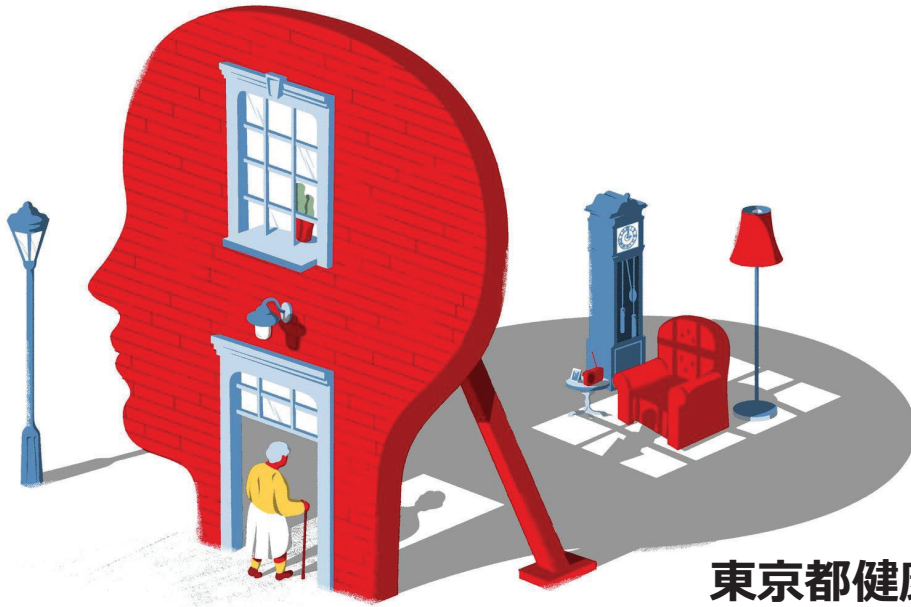


認知症の人の口を支える視点

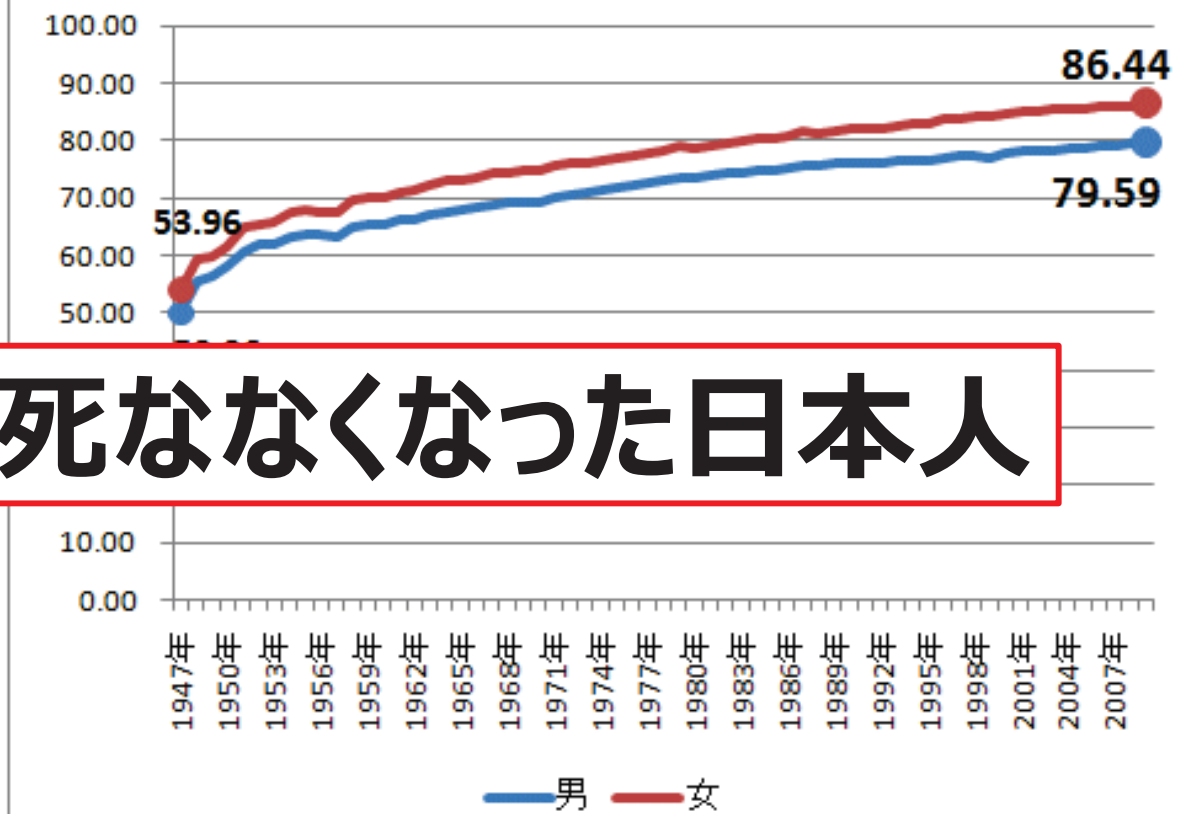


東京都健康長寿医療センター
平野 浩彦

今なぜ認知症を
理解しなければいけないのか？

日本の高齢者

平均寿命推移(1947~2009年、日本)

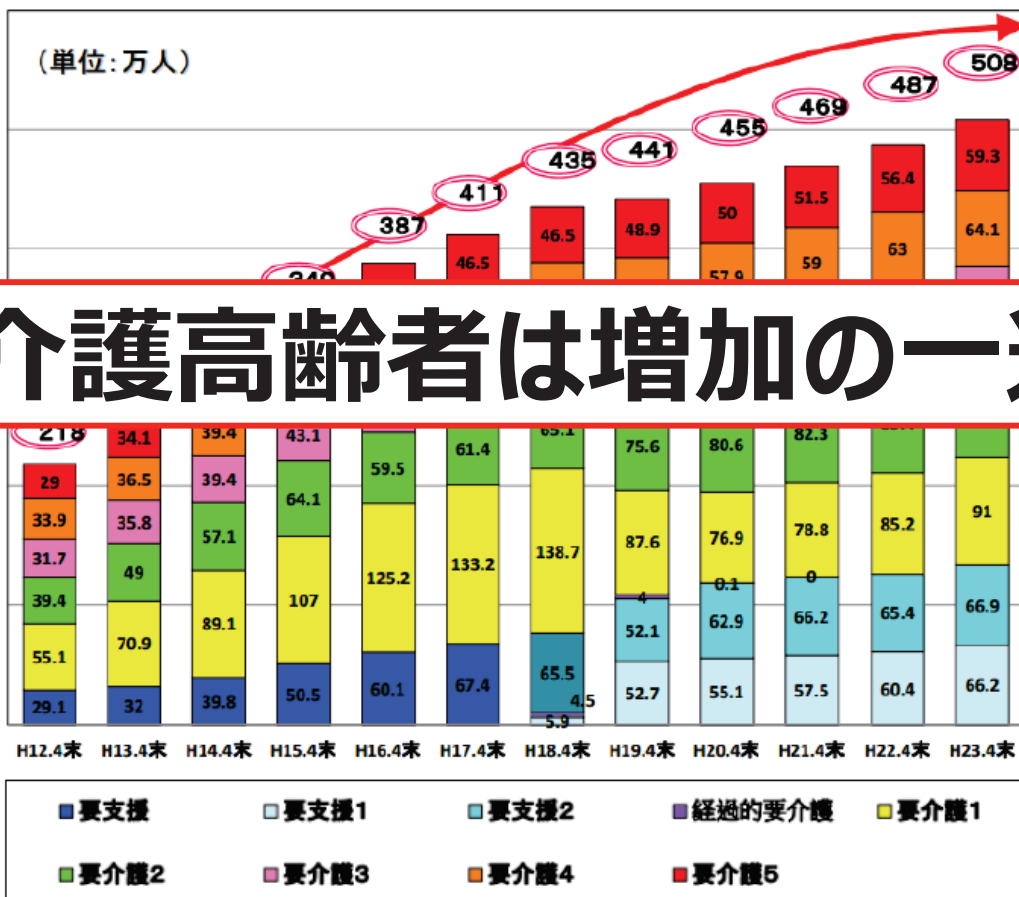


死ななくなった日本人



Tokyo metropolitan Geriatric Hospital and Institute of Gerontology

図1: 要介護度別認定者数の推移 (H12.4とH23.4の比較)



