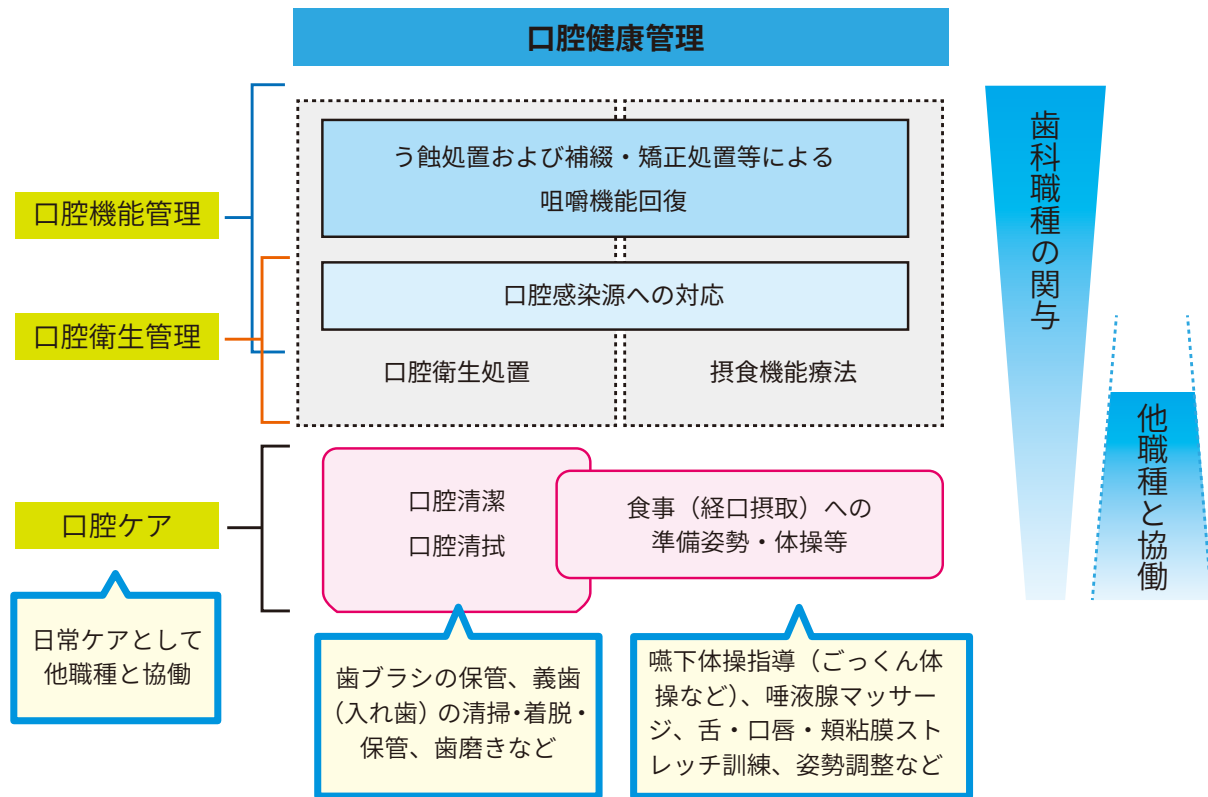
誤嚥性肺炎予防には、お口の中を清潔に保ち、お口の中の細菌数を減らすことが重要です。

専門職による
口腔ケアを
受けている方は
2年間の
肺炎発症率が低い



口腔健康管理とは

口腔健康管理とは、歯科職種が関わる口腔衛生および口腔機能に対する歯科医療行為と、歯科以外の職種・介護職や家族が行う、いわゆる「口腔ケア」の位置付けを明確化したものです。



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

日本歯科医学会「口腔ケア」に関する検討委員会、2015

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

口腔機能を維持向上するためには

口腔機能を向上するためには、次の二本の柱がとても重要です。この章では、①お口の中を清潔に保つこと、②食べることの支援、の順に説明します。

口腔機能を向上させるための二本柱

①お口の中を清潔に保つ

歯みがき
粘膜・舌の清掃
義歯の清掃
うがい



②食べることへの支援

摂食嚥下機能
食事時の困りごと
環境の改善
食べ始められる支援
食べ続けられる支援

お口の中を清潔に保つには

歯みがき

歯を失う大きな原因は歯周病。しかし近年は歯を多く残している認知症の人がたくさんいます。実は認知症の人の虫歯や歯周病が増えているのです。正しい歯磨きの方法を確認しておきましょう。

えんぴつのように



歯ブラシはヘッドが小さめ、毛の硬さは「ふつう」が基本。歯みがきでひどく出血する人は「柔らかめ」を選ぶと歯ぐきを痛めにくいです。

良い歯ブラシの持ち方

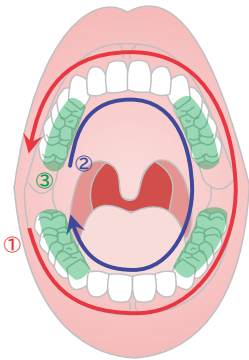
良い持ち方は、歯ぐきのお肉に程よいマッサージ効果があるくらいの持ち方です。鉛筆を持つような持ち方が良いでしょう。鉛筆の持ち方でブラッシングすると無駄な力が入らないことが知られています。

ブラッシングの順番とポイント

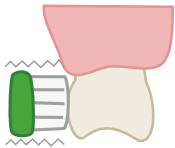
入れ歯は外してから自分の歯を磨きましょう。いつもブラッシングの順番を同じ順番に決めておくと、磨き残しが少なくなります。特に認知症になる前や初期のころから、習慣化するのが大切です。

毛先は歯と歯ぐきの境目にあたるようにしましょう。細かく小さく振動させるように動かすのがポイントです。

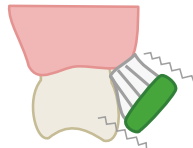
①外側、②内側、③かみ合わせの面の順に、まんべんなくブラッシングをしましょう。磨き残しやすいのが、奥歯の後ろ・頬側・舌側です。部分的に歯が無いところも磨き残しやすいことに注意！



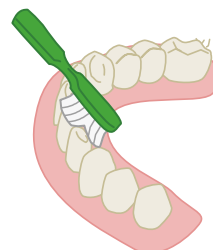
歯の側面は水平にあてて小刻みに振動させると毛先が歯の隙間に入りやすいです。



マッサージ効果で歯周病ケア

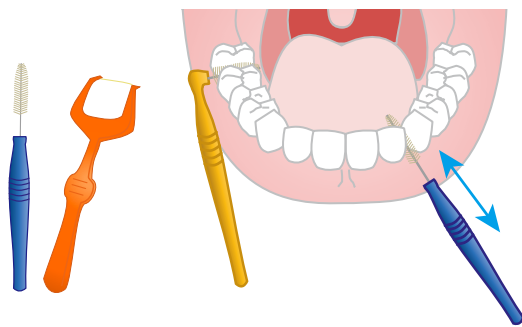


高齢期は歯の根元のケアが大事。歯ぐきのマッサージを兼ねて毛先を45度に当てましょう。



前歯の裏側は、歯と垂直方向に歯ブラシをあてて細かく動かしします。

歯間ブラシやデンタルフロス



歯と歯の間に歯間ブラシを差し込み、歯ぐきを傷つけないようにやさしく細かく動かします。汚れをかき出すのがポイント。

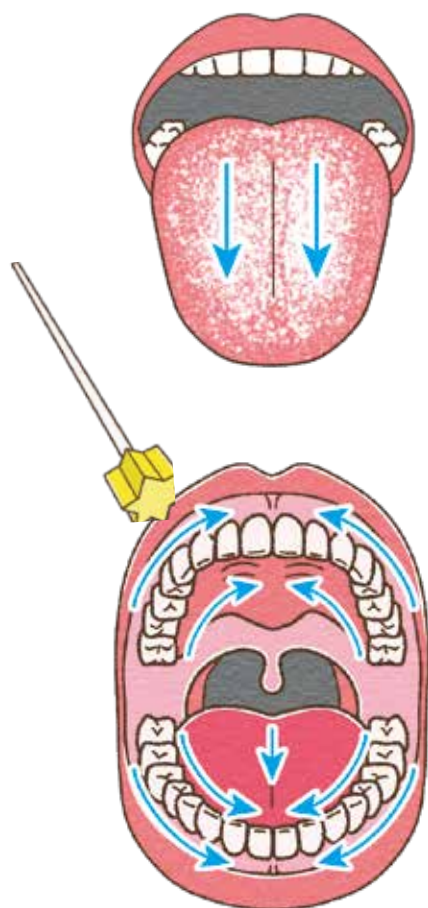
歯の隙間もお掃除を

年齢を重ねると、歯と歯の隙間が広がってきたり、歯が倒れてきたりすることがあります。歯ブラシだけでは、歯磨き効果がないことも少なくありません。そんな時は、「歯間ブラシ」「デンタルフロス」などのケア用品を使いましょう。