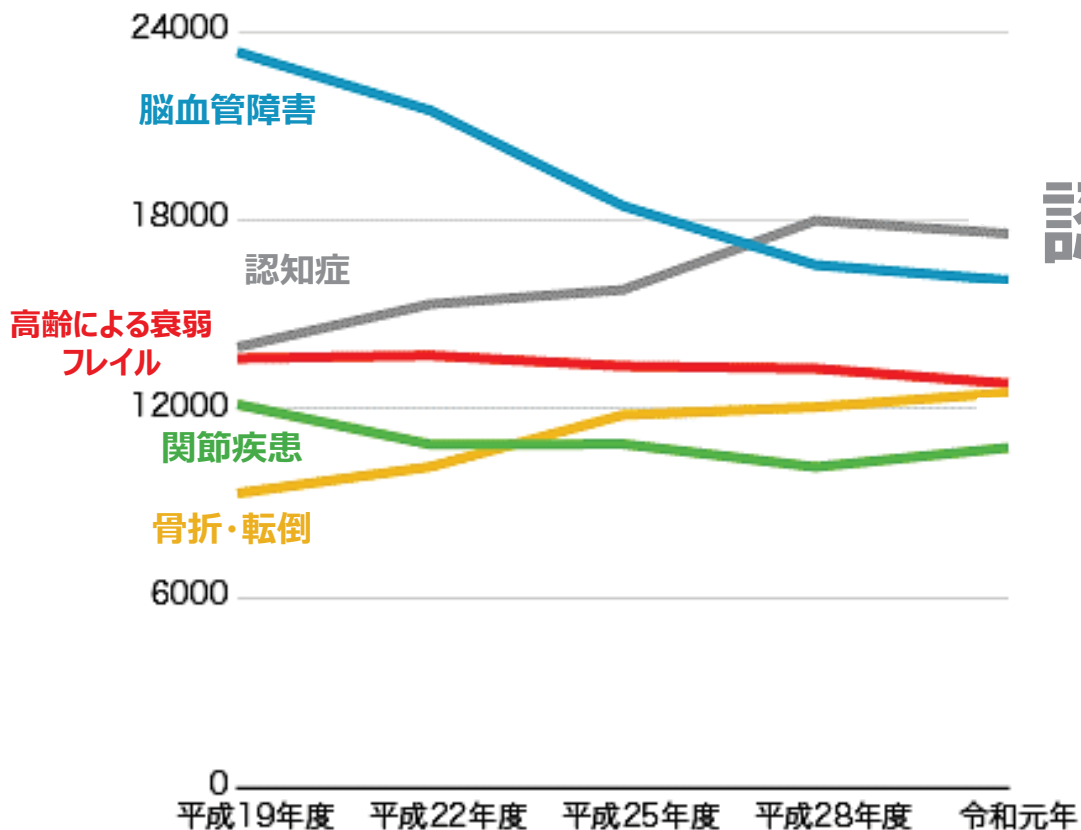
要介護高齢者は増加の一途

(出典: 厚生労働省 介護保険事業状況報告 他)

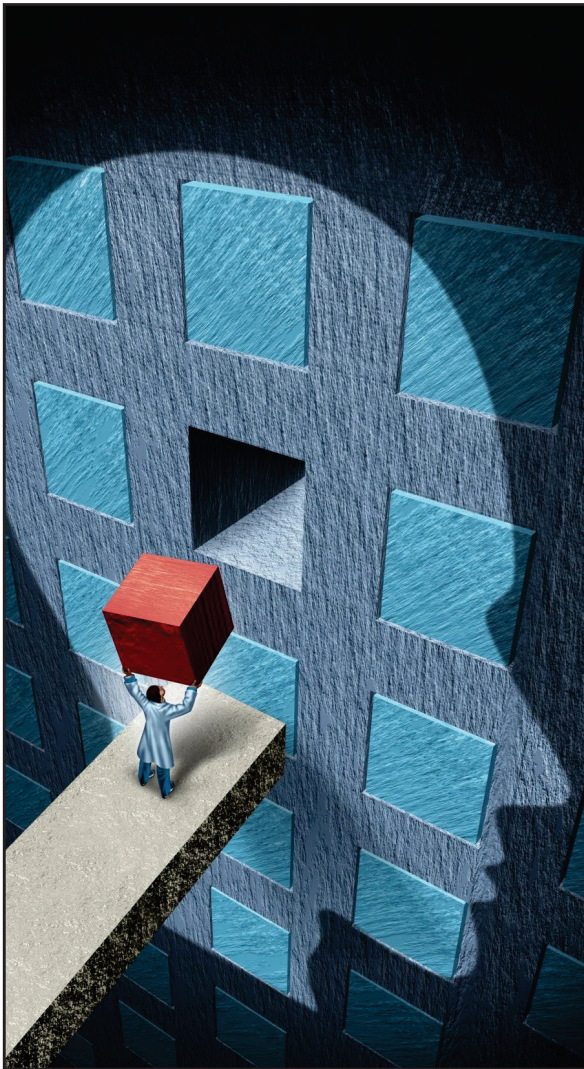
近年 要介護の原因 が変化してます



要介護原因の変遷



認知症



Contents

1. 認知症の取り巻く環境
2. 認知症を理解しましょう
3. **口**を取り巻く環境
4. 認知症へのアプローチ

[%]
80

認知症高齢者の割合

厚生労働省研究班推計(2013)

全国数
462万人

70

60

50

40

30

20

10

0

65~69

70~74

75~79

80~84

85~89

90~94

95~ [歳]

2.9

4.1

13.6

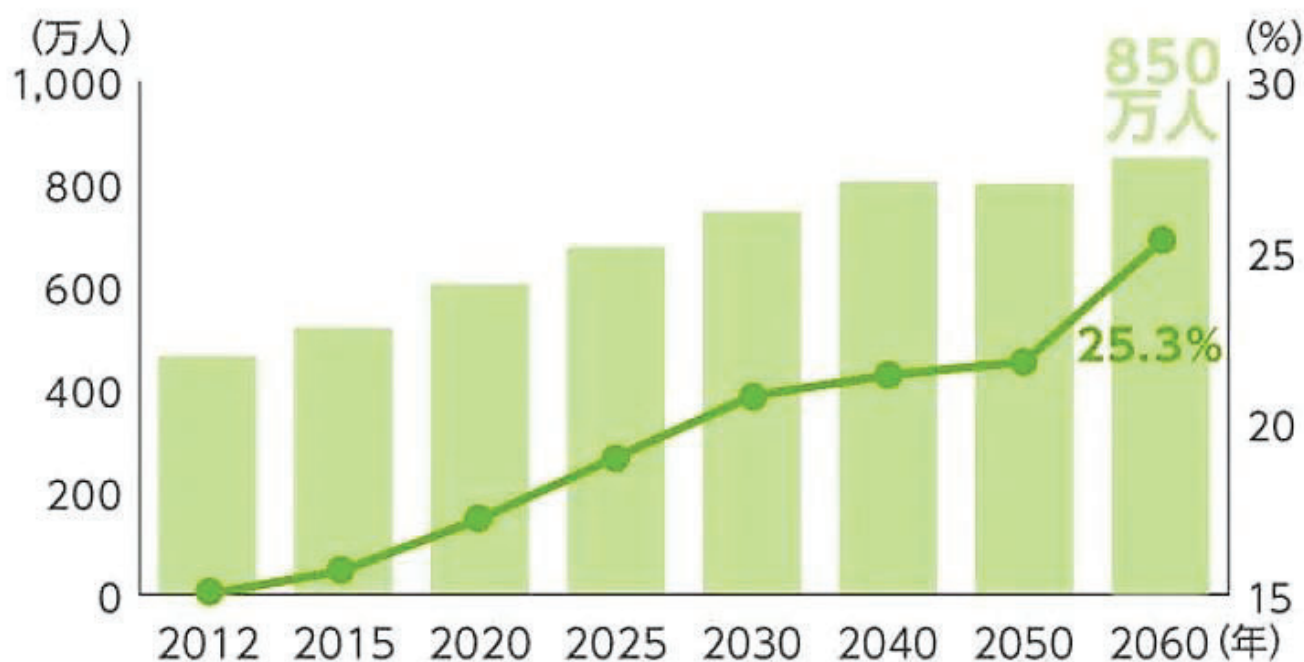
21.8

41.4

61.0

79.5

認知症の人の数と有病者率将来推計



出典:『日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究』(九州大学)を基に作成

今後の認知症施策の方向性について

平成24年6月18日 (2014年)

厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム

これからの認知症施策の基本的な考え方

【これまでの認知症施策を再検証する】

○ 世界に類をみない長寿国である日本で、高齢者が認知症になっても、尊厳をもって質の高い生活を送ることは、私たちの共通の望みである。

○ かつて、私たちは認知症を何も分からなくなる病気と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解しようとするどころか、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束するなど、不当な扱いをしてきた。今後の認知症施策を進めるに当たっては、常に、

認知症の人を巡る主な社会の動き

1960～70年代

- 老人病院が急増
- 63年 老人福祉法制定。特別養護老人ホームが登場するが、認知症の人はまだ対象外だった
- 72 小説「恍惚の人」が出版される

1980年代

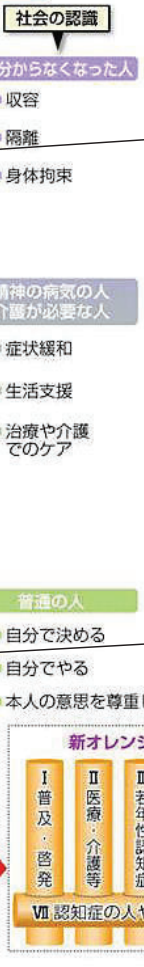
- 特養ホームで受け入れへ
- 80 「呆け老人をかかえる家族の会(現認知症の人と家族の会)」が設立
- 82 老人保健法制定
- 84 特別養護老人ホームで認知症の人を受け入れることに
- 86 厚生省内に初めての認知症専門部署「痴呆性老人対策推進本部」
- 87 介護福祉士、社会福祉士が誕生

1990年代

- 在宅所、グループホームが全国に広がる
- 91 老人保健法改正により訪問看護ステーションが設置される
- 97 認知症グループホーム創設
- 99 厚生労働省から「身体拘束禁止」が打ち出される

2000年代

- 介護保険制度スタート
- 04 京都で国際アルツハイマー病協会の国際会議。初めて認知症当事者が自らの言葉で意見を発表。厚生省が「痴呆」の呼称を「認知症」に変更
- 05 介護保険法の改正により地域包括支援センターが発足
- 06 小規模多機能居宅介護事業が創設される
- 15 団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、厚生省が認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)策定
- 17 13年ぶりに京都で国際アルツハイマー病協会の国際会議(4月26～29日予定)



※「認知症の人の歴史を学びませんか」などを基に作成

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～ 2015年

新オレンジプランの基本的考え方

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。

7つの柱

- 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

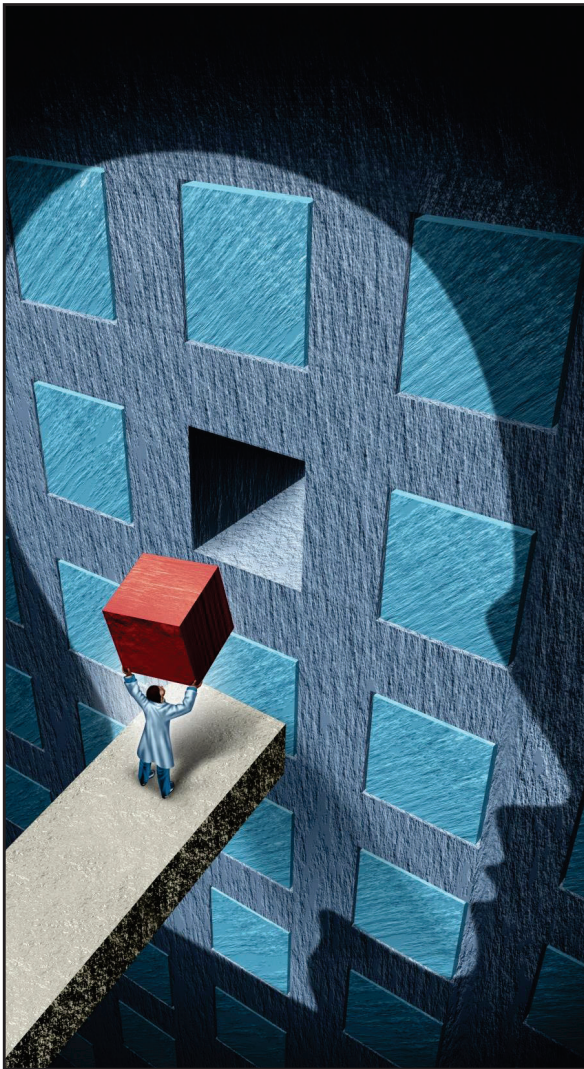
「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会とともに生きる、という意味である。

引き続き、生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、**住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。**

認知症施策推進大綱より

周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。

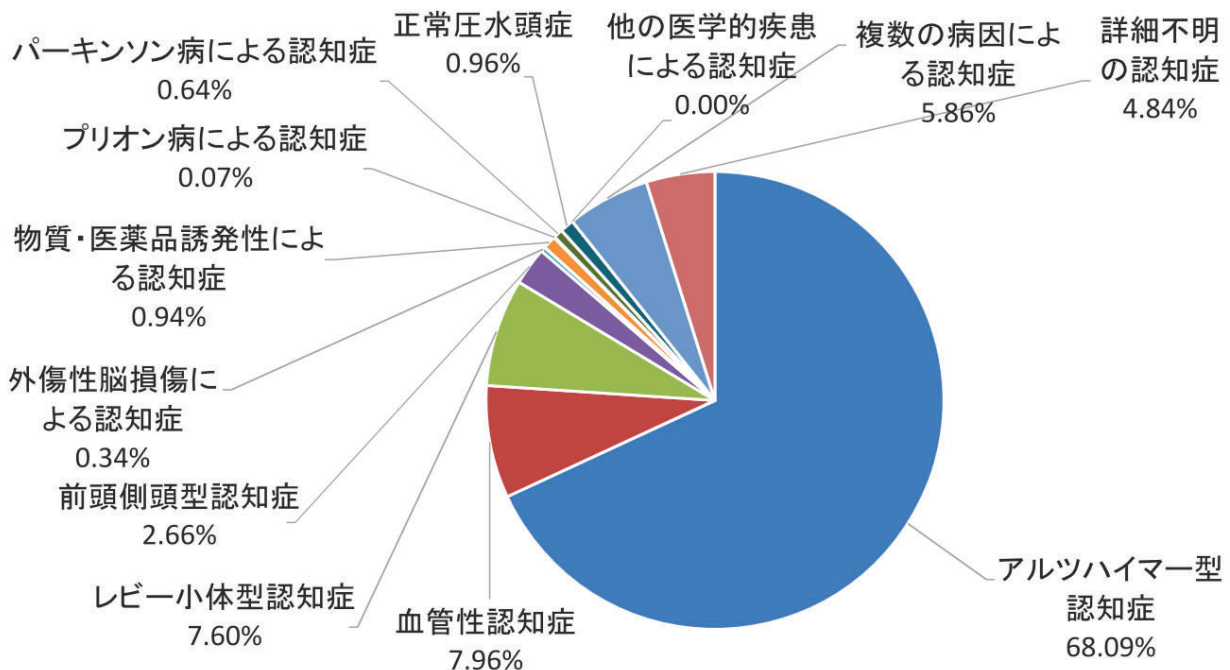




Contents

1. 認知症の取り巻く環境
2. 認知症を理解しましょう
3. 口を取り巻く環境
4. 認知症へのアプローチ

認知症疾患医療センターで診断された認知症患者の診断名別割合 (N=20,648).