使い方は、かかりつけの歯医者さんで教わるのが一番早く確実な方法です。それぞれの歯並びに合った方法を教わりましょう。

お口の中を清潔に保つには

舌・粘膜のケア



舌のケア

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

※力の入れすぎや、擦りすぎないように注意しましょう。

粘膜のケア（スポンジブラシ）

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

【使用時の注意事項】

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

要介護状態の認知症の人のケアの時のコツ

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



お口の中を清潔に保つには

義歯清掃

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



汚れやすいところ

バネの所、くぼんだ所に注意しましょう。



Coffee break

Q 口腔ケアを拒否する方にはどうしたら？



A 認知症の人が、まず恐怖を感じない方法を考えましょう

認知症に伴って現れる認知症の行動・心理症状（BPSD）は、軽度認知症の段階からも様々な場面で現れます。口腔ケアに対する拒否的な様子もその一つです。

認知症の人が感じる **不安と恐怖**

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

BPSDの出現

認知症の人にとって、「なんだこは?」「わけがわからない、怖い」と思うような環境や人に囲まれると、混乱によって歯磨きの意図が伝わらずに、嫌がってしまうことがあるでしょう。まず食後の歯磨きを習慣化すること、そして、他の人も歯磨きをやっている様子を見せる（家族と一緒にやる、他の入所者も一緒に歯磨きを始める、など）ことも有効です。また、リビングなどの“一般的に歯磨き以外の行動をする場所”ではなく、洗面所までお連れして、“なんとなく歯磨きをやる雰囲気”にすることも有効です。

また、いきなり口腔のようなデリケートなところを触られたら、びっくりしてしまいます。顔を触る前に、肩や腕などをマッサージしてから、だんだんとお顔や口腔を触るようにすると、本人の怖い気持ちが起きにくいといわれます。もちろん、口腔ケアは痛くしないようにすることがとても重要であることは、言うまでもありません。

お口の中を清潔に保つには

うがい

加齢によって喉や舌の筋肉が低下し、唾液の量も減るため、飲み込みにくくなることが知られています。口の中の汚れを落とす「うがい」の動きには、頬や舌のをスムーズに動かす“協調運動”のトレーニング効果があります。「ブクブクうがい」や「ガラガラうがい」は、風邪予防や口腔衛生の為だけでなく、嚥下に関連した口腔周囲筋を維持するトレーニングとしても行いましょう。

ブクブクうがいをする口腔の協調運動の発達はこのような順でなされるといわれます。成人や高齢者がうがいを練習する時も、これらの様子を確認することが大切です。



うがいの練習



- ①口に水を含む
- ②唇をしっかり閉じる
- ③鼻呼吸する



- ④飲んでしまわないように頬と舌を動かす、水をあちこちに動かす
- ⑤グジュグジュと左右に頬を膨らまし



- ⑥飲み込まずに、下を向いて吐き出す

参考：「スペシャルニーズデンティストリーハンドブック 障害者歯科医療ハンドブック改訂版」公益社団法人東京都歯科医師会

食べることへの支援

食べる機能のことを「摂食嚥下機能」といいます。

摂食嚥下機能は、まず食べ物を認識してから、口に取り込み、噛んでひとまとめにして、飲み込んで、食べ物が胃に至るまでの一連の動きのことを指します。摂食嚥下を5期モデルでみてみましょう。

摂食嚥下の5段階

認知期（先行期）

口へ運ぶ量や早さ、噛む力を予測・決定する



準備期

食べ物を噛み砕き、飲み込みやすい形にする



口腔期

食べ物を口から喉に送り込む



咽頭期

食べ物を嚥下反射により喉から食道に送り込む

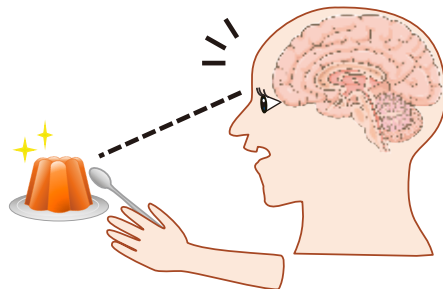


食道期

食べ物を食道から胃に送り込む

各器官の動き

認知期から口腔期までの舌の形の変化に注目!



唇は閉じている

舌の奥の方が口蓋にくっついている

準備期から口腔期にかけて、軟口蓋の形が変わる!

舌の前の方が口蓋にくっついている

軟口蓋が挙上して鼻腔を閉じる

舌の位置が少しずつ変わることによって食べ物を喉に送り込む

舌の後の方が口蓋にくっつくように動いていく

喉頭蓋の位置に注目! 気管をふさぐように動く!

気管が喉頭蓋でふさがり気管に食物が入ることを防ぐ

食べることへの支援

認知症の人のお食事

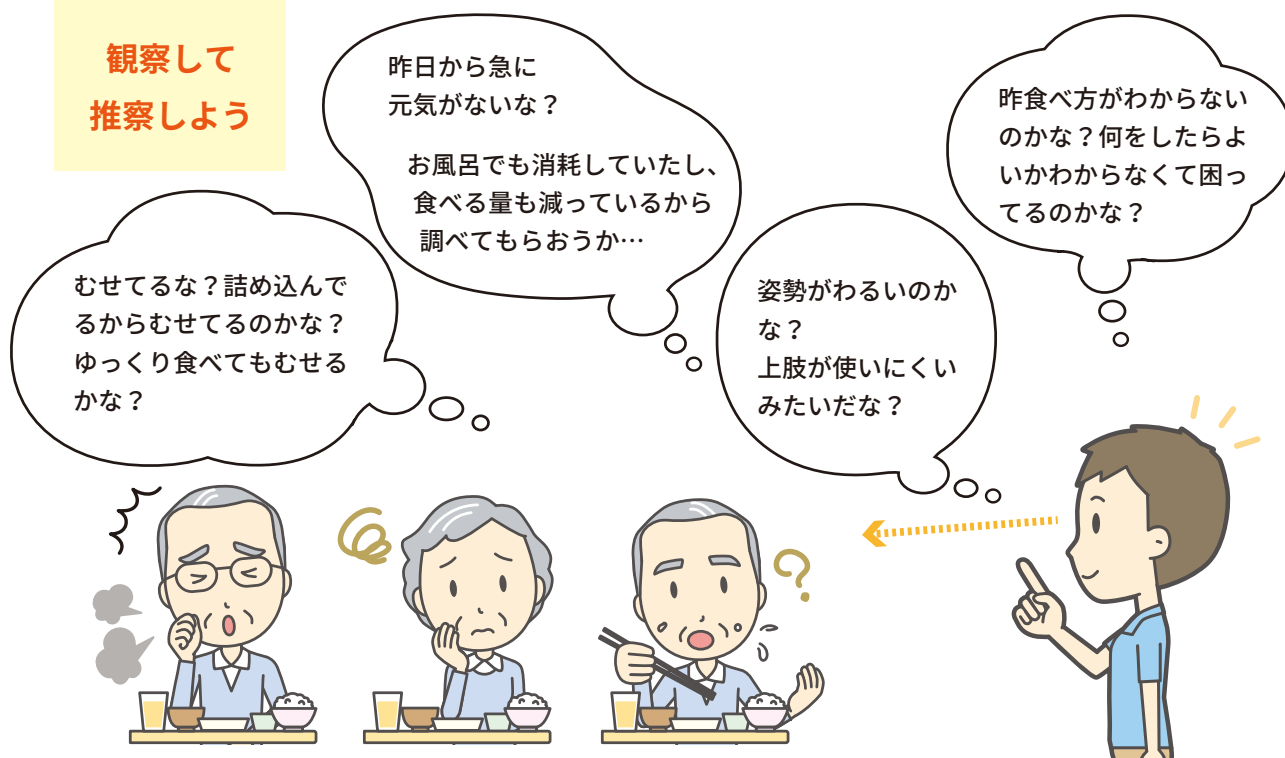
認知症が進むと「自ら食べ始めることができない」「最後まで食べ続けることができない」「一口の量が多い・少ない」「むせる」など、食べることへの支援が必要になります。

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



認知症の人が食べられない要因

観察して
推察しよう



認知症の人が食べられなくなった時、その理由は、基礎疾患の悪化や気分、お腹の調子、歯の調子が悪い・・・など様々です。しかし、認知症の本人が、自分から、「こういう理由で食べられないの」とお話ししてくださることは非常に稀です。なかなか言いたいことを伝えられない認知症の人は“食べない”ことでしか、意思表示ができないこともあります。

支援をする私たちは、認知症の人がどういった理由で食べられないのかを、積極的に観察をして、体調変化に係る様々な要因をかんがみたくうえで推察していく必要があります。

食事の前に環境の改善をしましょう

身体の準備

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

食事の環境

提供される食事と食卓

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

環境の音や動く物

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

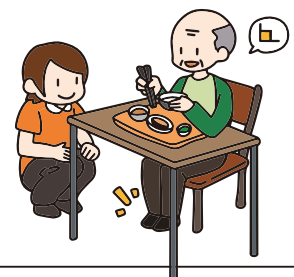
適正な姿勢

安定する姿勢

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

食卓との関係

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



自ら食べ始められるための支援

自分ですくうことができる場合

まず、以下の3点をお試しください

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

それで難しい場合は以下をご参照ください

配膳してもじっと座ったまま
食べようとしない

食べ物としての認知を高める工夫

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

食卓上の、食物以外の者に手を触れ、
食べようとしない

食卓上の物品整理

筆立てや花瓶、人形など、食べ物以外の物品を置かない

食器を並べ替えるばかりで
食べようとしない

配膳方法の工夫

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

スプーンなどを持ったり、食器に触れるが
食べる行為には至らない

慣れ親しんだ動作を活用する工夫

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

重度) 介助摂食の場合

口を開けようとしない、顔をそむける、
介助者の手を押し返す

食べ物としての認知を高める工夫

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

いったん口に入れた食物を
吐き出す

口腔内の原因の可能性

- 1) 痛みなど、食べたくない原因への対応
- 2) 食事時間の変更

口に食物を溜め込んだまま
飲み込まない

食べる行為を起動できるような工夫

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



自ら食べ始められるための支援

自分ですくことができる場合

食事以外の刺激に注意が向き、
食べ続けられない（食事に集中できない）

食事環境の見直し

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



食事中に居眠りしてしまい、
食べ続けられない

食事中にすっきり起きていられるための支援

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

重度）介助摂食の場合

むせてしまい、
食べ続けられない

専門家に相談：嚥下機能障害の対応 むせを予防する介助

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

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

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



原因疾患別の障害部位と食に関する症状

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

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

認知症重症度評価と関連した口腔機能管理の要点

認知症重症度（FAST）とお口の機能に関する課題および対応は以下の表にまとめられています。

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

本間昭，白井樹子：痴呆症学高齢社会と脳科学の進歩臨床編病期(ステージ)分類FunctionalAssessmentStaging (FAST) .日本臨床61（増9）：125-128, 2003.より

枝広あや子，平野浩彦，ほか：認知症重症化にともなう口腔関連機能の変遷 - FunctionalAssessmentStaging (FAST) を基準にした検討 - .老年歯科医学 29：176-177, 2014.