地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：認知症疾患医療センターの機能評価に関する調査研究事業。令和元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報告書。令和元年3月。

アルツハイマー型認知症 脳内での変化

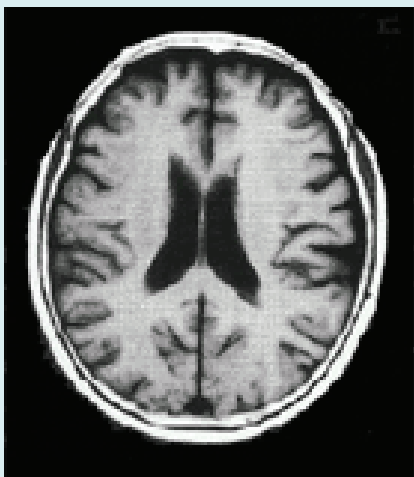
- (1) 大脳皮質に著しい萎縮がみられる
- (2) 老人斑、神経原線維変化、神経細胞の脱落がみられる
- (3) 神経伝達物質に異常が生じている

◆大脳皮質の著しい萎縮

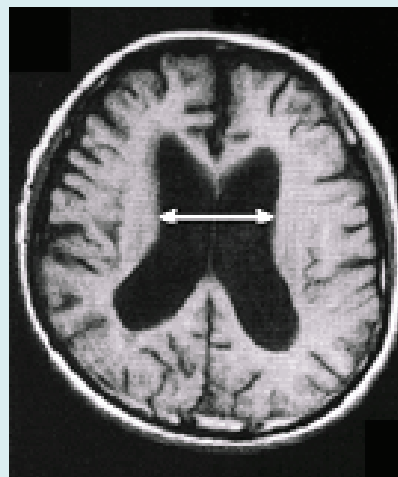
脳全体（特に側頭葉や頭頂葉）が萎縮

成人では通常1,400グラム前後 → 発症後10年位で800～900グラム以下

M R I



正 常



アルツハイマー型認知症

19

認知症のイメージ



子供に“あなたはどなた？”
見えないものが見える！
意味不明な言動！
意味も無く歩き回る！
探し物が見つからず怒る！
“おまえは泥棒だ！”
突然興奮する！
突然怒り出して殴りかかる！
汚物いじり！



20
10

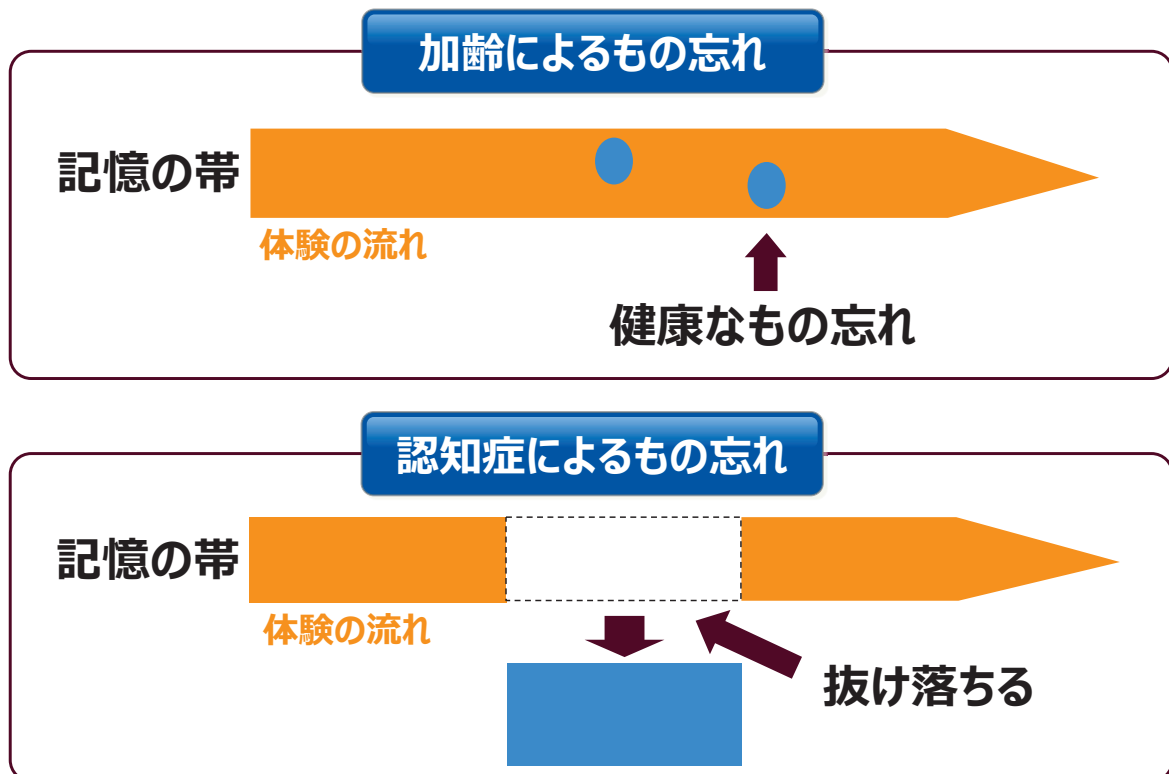


記憶障害



21

記憶障害



日本醫事新報. No4074 (2002年5月25日)

平成27年度看護職員認知症対応力研修テキスト改変

加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ

加齢に伴うもの忘れ	アルツハイマー型認知症のもの忘れ
体験の一部を忘れる	全体を忘れる
記憶障害のみがみられる	記憶障害に加えて 判断の障害や実行機能障害がある
もの忘れを自覚している	もの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったということがある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
取り繕いはみられない	しばしば取り繕いがみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である

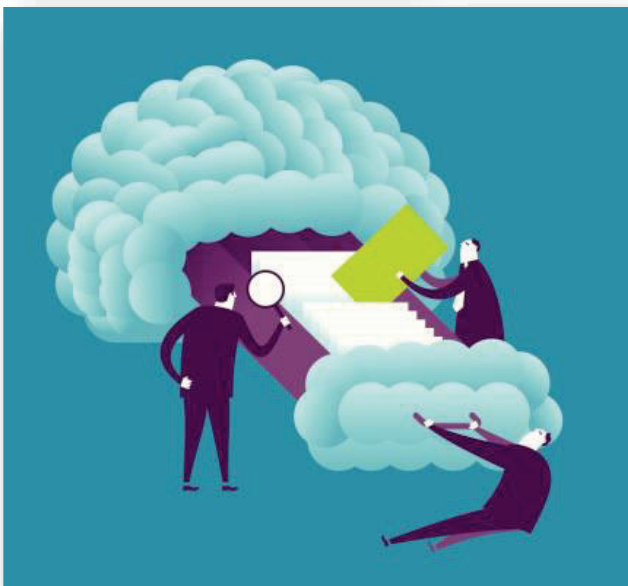
東京都高齢者施策推進室「痴呆が疑われたときに一かかりつけ医のための痴呆の手引き」1999より引用・改変



見当識障害

認知症の初期の症状として見られるのが、記憶障害と見当識障害。

見当識とは、今日は何月何日であるかとか、何時であるかなどの**時間**や、今自分がいる**場所**はどこなのか、また誰と話をしているかなど、自分が**置かれている状況**を認識する事を言います。これが正確に認識出来なくなる事を見当識障害と言います。



見当識障害のアセスメント

- 今日の年月日、曜日、午前・午後
- 自宅の住所
- 今いる場所の認識
- 家族の認識



認知症患者の行動を理論的に理解しましょう！

認知症の症状は大きく二つで捉える

① 中核症状・・・認知症(痴呆)の中心となる症状。

記憶障害や**見当識障害**など

② 行動・心理症状：BPSD（周辺症状）

・・・中核症状に続発、併存してあらわれる

様々な**精神症状**あるいは**行動上の障害**

中核症状

- ・記憶障害
- ・見当識障害
- ・実行機能障害
- ・注意障害
- ・失語
- ・失行
- ・失認

行動・心理症状

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

【心理症状】

不安、抑うつ、アパシー、
誤認、幻覚、妄想

【行動症状】

焦燥、不穏、徘徊、攻撃性
拒絶、拒食、異食、
睡眠覚醒リズム障害、
社会的に不適切な行動

認知症の周辺症状⇒問題行動、迷惑行動

BPSD

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

認知症の行動・心理学的症候

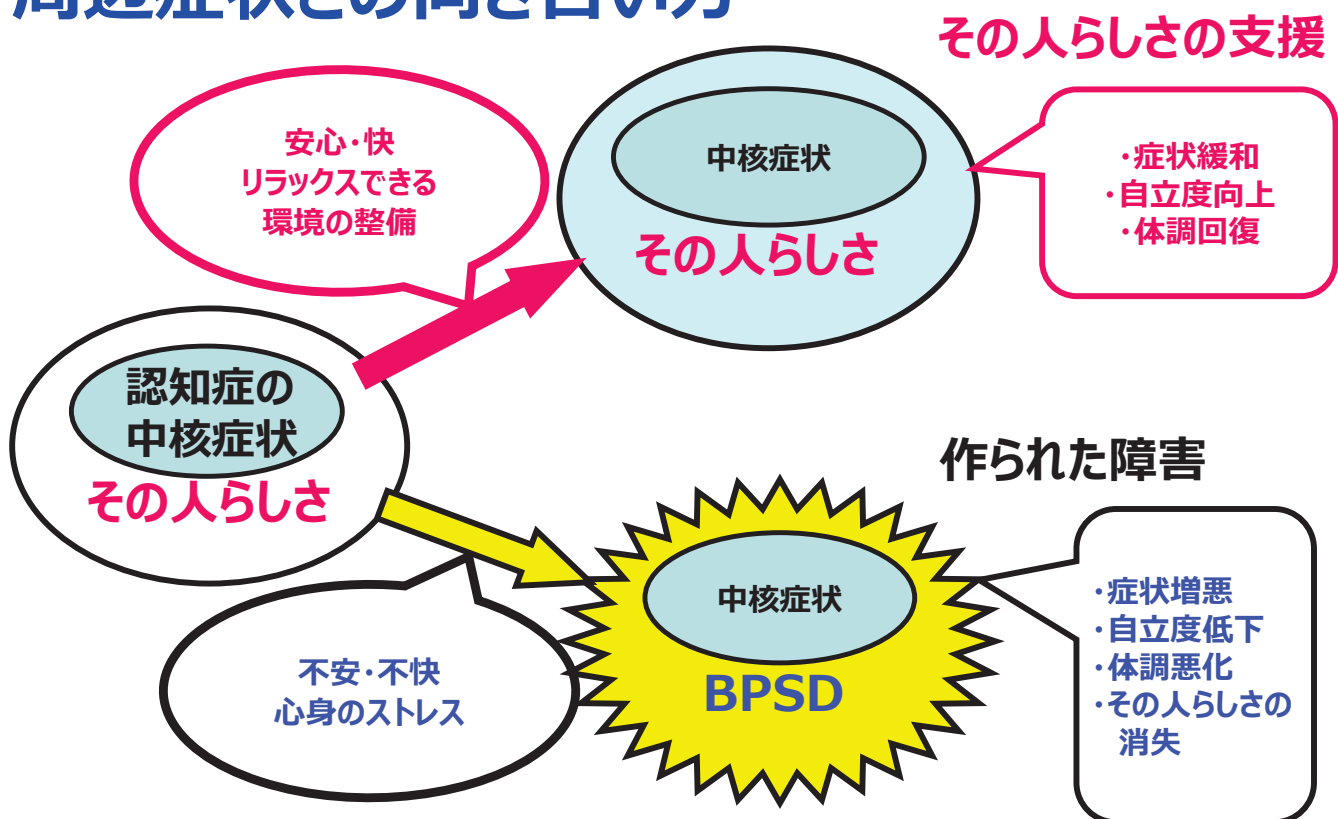
行動心理徴候（症状）

1996 国際老年精神医学会にて提唱

“認知症において頻繁に見られる知覚、思考内容、気分行動の障害”