4

お口のトレーニング



4 お口の機能のトレーニングメニュー

筋肉の力の低下によるお口や飲み込みの機能低下には動きの協調性を増やすトレーニングが有効です。

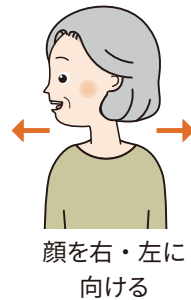
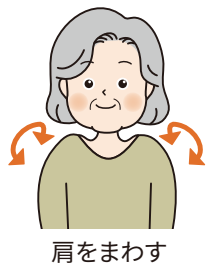
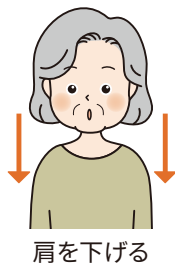
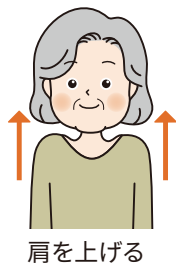
症状に基づいたトレーニングの選択例

症状	摂食嚥下段階					訓練法
	認知期	準備期	口腔期	咽頭期	食道期	
口唇が閉まらない、食べこぼし、口から唾液が流れる、口唇・舌の動きが悪い、食事前に意識がはっきりしない	○	○	○			口腔体操 (P28) パタカラ体操 早口言葉
開口してくれない、嚥下反射のタイミングが遅れる、意識が低下、指示に従えない		○	○			のどアイスマッサージ (P32)
飲み込む動作ができない、喉へ送り込まれた食物を上手く飲み込むことが困難				○		嚥下反射促通手技 (P33)
かすれた声が出る、声が異常に小さい、発声継続時間が短い				○		プッシング・プリング 声帯強化訓練 (P33)
飲み込む時にむせる、咽頭への送り込みのタイミングが遅れる				○		息こらえ嚥下 (P32)
喉へ送り込まれた食物を上手く飲み込むことが困難、喉に食べ物が残る				○		シャキア法 (P31) 嚥下おでこ体操 (P31)

① 口腔体操

口腔周囲（頬や舌、唇）の筋肉の力を高めることで、食事中の食べこぼしを防ぎ、食後に食べ物が口の中に残ってしまうことを防ぎます。口腔周囲の筋肉をよく動かすことによって、咀嚼に必要な筋肉の働きがよくなり、しっかりと咀嚼できるようになります。

肩と首の体操



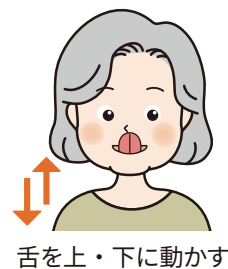
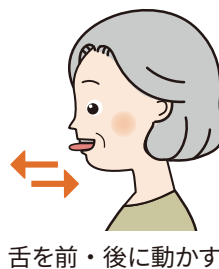
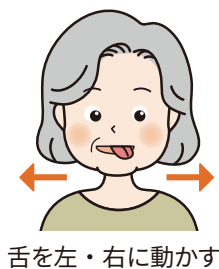
口の周囲の体操



頬の運動



舌の体操



② 唇・頬・舌のマッサージ

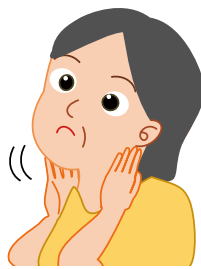
お口周りの器官の筋力・感覚などの低下を予防し、お口の機能向上を目的とします。

1



頬を回す

2



頸部をマッサージ

3

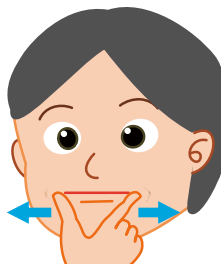


下唇の下を回す

4

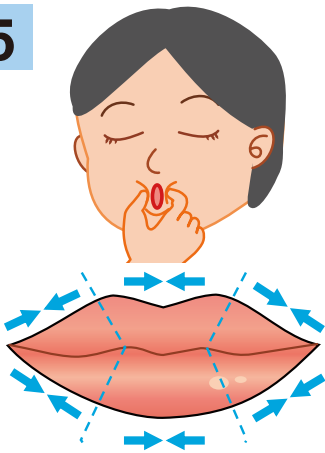


口角をはさんで



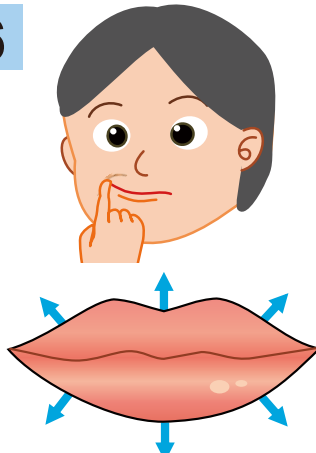
引き延ばしパットはなす

5



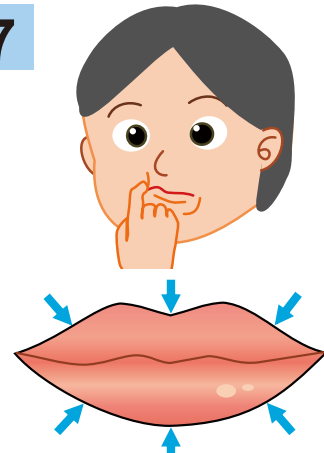
口唇をはさんで放す

6



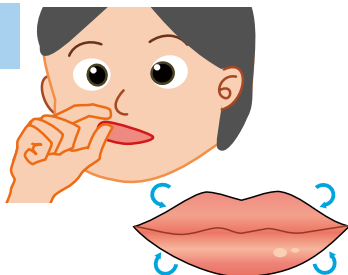
口唇の縁に沿って外へ広げる

7



口唇の縁に沿って内へ縮める

8



口角から指を入れ伸ばす



頬を膨らませるように

9



外へ押し広げながら伸ばす

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

③ パタカラ体操

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

パ 口唇を閉じる



タ 口蓋に舌先をつける



カ 口蓋の奥に舌の付け根付近をつける



ラ 巻き舌にして口蓋に押し当てる



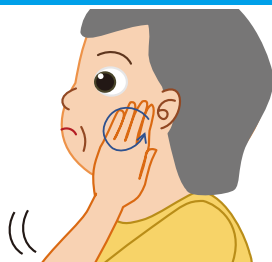
ぱ・ぱ・ぱ・ぱ・ぱ(×3)
 ぱぱぱぱぱ(×3)
 た・た・た・た・た(×3)
 たたたたた(×3)
 か・か・か・か・か(×3)
 かかかかか(×3)
 ら・ら・ら・ら・ら(×3)
 ららららら(×3)

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

④ 唾液腺マッサージ

三大唾液腺を刺激することにより、唾液の分泌を促進します。

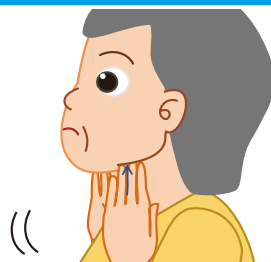
耳下腺への刺激



目安：10回

人差し指から小指までの4本を頬にあてて、上の奥歯あたりを後ろから前に向かって回します。

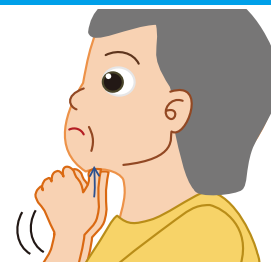
顎下腺への刺激



目安：各5回

人差し指から小指までの4本をあごの骨の内側のやわらかい部分にあて、耳の下からあごの下まで5か所くらいを順番に押します。

舌下腺への刺激



目安：10回

両手の親指の腹で、あごの真下から舌を突き上げるようにゆっくり押します。

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

口の渇きを感じた時や、食前に行うと良いでしょう。

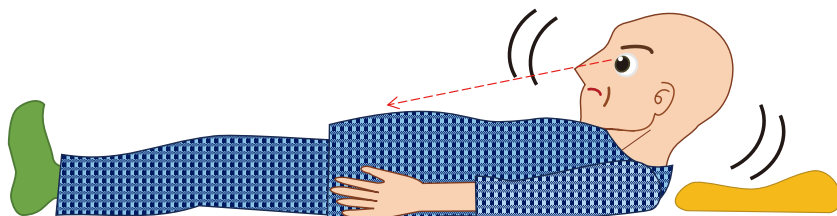


⑤ シャキア法 (Shaker exercise)

スムーズな嚥下に役立つ首の周りの筋肉を鍛えて、嚥下の時に食べ物が食道に入りやすくします。

ポイント

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



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



負荷が大きいため、症例によって適宜、強度や頻度を調節する必要があります。

⑥ 嚥下おでこ体操 (シャキア法と同じ効果)