27

周辺症状との向き合い方



適切な支援で不安と混乱を最小にし、その人らしく
「パーソンセンタードケア」

ささいな環境の変化が 認知症の人のパフォーマンスに影響する

認知症スクリーニングの状況から ヒントを探る



29

認知症スクリーニング

神経所見検査（高次脳機能検査など）

改訂 長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）

国立精研式痴呆スクリーニング・テスト

Mini-Mental State Examination（MMSE）

など

30

15

高次脳機能：人間らしさ

メタ機能

遂行機能

認知機能

記憶機能

言語機能

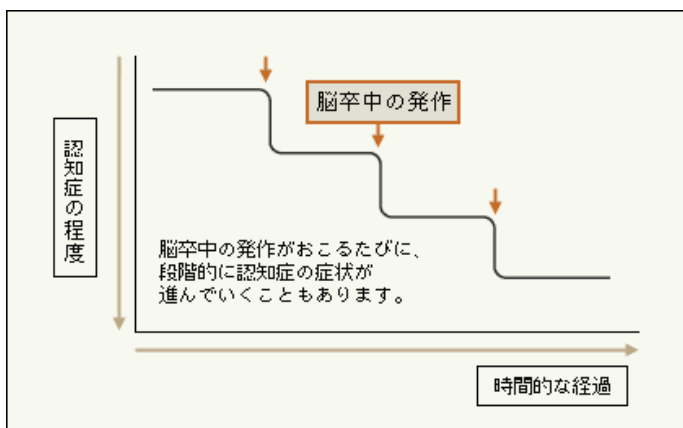
知的機能

行為行動

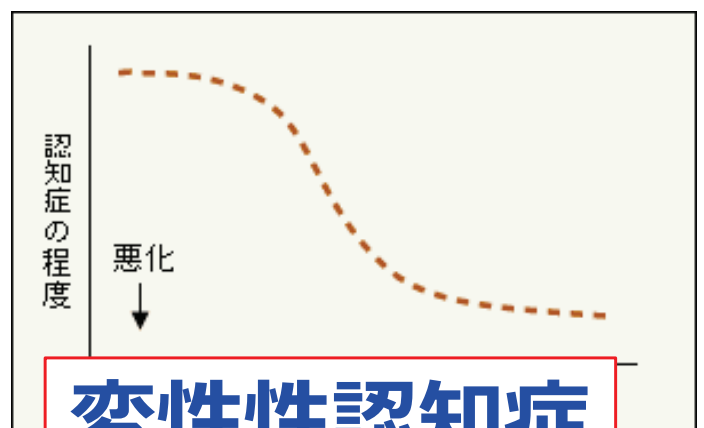
注意機能

覚 醒

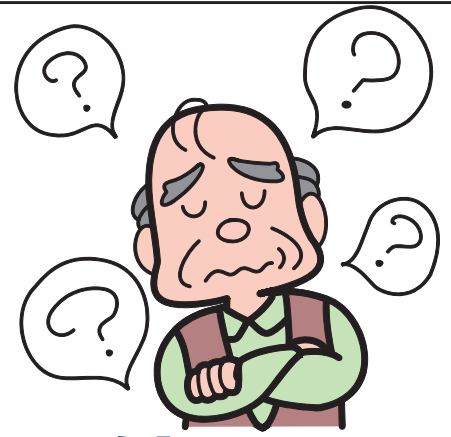
認知症の経時的推移



血管性認知症

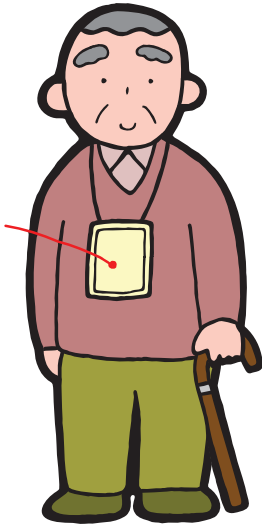


アルツハイマー病
+
レビー小体型認知症
前頭側頭葉変性症



アルツハイマー型認知症以外の 認知症について

氏名・連絡先を記入



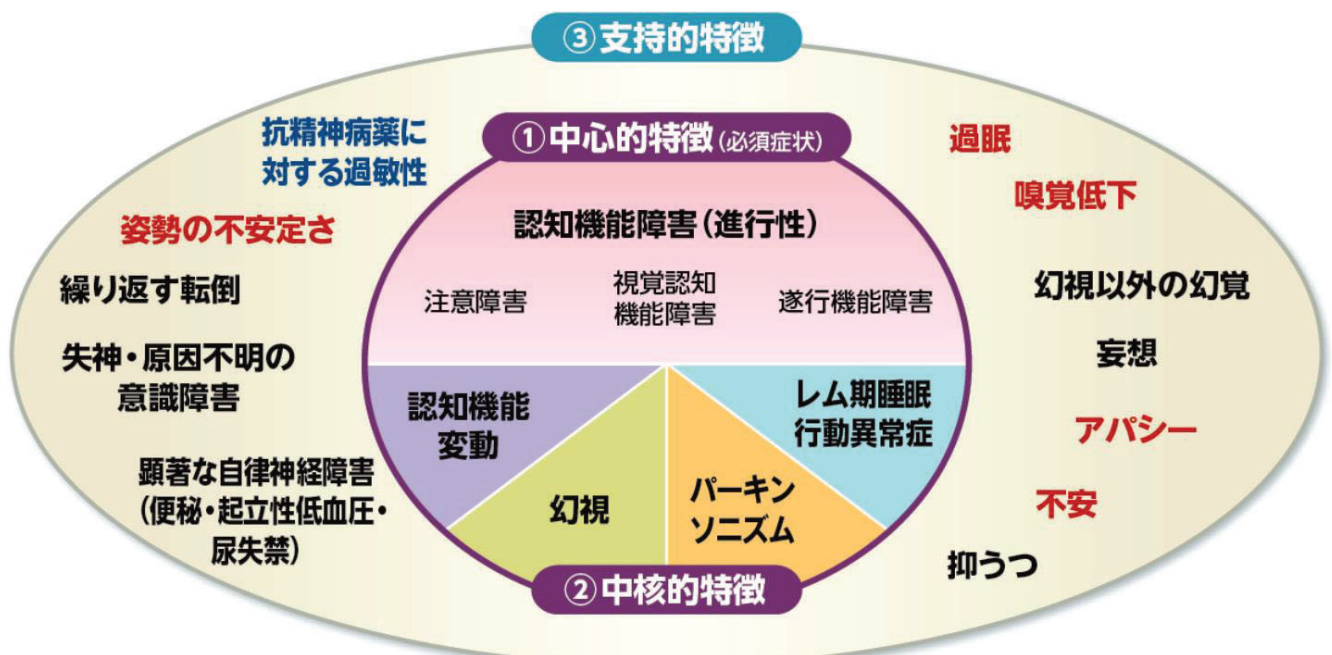
35

レビー小体型認知症 (DLB) の臨床症状 (2017年改訂版)

監修：小阪 憲司先生 (横浜市立大学 名誉教授)

森 悦朗先生 (東北大学 名誉教授)

池田 学先生 (大阪大学大学院医学系研究科 精神医学分野 教授)



臨床症状の中心的特徴は、進行性の認知機能障害である。認知機能障害とは、単に記憶だけを意味するものではなく、注意障害や視覚認知機能障害、遂行機能障害を特徴とし、中核的特徴である認知機能の変動、幻視、パーキンソニズムと深く関係している。またレム期睡眠行動異常症、嗅覚低下、顕著な自律神経障害はDLBにおいて特に早期からみられる特徴である。

ART1551CKE
2017年7月作成

レビー小体型認知症・パーキンソン病の摂食嚥下障害

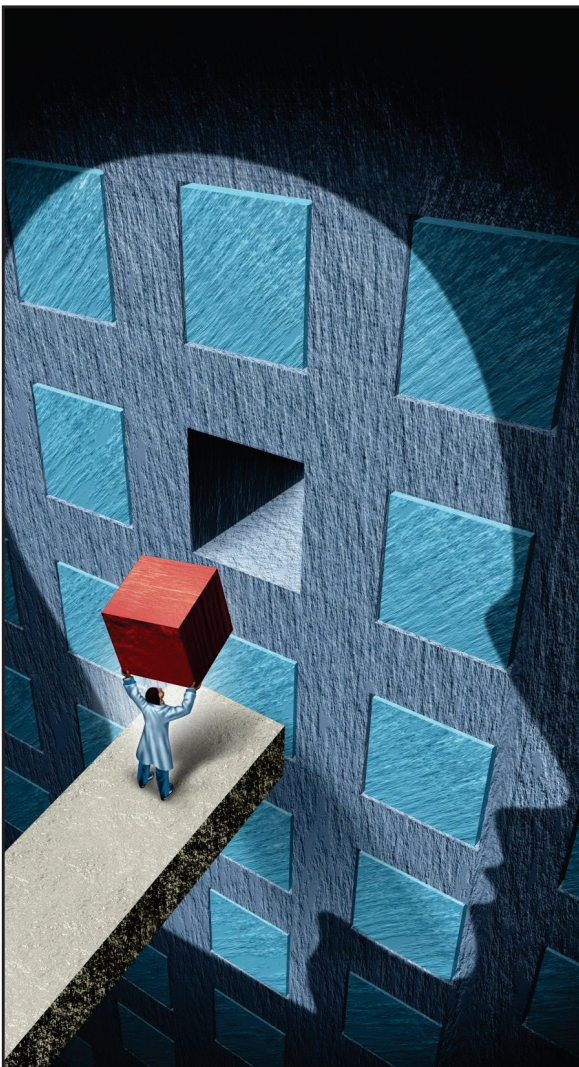
レビー小体型認知症・パーキンソン病により

- 錐体外路症状
- 中枢パターン発生器（central pattern generator: CPG）の障害
- 咽頭・喉頭の感覚障害
- 嚥下関連筋群の運動障害
- 姿勢異常

具体的症状

1. 半数以上に存在する。
2. 初期の段階から生じることがある。
3. 機能的重症度分類（Hoehn-Yahr分類）とは必ずしも関連しない。
4. 抗パーキンソン病薬の副作用として生じる場合がある（投薬中止などによる悪性症候群含む）
5. 摂食嚥下各相における多様な障害があり、特に不顕性誤嚥が生じやすい。

37



Contents

1. 認知症の取り巻く環境
2. 認知症を理解しましょう
3. **口**を取り巻く環境
4. 認知症へのアプローチ

19

8020運動で多くの歯を残すことが出来るようになった！
 歯を失った際にはインプラントが出来るようになった！

認知症に対し無策のままでは、、、



やらせて頂いたことには、責任を取る義務がある！

認知症施策推進大綱：令和元年6月

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していく。

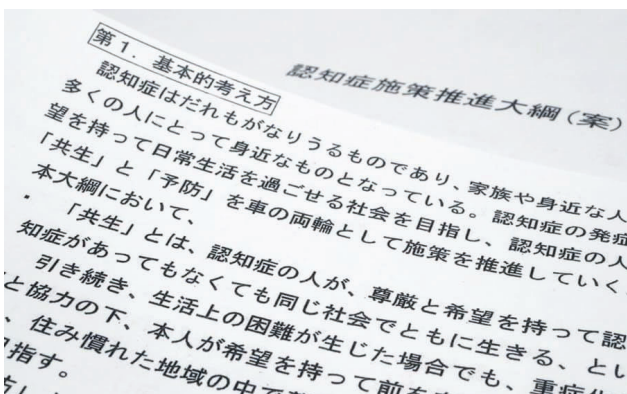
認知機能の低下のない人
 プレクリニカル期の人
 認知症発症を遅らせる取り組み
 (一次予防)の推進

認知機能の低下のある人
 (軽度認知障害 (MCI) 含む)
 早期発見・早期対応 (二次予防)
 発症後の進行を遅らせる取り組み
 (三次予防)の推進

認知症の人
 認知症の本人の視点に立った
 「認知症バリアフリー」の推進

認知症施策推進大綱における「歯科の役割」

- 継続的に認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理を通し、本人や家族の支援を実施。
- かかりつけ歯科医による口腔機能の管理を行いつつ、歯科医師は日常の高齢者との関りを通じて、認知症を早期に発見しかかりつけ医と連携して対応。
- **歯科医師の認知症対応力向上研修の実施。**



新オレンジプランにより開始 歯科医師認知症対応力向上研修カリキュラム 平成28年度から実施

編内の構成(流れ)		スライド一覧(案)			
II-1 役割編 総論	●「編」の目的提示	役割1	かかりつけ歯科医(歯科医療機関)の役割	○BPSDの事例を示して、クロの人への対応を確認	DVD② 診療室にて①「傳りたいんですけど…」
	●歯科医師の役割の明確化・可視化	役割2	歯科の特殊性		役割21 認知症の人に歯科治療を行う上で必要な視点
	●歯科の特殊性をベースに、認知症患者をあてはめ	役割3	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
<h2>研修会の最終目標</h2> <h1>認知症を、歯科治療が出来ない理由にしない！</h1>					
II-2 歯科 治療上 の対応	●次に、診断あり(クロ)に人への対応 認知症を理解する視点の整理	役割14	認知症と診断されている人への対応	○対応 ・観察の根拠となる知識 ・外来フォローの視点	役割33 観察ポイントの把握
	●クロの人への対応に続いて、BPSDの理解と対応	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つの視点の整理		役割34 歯科外来でフォローするときの視点
		役割16	認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)		役割35 管理者の役割の重要性
	●BPSDの内容理解(イメージ再確認)	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36 歯科医療機関の管理者の役割
	●BPSDは作られた障害であることへの理解	役割18	認知症の人へのかかりつけ歯科医の支援		役割37 認知症の人を受け入れるにあたって
	●歯科医師としての支援の視点	役割19	キーパーソンとの状況共有と配慮		役割38 対応のポイント
	●トラブルを広げないための情報共有の方法	役割20	歯科医療機関で起こるBPSDに対する対応		役割39 まとめ
	●非常日である歯科診療所における対応				

歯科医師の認知症対応力向上研修 2016年開始

2020年度末 2万2千人
歯科医師数 10万5千人



Contents

1. 認知症の取り巻く環境
2. 認知症を理解しましょう
3. 口を取り巻く環境
4. 認知症へのアプローチ

場面2 80歳女性 2年後山田すみさん

- 長年この歯科クリニックに通院なさっている。
- 物忘れ（近似記憶障害）が顕著なってきた。
- 家族と物忘れ外来に受診。
- 認知症（アルツハイマー病）との診断がつい先日ついた。
- 物忘れ以外には日常生活には特に問題は無い。

かかりつけ歯科医院での出来事。



歯科医療機関で起こるBPSDに対する対応

Point



認知症の人が感じる
不安と恐怖

慣れていない歯科医療機関

何をされるかわからない

適切に治療してもらっているか不安

BPSDの出現

安心
できる
対応

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

これからの対応を検討する

あわてず落ち着いて
原因の分析をし、
対策をねりましょう



不安になるようだ、でもどうしよう

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

認知症による症状をフォローして
歯科治療を継続

歯科治療の不安に対応した環境整備

認知症の人は、急激な環境変化に適応するまでに不穏や混乱を起こし、帰宅願望を強く訴えることが多い

環境への不安

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

治療行為への不安

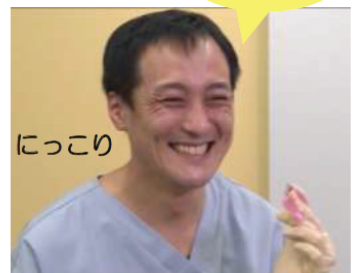
- 口腔・顎顔面、頭頸部への急な接触による不安の誘発に配慮する
- 口腔の過敏、水分や音の出る機械による恐怖に配慮する
- 信頼関係を保つ配慮、理解を促してから介入により安心を与える
- 顔を見せて話をする、見えないところから話しかけない

47

治療内容の理解を助ける説明

認知症の人は「治療内容が理解できない」と考えるのではなく、低下した認知機能に見合った情報提供の方法と時間を考える

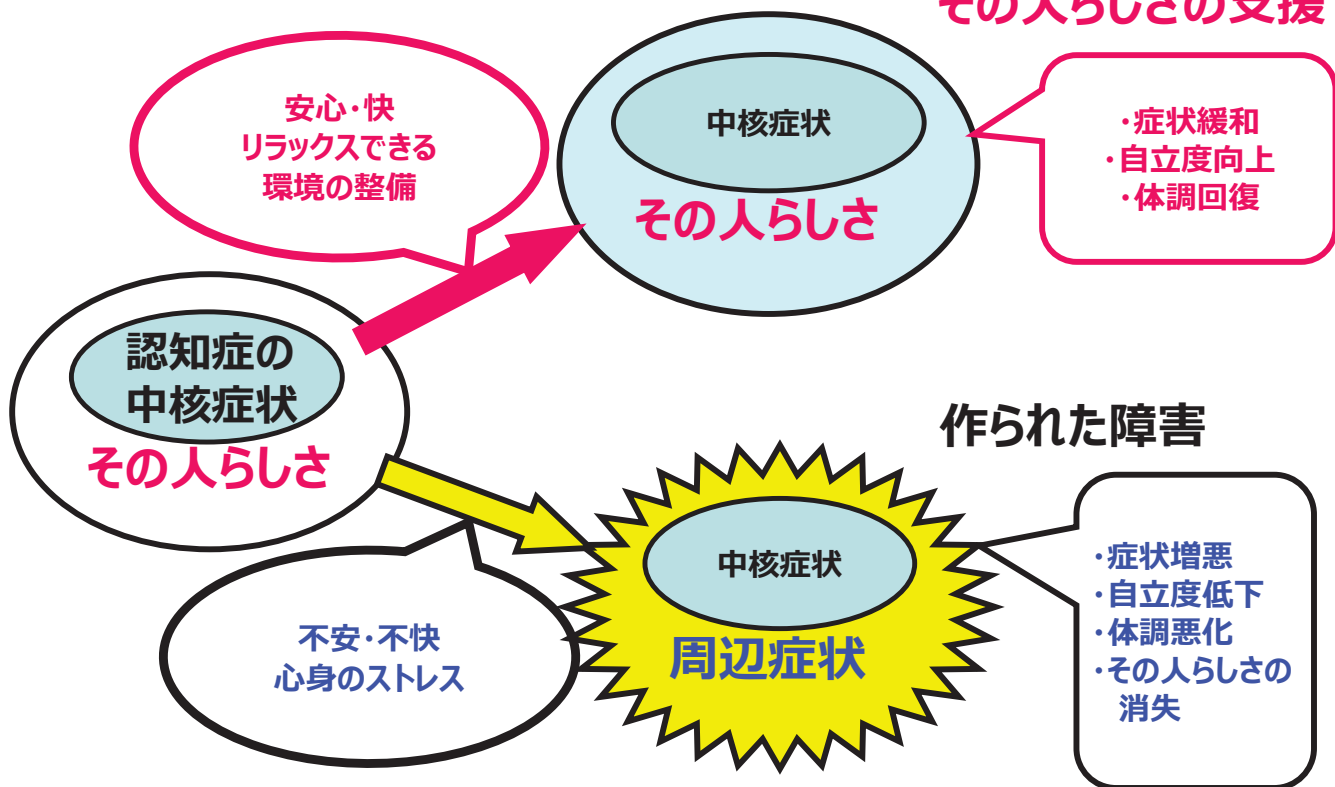
- 認知症の人の理解のため、**同じ説明方法を繰り返し**用いるようにする。
- 認知症の人の**理解力に合わせた説明方法**を探る
- 治療内容について、図や模型をまじえた説明用紙等を利用する
- 説明後、忘れていても根気よく同じメッセージを繰り返す