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

毎食前：5秒間 × 10回



ポイント

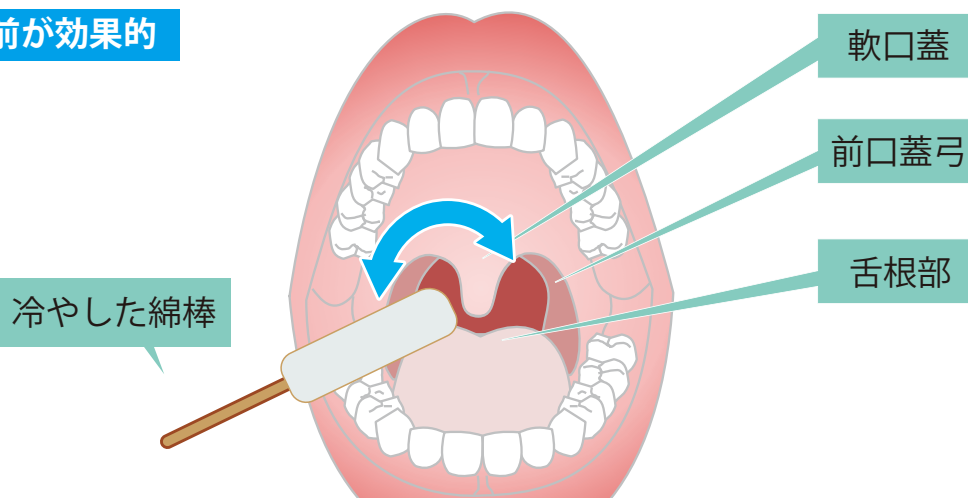
- 座った状態で姿勢を正します。
- 左右どちらの手でも良いので、おでこに手のひらを縦に当てます。頭が動かないように手で押さえながらおへそ部分を見るようにします。
- 手のひらとおでこで押し合いを5秒間行います。
- 嚥下おでこ体操は1日3回程度を行います。
- 反対の手でのど仏の上を触り、筋肉が硬くなっているのを確認しましょう。

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

⑦ 喉のアイスマッサージ

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

食前が効果的



綿棒の作り方

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



⑧ 息こらえ嚥下法

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



③と④の間で息を吸わないことが大切です

- 10～20回繰り返します。
- 息をこらえる時は、のどの奥を強く締めるようにしましょう。
- 口の中が乾いてしまう場合は、1回に1ml程度の水を用いるか、口腔内保湿剤を使うとよいです。
- 食事の時にも、息こらえ嚥下法を意識して飲み込みましょう。

⑨ 声帯強化訓練

声帯の動きを良くし、気道の入り口を閉じる動きを良くすることによって誤嚥を防ぐ訓練です。声門閉鎖を強化する目的で、声門を閉じた状態から勢いよく声門を開きます。

座位の場合、テーブルなどに手を添え「ふんばる姿勢」で行います。

椅子の座面を押すと同時に「アッ!」と大きい声を出すことで、勢いよく声門を開く訓練になります。

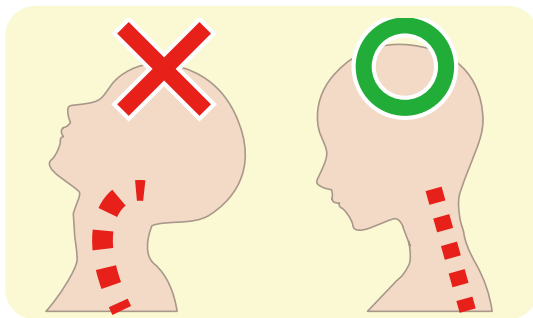
- 立位の場合は、壁や机を押しながら力を込めて「エイ」「ヤ」など、喉を閉めやすい声を出します。力強い声を出すことが重要です。
- 5～10回を1セットとし、1日2～3セット行います。



⑩ 嚥下反射促通手技

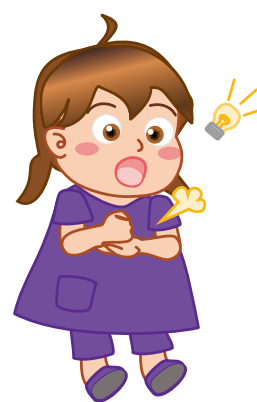
飲み込みに関わる筋肉に対し、頸を軽く擦ることで嚥下反射（飲み込みの反射）を促します。

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



5

認知症の人への歯科治療

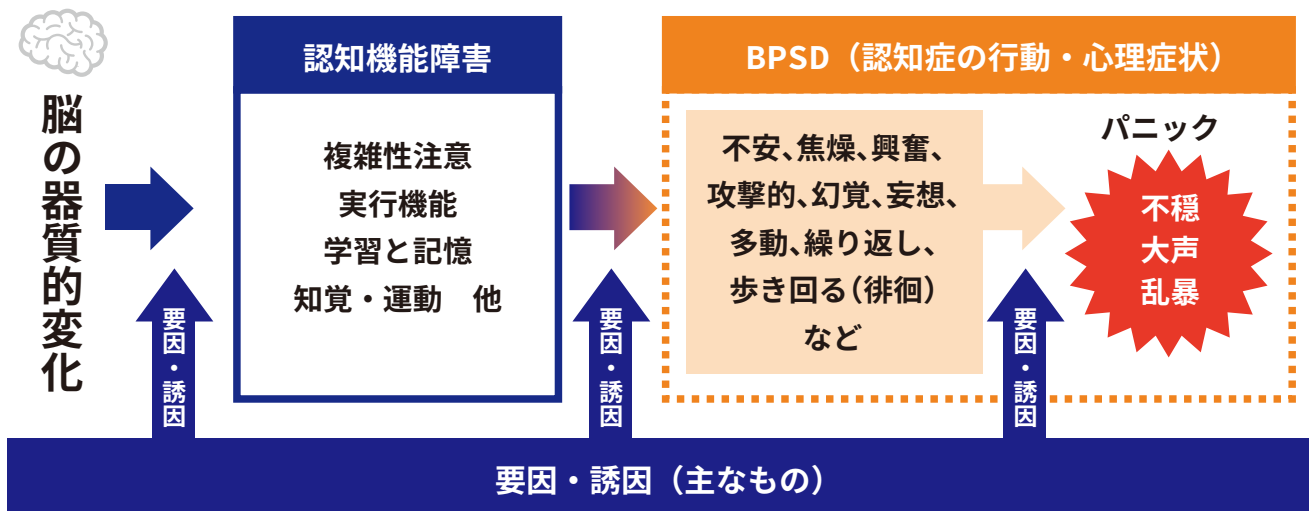


歯科診療の際に留意が必要な 認知症の症状と要因・誘因

認知症の本人にとって、歯科診療は心理的負担が大きいものです。それは、その時の本人にとって「口の中に異変があって不快」なばかりでなく、「慣れない医療者との対面」、「デリケートな口腔に触れられる」こと、「水や音が出る機械」など、行動・心理症状（BPSD）の引き金になりやすい行為が多く含まれるからです。

一方で、口腔内の異常は、誰でも起こりうること。そして放っておいても、良くなることはありません。したがって、負担の高い治療が必要な状態にならないように、口腔の健康を保っておくことが必要です。そして、治療が必要になった時にも、なるべく認知症の本人の負担が生じないような方法で歯科治療が行われるように配慮したいものです。

下記は認知症ケアでは良く使われる、パーソンセンタードケアの必要性を説明する図です。認知症の本人にとって、行動・心理症状（BPSD）の要因・誘因になり得るものごとには、“口腔内の痛みや不具合、不快感”（身体的要因），“治療優先の場である慣れない歯科クリニック”（環境的要因），“医療従事者の言動が本人にとって不適切”（心理・社会的要因）など、多くの可能性があります。また、慣れない医療従事者にデリケートな口腔に触られることの緊張感も混乱の要因になり得ます。



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

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

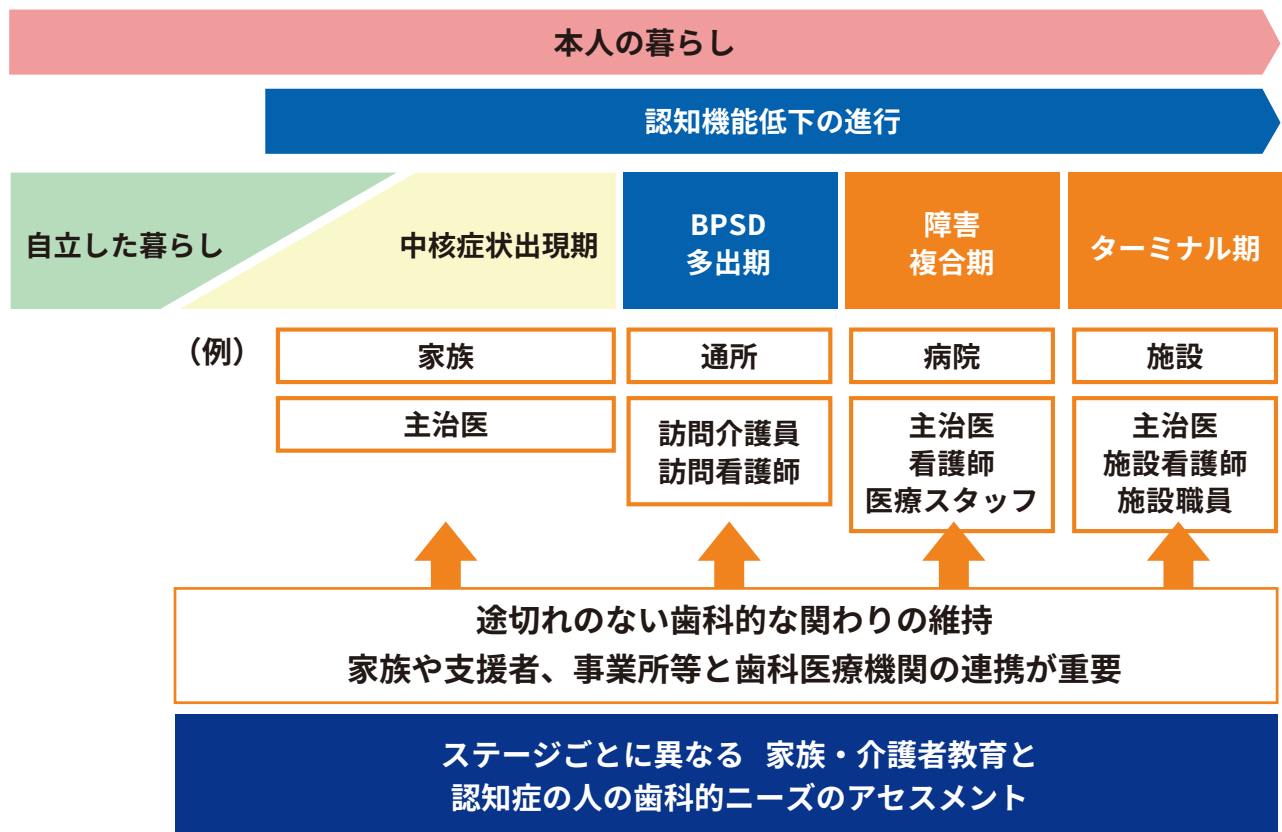
平成 27 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業「歯科医師認知症対応力向上研修テキスト」より引用改変

認知症に対する十分な理解がともなわないケアは
BPSD を悪化させるリスクが高いことを認識する

継続的な口腔管理の必要性

進行にともない本人の暮らす場が変化すれば、歯科的支援のあり方も変化する

認知症の進行に伴い、本人の暮らす場が変化していくことは一般的です。それぞれの場所では、それぞれ異なる生活の支援の目標があり、医療に係る専門職の関わりも異なってきます。口腔の健康を維持するために、とぎれのないように定期的に歯科と関わることはとても重要です。



通常、通所事業所に通う段階では、通所ケア以外の時間にご自分で歯科クリニックに通うことが想定されています。しかしケースによっては在宅歯科診療を行うことも可能です。早期の口腔のトラブルの発見や歯科治療への促しが重要です。

病院は、病気を治療する医療を中心とした場ですから、歯科のない病院では歯科医療とのつながりが途切れがちになることがあります。積極的に口腔の健康を守る手立てを講じておくことは、その後の生活にとってとても大事です。

介護施設は、楽しく穏やかな暮らしを大事にする場であることも多いです。口腔の機能低下が少しずつ進行するなかで、食べられる口を守り、健やかな状態に保つ支援を、介護と歯科医療と共同で維持することが重要です。

歯科と関わることは口腔の健康だけでなく、食事をおいしく楽しく食べる支援にも重要です



Column 歯科の視点 “認知症の人への歯科診療方針”

歯科治療はデリケートな口腔に外科処置などをする行為ですので、一定の程度の指示の理解や治療への協力が必要です。もし進行して大きな治療が出来なくても、本人が快適に過ごすためにできる治療があります。進行の様子に合わせて、歯科職種と一緒に歯科診療計画を考えて頂けると、とてもありがたいです。

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

認知症 中等度 理解力低下により拒否的になる可能性もあるため、心理的負荷がかかる治療は十分な配慮が必要

認知症 重度 治療困難な場合は、可及的に QOL を重視した治療を重視する。その時点での口腔機能・衛生の維持に配慮

視野に
訪問歯科診療も

ぜひ活用しましょう “認知症の人の歯医者さんかかり方 Book”

認知症の人や家族に聞いてみると、「認知症の人を診てくれる歯医者さんがどこなのかわからない」、「診断前のように普通に受診したら、色々と上手くいかなくて困った」などのお声が聞かれます。

歯科医師は認知症の専門家ではないので、認知症のことはまだまだ勉強中です。認知症のことは、本人や家族から教えてくださるととても助かります。あらかじめ「認知症の病名」や「主治医やケアマネージャーの名前」を伝えておいていただくと、歯科治療を行ううえで上手な配慮の手助けになります。



東京都健康長寿医療センター研究所のホームページからもダウンロードできます。

口腔にトラブルがあるかもしれない、と思ったときに参考になるような「認知症の人の歯医者さんのかかり方Book」を作りました。

歯科医院で何を伝えればよいかの考えを整理するため、また、認知症の人本人がうまく言えない言葉を探すことの助けになるような言葉を含めました。ぜひ参考にしてみてください。

認知症の人への歯科治療

ちょっとした気づきでも専門家（歯科専門職）の手を借りよう

口の中のトラブルを、場所や症状などの確な言葉を使ってだれかに訴え、解決策として歯科受診を希望することは、高度な判断力を要する機能です。認知症の症状が進むと、ご自分の口腔の困りごとを訴えることが難しくなります。困っても、どうしたらよいかわからないことが増え、課題解決ができないようになるからです。

したがって、認知症の人が自分で訴えないからと言ってお口の困りごとがないとは限りません。

自らの言いたいことがうまく表現できないようになった状態で、口腔内のトラブルが発生したとき、こんな様子が現れます。

「指を口に入れている」

「服の袖口やタオルなどを口に入れたり噛んだりする」

「食事を途中でやめてしまい、元気がない」

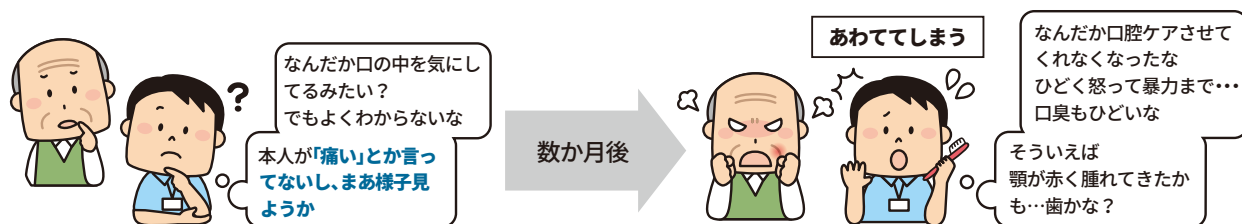
「イライラして、攻撃的になっている」

「歯磨きの時に、以前より攻撃的である」

こうした様子が出るのみで、言葉による訴えが出ないことが少なくありません。

本人が「痛い」を言わないからといって、受診を見送っていると、いつしか、ひどく腫れたり、食べられなくなって弱ってしまうことになります。

前述のような様子があったら、本人が「痛い」と表現していなくても、歯科専門職の手を借りてください。歯科専門職は、客観的な所見から診断をすることができます。



痛いときだけ歯科にかかろうとすると治療がうまく行えない

口の中に痛みや、つらいトラブルがあるときは、認知症の人にもイライラしてしまいます。また、特にいらだっているときには、初めて出会う見知らぬ歯科医師や歯科衛生士に適切な対応はできません。それどころか、診察で痛みのある部位を触られるので、強い行動・心理症状の引き金にもなり、本人にとっても嫌な体験になります。そのような状況では、適切な治療も困難になってしまうので、結果的に口腔のトラブルは解決せず状態が悪化してしまいます。

痛い時だけ歯科受診スタイル

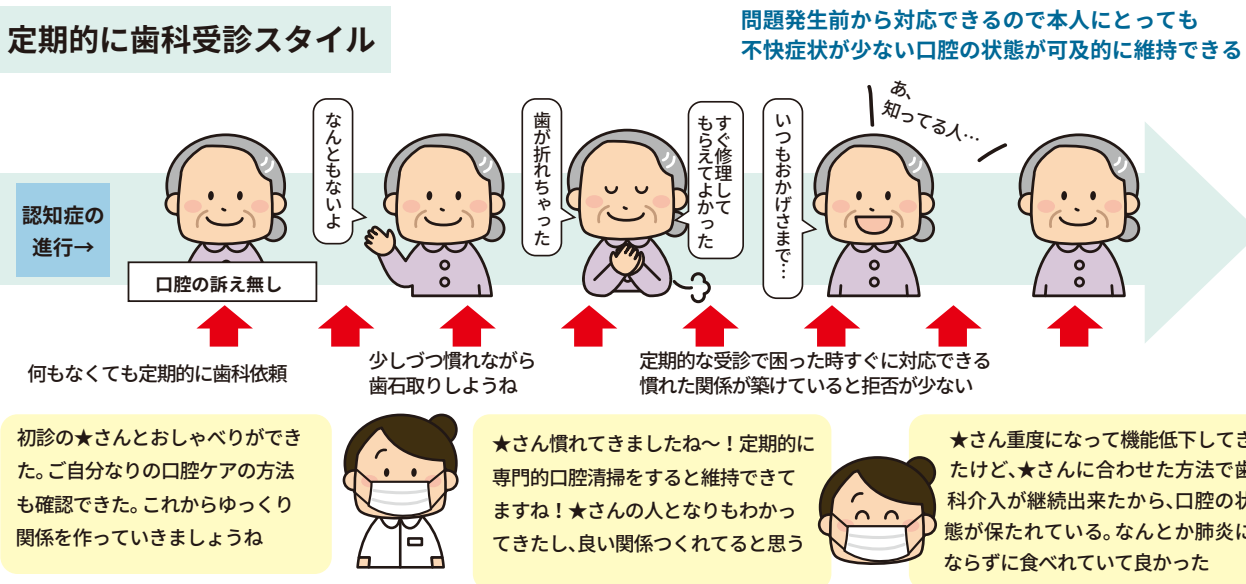


定期的に歯科受診するスタイルが快適

一方、とくに訴えがなくても定期的に歯科にかかるようにしていると、痛くないときの簡単な治療のくり返して、歯科医師や歯科衛生士に口腔を診察されることに慣れることができます。慣れている関係であれば、認知症が進行しても比較的受け入れが良好で治療に関する拒否は少ない傾向があります。

そうすると歯科医師、歯科衛生士もあらかじめ認知症の本人との関係を作っておくことができるので、その本人に適した声掛けや配慮が可能になります。こうした痛くないときの関わりを何度も継続していくことで、重度に進行してからも介入がしやすく、本人の口腔の状態も維持しやすくなります。

定期的に歯科受診スタイル



認知症の人本人にとっての歯科診療とは

一般の人が歯科医療機関にかかるには、多くは歯科医療機関の外来を受診します。歯科医療機関では予約診療をしているところが多いので、あらかじめ電話などで予約をしてから、受診します。通常は、ご自分で歩ける人であれば、外来で診療をします。一方、認知症の症状によってこれらが難しくなっています。

自分自身で受療行動を起こせる軽度認知症の人は、多くはご自分で歩きますので、自宅の近所のかかりつけ歯科であれば、自分で行くことは可能です。しかしながら、「歯科医院の電話番号を調べて電話をかける」ことや「予約に合わせて外出し、歯科医院に行く」こと、「〇〇歯科医院にかかっていて、あと〇回くらいは通院するのだ」と数週間のあいだ、認識し続けることは、とても難しいことです。ただ歯科医療機関で診療椅子にすわり、簡単な指示を理解し、上手な誘導、慣れた治療であれば、一般の人と同じように治療を受けることができます。ところが、自宅に帰って、歯科医療機関で教えてもらった通りに口腔セルフケアが継続できるかという点、少し難しいでしょう。

中等度以上に進行した認知症の人では、前述のように自分で受療行動（課題解決）に結びつく行動を起こせないことも多くあります。家族などが歯科医療機関に予約をとってくれたとしても、本人にとって、カレンダーを見て日時を正しく認識し、歯科医院の場所を正しく認識し、交通機関の利用など移動にかかる時間や、着替えにかかる時間を逆算して準備をして家を出る、という一連の行動は非常に難しく、本人にとって頭のつかれる、億劫な作業になります。

そして、うまくできないと、出かけるのが嫌になります。誰かに歯科医療機関に連れて行ってもらったとしても、本人はどこに何のために連れてこられたのか分からない、どんな態度でいけば分からないですし、見慣れない空間や人に囲まれるので、とても混乱が起きやすく、通常の歯科診療でも受け入れが難しい状態です。

また、歯科治療は一回で終わることは少なく、複数回の受診が必要なものです。認知症が進行した人にとって、何度も外出して受診することは難しいかもしれません。

本人にとっての外来歯科治療の難しさ

外来治療の 難しさ

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

慣れない歯科診療所の外来では
混乱がいっぱい



外来か訪問か

外来での診療を受け入れるには、高度な情報処理が必要であることから、認知症の進行によっていつしか外来診療は困難になります。こういったときは歯科訪問診療を依頼するという方法があります。

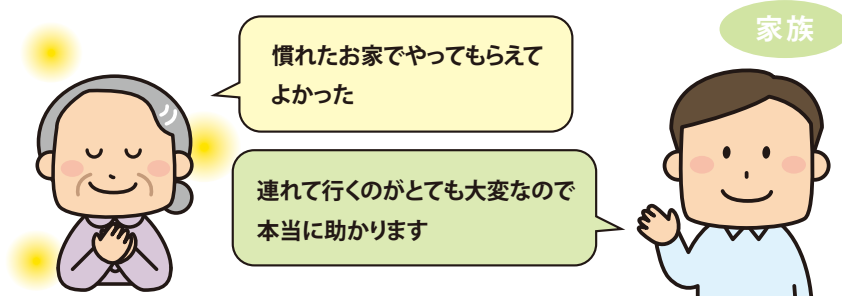
歯科訪問診療は、実施している歯科医院とそうでない歯科医院があります。認知症の本人が慣れている歯科医師（かかりつけの歯科医院）のほうが、うまくいきやすいですし、以前からの治療の継続性があるので、できればかかりつけの歯科医院にお願いしたいところではあります。かかりつけ歯科医院が歯科訪問診療に対応しているかどうかを、かかりつけ歯科医院に電話で聞いてみましょう。

もし、かかりつけ歯科医院が歯科訪問診療をしていないという事でしたら、別の歯科医院を紹介してもらったり、地域の歯科医師会に聞いてみたり、インターネットで「〇〇県〇〇市、歯科訪問診療」などと入力して調べることが出来ます。また、担当していただいているケアマネージャーさんや、病院の精神保健福祉士さんや相談員さんなどに聞いてみるのも良いでしょう。

歯科訪問診療による本人への社会的支援

実現できる
社会的支援

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



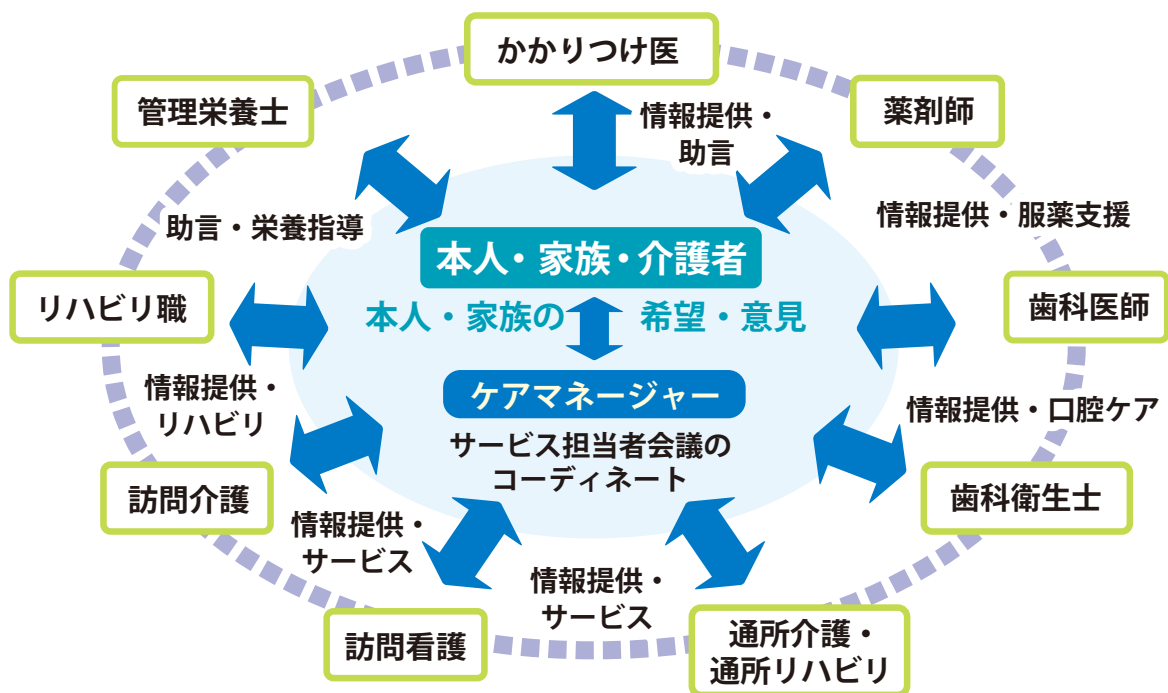
多職種での連携

歯科訪問診療のニーズがある認知症の人の多くは、外出しにくい状態になった人がほとんどです。中等度以上の認知症の進行があったり、要介護度が上がっている人が多いでしょう。そういった人は生活行為（ADL）も支援が必要な人であり、在宅サービスなどの併用をされているかもしれません。口腔のセルフケアは、一般の人であれば自宅で自分で行う日常行為ですが、ADLの低下した認知症の人では難しいので、その点でも在宅サービスのお力添えが必要です。

また、そういった人たちは、口腔のちょっとしたトラブルが、“食べられない”につながりやすく、急速な低栄養に発展しやすい状態です。複数の慢性疾患を持っている認知症の人では、他の病気の悪化が口腔内に合併症をもたらすことも少なくありません。在宅医療、在宅看護、訪問介護、訪問リハビリなど多くの専門職とともに、歯科専門職も連携に加わることが出来ます。

みんなで課題の共有をしよう

サービス担当者会議等での情報共有



サービス担当者会議などに歯科専門職が参加できると、口腔の状態や栄養摂取、内服に関する課題の共有ができます。家族や介護の状況などを共有すれば、治療方針にも活かせます。医療介護連携 SNS などの情報共有ツールを使っている場合は、ぜひ情報共有をお願いします。

最後の時までの Comfort を支える

人生最期の時のケアは、“緩和ケア”といいますが、その際に重要視されるのが、本人の“Comfort (快適さ)”です。

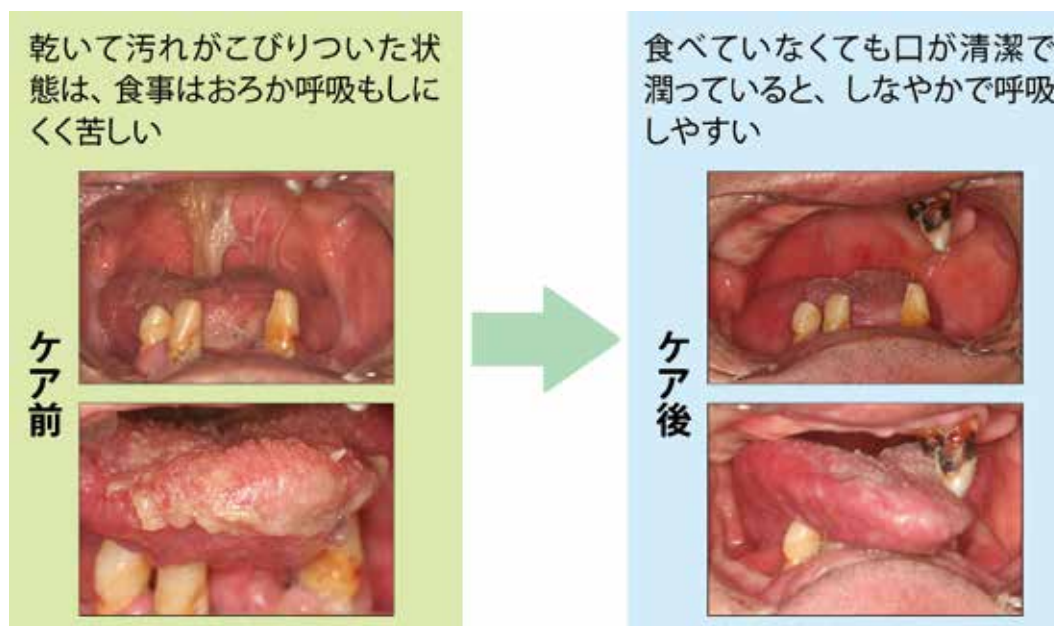
看護学において、comfort および comfort ケア の概念は、K. Kolcaba の定義で下記の様に示されます。comfort は最期の時を迎えた本人の主観的体験であって、人によって感じ方が違うことが前提です。4つのコンテキストすべてが達成できない時でも、あたたかい声掛けやマッサージなどで comfort を与える援助ができます。

“Comfort” とは

「緩和、安心、超越に対するニードが、経験の4つのコンテキスト（身体的、サイコスピリットの、社会的、環境的）において満たされているという即時的な経験である」

日本看護科学学会看護学術用語検討委員会 第9・10期編. 看護学を構成する重要な用語集.
日本看護科学学会, 2011. <http://jans.umin.ac.jp/iinkai/yougo/pdf/terms.pdf>

認知症によって人生最期の時が訪れる時期には、本人は口から食べることが出来なくなるかもしれません。低栄養により免疫も低下していき口腔にもトラブルが出やすくなります。そんな時でも、口腔を清潔に保ち、痛みや乾燥や臭いがなく、潤っている状態が保てていることは、“Comfort”を保つ条件の一つとされています。最期の時まで歯科専門職との連携を保つことは、Comfort ケアに役立ちます。



口腔が清潔で潤っている状態を保てていると、亡くなった後の臭いも少ないといわれます。本人が快適であるように、口腔の清潔を保つことは、最期まで人生を生ききった本人の尊厳を保つことでもあります。



6

介護保険における居宅系口腔管理 関連サービスについて



介護保険における居宅系口腔管理関連サービス

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

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



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

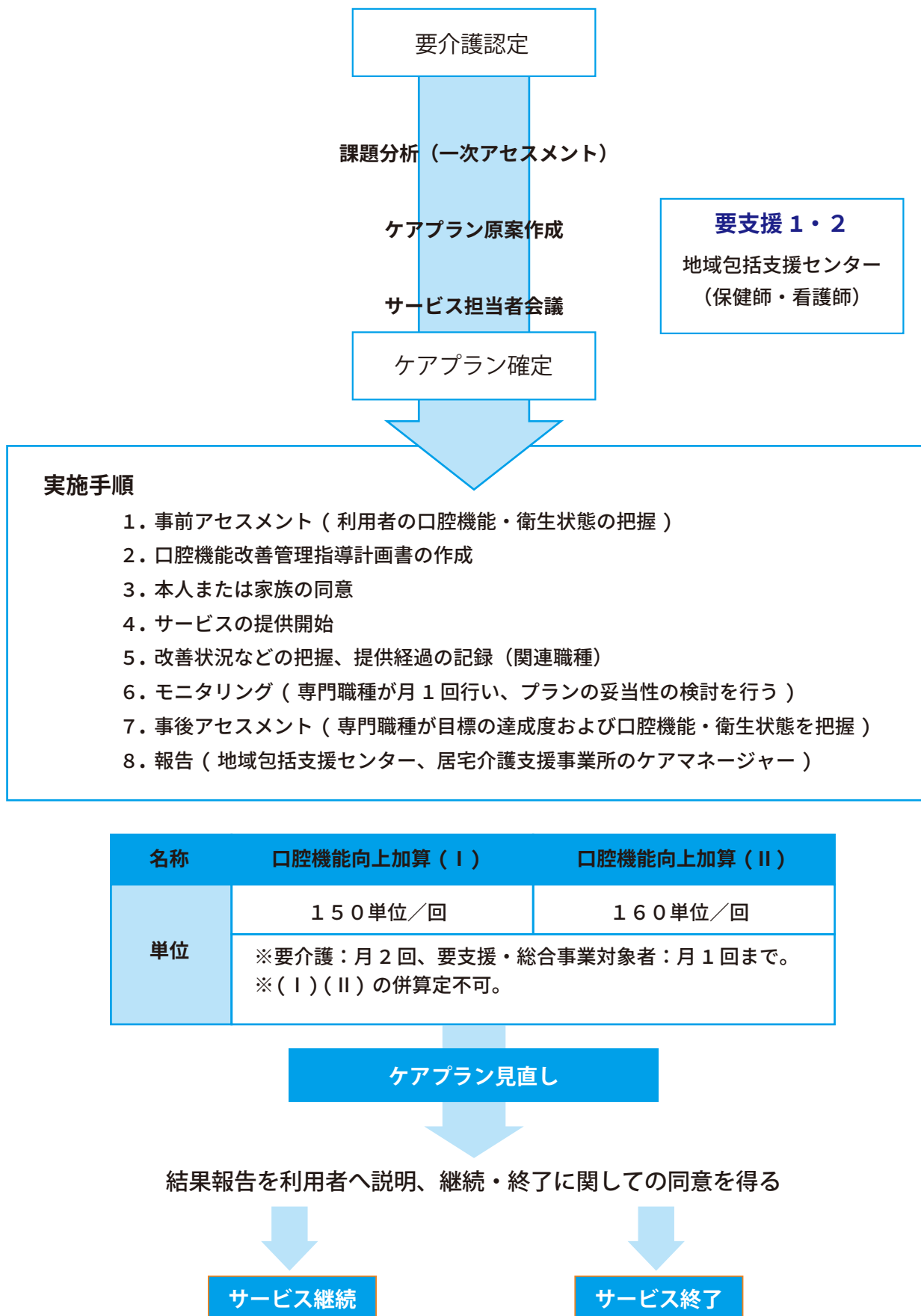
1) 口腔機能向上加算の対象となる人

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

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

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

2) 口腔機能向上サービスの具体的な流れ



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

1) 居宅療養管理指導の対象となる人

居宅療養管理指導を受けられるのは、要介護 1～5 に認定されている 65 歳以上の高齢者。

介護保険に加入している 40 歳～64 歳で、パーキンソン病や関節リウマチ、末期がんなどを
含む全部で 16 種類の特定疾病のいずれかにより要介護認定を受けた人。

2) 各職種が行う指導の概要

医師又は歯科医師

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

薬剤師

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

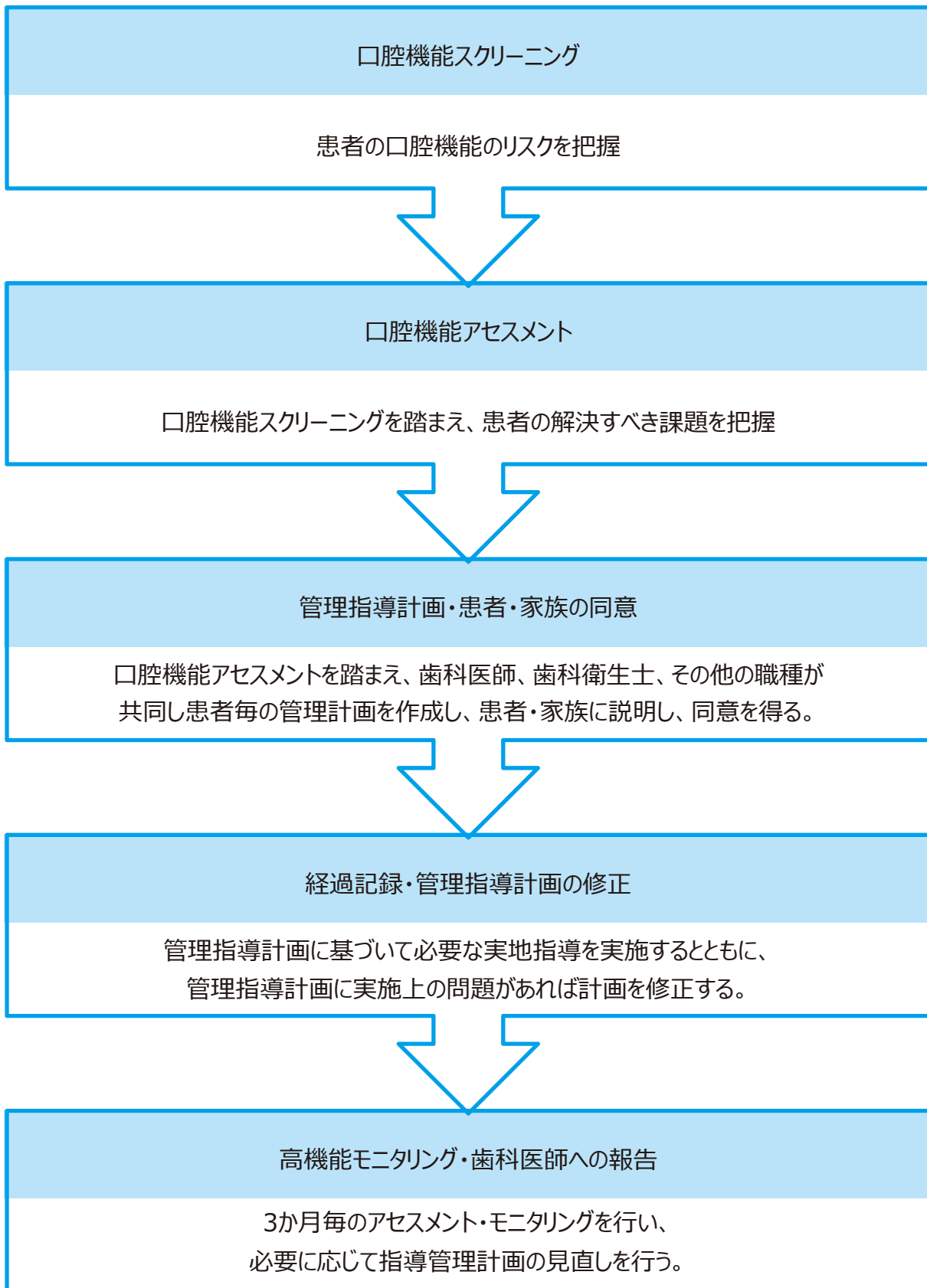
管理栄養士

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

歯科衛生士等

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

3) 歯科医師・歯科衛生士による居宅療養管理指導の具体的な流れ



必要な書類（令和3年度介護報酬改定版）

資料 I

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所
担当 殿

医療機関名
医療機関所在地
電話番号
FAX 番号
歯科医師氏名

基本情報

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

利用者の病状、経過等

(1) 情報提供の目的
(2) 病状、経過等
<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態不良 <input type="checkbox"/> う蝕等 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患（潰瘍等） <input type="checkbox"/> 義歯の問題（ <input type="checkbox"/> 義歯新製が必要な欠損 <input type="checkbox"/> 義歯破損・不適合等） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能の低下 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 配慮すべき基礎疾患（ ）

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 必要な歯科治療
<input type="checkbox"/> う蝕治療 <input type="checkbox"/> 冠・ブリッジ治療 <input type="checkbox"/> 義歯の新製や修理等 <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 <input type="checkbox"/> 口腔機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(2) 利用すべきサービス
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（ <input type="checkbox"/> 歯科医師、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士） <input type="checkbox"/> その他（ ）
(3) その他留意点
<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(4) 連携すべきサービス
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（ ） →必要な支援（ ）

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

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () → 必要な支援 ()
(3) 特記事項

資料 II

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

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

1 基本情報

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

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

2 スクリーニング、アセスメント

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

(以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施)

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

3 居宅療養管理指導計画

利用者家族に説明を行った日 令和 年 月 日

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

4 実施記録

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

資料III

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

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

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

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

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

2 口腔機能改善管理計画

作成日：令和 年 月 日

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

3 実施記録

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

4 その他特記事項

--

資料IV

口腔機能向上加算の実施記録

別紙様式 1 - 6

口腔機能向上加算の実施記録

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

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

1 実施記録

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

2 その他特記事項

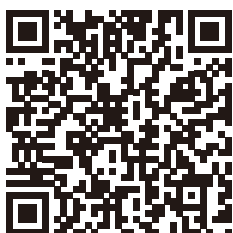
--

歯科医師・歯科衛生士等による居宅療養管理指導は、口腔内や義歯の清掃などの口腔衛生や、摂食・嚥下機能などの口腔機能に関する実地指導を行い、指導内容等を定期的に記録することになっています。

その様式は、原則として口腔機能向上加算の様式例を準用することになっています。有効に活用しましょう。



資料 I ~ IV は、厚生労働省のホームページからダウンロードできます。



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

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

7

事例

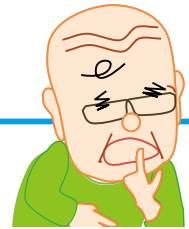


寿 松男さん（83歳）のケースを考えてみましょう！

～居宅療養管理指導～

事例

寿松男さんのケースを考えてみよう！



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

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



記入例

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

1 基本情報

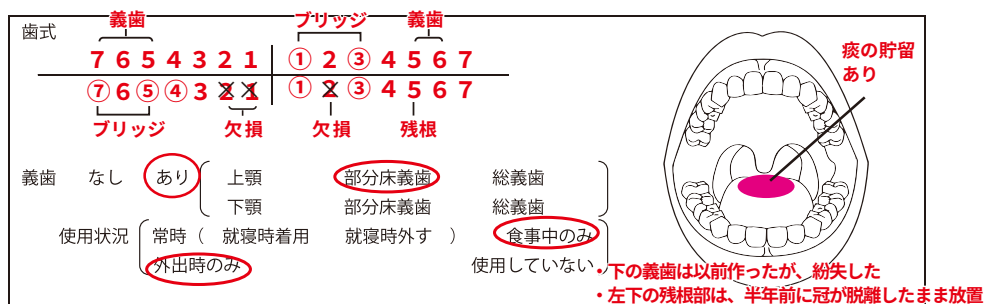
利用者氏名	(ふりがな) ことぶき まつお 寿 松男	明・大・昭 11年 1月 1日生 (87 歳)	男 女
食形態	<input checked="" type="checkbox"/> 経口摂取 (<input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり (発症日: 令和 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> なし		

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

2 スクリーニング、アセスメント

記入者・記入年月日	(氏名) 渋沢 花子 令和 5 年 3 月 31 日		
口腔衛生状態	口臭	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	歯の汚れ	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	義歯の汚れ	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	舌苔	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
口腔機能の状態	食べこぼし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	舌の動きが悪い	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	むせ	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	痰がらみ	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	口腔乾燥	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
(以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施)			
歯科疾患等	歯数	() 歯	
	歯の問題(う蝕、破折、脱離等)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	歯周病	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	粘膜の問題(潰瘍等)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
	義歯の問題(不適合、破折)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
特記事項	デイでの活動中は自発的な会話はほとんどない。表情も乏しい。 痰がらみが多く、お茶でむせこみあり。残根部については特に痛みはないとのこと。		

○専門職による口腔内診査 (平成 5 年 3 月 31日)





寿 松男さんのケースを考えてみよう！

開始時の記入例

3 居宅療養管理指導計画

利用者家族に説明を行った日 令和5年4月5日

初回作成日	令和 5年 4月 4日	作成(変更)日	令和 年 月 日
記入者	歯科医師: 平野太郎 歯科衛生士: 渋谷花子		
目標	<input checked="" type="checkbox"/> 歯科疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 重症化予防 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科治療 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔衛生 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃 技術の向上 <input checked="" type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 維持 <input checked="" type="checkbox"/> 改善	<input checked="" type="checkbox"/> 食形態 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養状態 <input type="checkbox"/> 維持 <input checked="" type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他()	
実施内容	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導	<input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他()	
訪問頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他()		
関連職種との連携	デイでの食事前の体操やセルフケアの声掛けや促し、食形態や摂取量の情報共有		

4 実施記録

訪問日	令和 5年 4月 8日 13時00分 ~ 13時50分	実施者	渋谷花子
訪問先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設(有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム)		
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り 令和 5年 4月 8日 13時10分 ~ 13時45分		
実地指導の要点	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導	<input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他()	
解決すべき課題	セルフケア、口腔体操の習慣化		
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導() <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示()		

このケースでの介入のポイント

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

期待される効果

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



認知症の人のお口の支援実践ハンドブック作業部会編集

執筆者一覧

- 平野 浩彦 東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科 部長
東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究部長
- 枝広 あや子 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム 研究員
- 森下志穂 明海大学 保健医療学部口腔保健学科 講師
- 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

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）
認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理に関する調査研究事業

認知症の人のお口の支援実践ハンドブック

令和5（2023）年3月 発行

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター

理事長 鳥羽 研二

研究代表者 平野 浩彦

〒173-0015 東京都板橋区栄町35番2号

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

執筆一覧

編著

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

分担執筆（五十音順）

荒井 秀典 国立長寿医療研究センター 理事長
栗田 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
木村 年秀 まんのう町国民健康保険造田歯科診療所 所長
小玉 剛 公益社団法人日本歯科医師会 常務理事
後藤 拓朗 三豊総合病院 歯科保健センター 医長
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
中村 純也 国立長寿医療研究センター 歯科口腔外科部
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 高次能口腔機能学講座顎口腔機能治療学教室 准教授
長谷 剛志 公立能登総合病院 歯科口腔外科部長
増山 隆一 増山歯科医院 院長
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

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）
認知症の状況に応じた高齢者の継続的な口腔機能管理に関する調査研究事業
認知症の人の口を支えるマニュアル

令和5（2023）年3月発行

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

理事長 鳥羽 研二

研究代表者 平野 浩彦

〒173-0015 東京都板橋区栄町35番2号

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



地方独立行政法人

東京都健康長寿医療センター