48

周辺症状との向き合い方

その人らしさの支援



適切な支援で不安と混乱を最小にし、その人らしく「パーソンセンタードケア」

49

図解 認知症バリアフリー百科、TBSブリタニカより

認知症の人への歯科治療指針作成



目次	
■ 刊行にあたって	iii
■ はじめに	0
■ 執筆者一覧	0
■ 序	0
本ガイドラインの作成のながれ	0
1 認知症概要	00
1.1 認知症の概要	00
1.2 認知症の疫学	00
2 認知症患者を取り巻く社会保障	00
2.1 地域包括ケアシステムと新オレンジプラン	00
2.2 医療サービス	00
2.3 介護サービス	00
2.4 若年性認知症に関する諸制度	00
2.5 道路交通法と関連する諸制度	00
2.6 権利擁護に関する諸制度	00
3 認知症患者のアセスメント	00
3.1 認知機能障害（中核症状）の評価法	000
3.2 行動心理症状（周辺症状）の評価法	000
3.3 重症度の評価法	000
3.4 生活機能のアセスメント	000
3.5 認知症の口腔機能	000
4 認知症ケア・コミュニケーションメソッド	000
4-1 CO：歯科治療のために、家族や多職種と連携して認知症患者のアセスメントを行うことは有効か	000
4-2 CO：歯科診療を支援するうえで認知症ケアの手法を学ぶのは有効か	000
4-3 CO：認知症患者の症状にあわせて歯科治療時の環境調整をすべきか	000
9 認知症患者の歯科補綴治療	000
9-1 CO：認知症患者の義歯の修理	000
9-2 CO：認知症患者の義歯安定装置	000
9-3 CO：認知症患者の義歯修理は、実用状態の維持、向上に有利か	000
9-4 CO：認知症患者の義歯修理に際して、口腔ケアの重要性を認識すべきか	000
9-5 CO：認知症患者の義歯修理の衛生管理	000
9-6 CO：認知症患者の義歯修理者が、口腔ケアを行うことができるか	000
9-7 CO：認知症患者の義歯の設計は、口腔ケアを考慮すべきか	000
9-8 CO：認知症患者の義歯の使用が、口腔ケアに悪影響を及ぼすか	000
9-9 CO：認知症患者の義歯を設計する際の、口腔ケアを考慮すべきか	000
9-10 CO：歯科用インプラント治療は、認知症患者に有効か	000
10 認知症患者の摂食嚥下リハビリ	000
10-1 CO：変性性認知症の摂食困難の予防	000
10-2 CO：認知症患者の嚥下（原因）	000
10-3 CO：認知症患者の摂食困難を予防するために、口腔ケアを行うべきか	000
10-4 CO：認知症患者の摂食困難の予防に、口腔ケアが有効か	000
10-5 CO：認知症患者の摂食嚥下リハビリに、口腔ケアが有効か	000
10-6 CO：認知症患者の摂食嚥下リハビリに、口腔ケアが有効か	000
11 認知症患者の栄養マネジメント	000
11-1 CO：認知症患者の栄養的対応	000
11-2 CO：認知症患者への栄養マネジメントは、口腔ケアと連携すべきか	000
11-3 CO：認知症患者にはどのような栄養マネジメントを行うべきか	000
12 認知症患者の緩和ケア	000
12-1 CO：認知症患者の緩和ケアにおいて、口腔ケアが有効か	000

厚生労働省委託事業 公益財団法人日本医療機能評価機構

Minds **ガイドラインライブラリ** Grade Center 小 | 中 | 大 Minds English サイト内検索 ログイン お問い合わせ

診療ガイドラインについて Mindsについて ガイドラインの利用について ガイドラインの作成について 患者・市民のみなさまへ

トップ > 疾患・テーマの選択 > 診療ガイドライン一覧 > ガイドライン

認知症の人への歯科治療ガイドライン

<前へ 次へ> [書籍情報](#)

本文

認知症の人への歯科治療ガイドライン

本文はPDFでご覧ください。

編集
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

発行年月日
2019年6月10日

発行
医歯薬出版

このガイドラインは書籍として発行されています。
[詳細はこちら](#)

※このガイドラインは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、医歯薬出版より許可を得て掲載しています。
※書籍情報には、評価対象となった発行物の情報を記載しています。
※作成団体との取り決めにより、4冊から12冊のみを掲載しています。

ガイドラインの条件を変更する

選択中のカテゴリと疾患・テーマ
選択していません

キーワード

発行年月日
 指定なし 1年以内
 3年以内 5年以内
 期間指定
 年 -- -- ~
 年 -- -- ~

監修・著編者 [ガイドライン作成委員会](#)
 [絞り込み](#)

サイトへの掲載形態
 HTML形式 PDF形式
 外部サイトへのリンク 本文なし

サイト掲載日
 年 -- -- ~
 年 -- -- ~

版の指定
 最新版 旧版



<https://minds.jcqh.or.jp/n/med/4/med0398/G0001138>

ガイドラインからの提言



CQ

5-5

認知機能の低下段階に応じた歯科治療・
管理計画はどのように立てたらよいのか

推奨文

認知機能が低下すると、口腔衛生に関するセルフケアは困難になり、しかも複雑な歯科治療への協力が困難になる。このことを歯科医師は十分に理解し、本人家族や介護者の歯科治療および管理計画に対する希望を踏まえ、治療計画を立案することが推奨される。

解説文

背景

歯科治療計画には認知症の進行段階や認知機能障害の状態を考慮する必要がある。さらに、歯科治療計画は、認知症の発症・進行や認知機能低下の経年的変化も考慮して作成されるべきである¹⁾。認知機能低下の有無を判断するには医科関係者、介護関係者、および家族からの情報が不可欠である¹⁾。歯科医師は認知症や認知機能低下に対応する多職種チームの一員であることが求められている。

53

認知症の背景疾患（ADなど）は 進行性の疾患



予知性を持った対応が
ケア提供者に求められている！

いつ（どのステージで）
何が起こるのか！



54

27

認知症の人の口腔関連障害の変遷

アルツハイマー型認知症の経過

2-3年

4-5年

2-3年

終末期

CDR 軽度
短期記憶力低下

中等度
介護負担の増大

重度
失禁・歩行障害
食形態低下

病状
寝たきり

末期
嚥下障害
ペースト食

経管 (PEG) 検討
多臓器不全

口腔・栄養ケア視点の
ターニングポイント
失禁・重度歩行障害の時期より
終末期前の食ケアを介入

環境との関わりの障害
(認知機能低下による)

身体機能の障害
(認知症進行による)

55

認知症の背景疾患 (ADなど) は 進行性の疾患



予知性を持った対応が
ケア提供者に求められている！

いつ (どのステージで)
何が起こるのか！



認知症重症度アセスメントツール

FAST

(アルツハイマー型認知症)

56

28

FAST による重症度のアセスメント (アルツハイマー型認知症)

1 正常	
2 年相応	物の置き忘れなど
3 境界状態	熟練を要する仕事の場面では、機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難。
4 軽度のアルツハイマー型認知症	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。
5 中等度のアルツハイマー型認知症	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもなんとか、なだめすかして説得することが必要なこともある。
6 やや高度のアルツハイマー型認知症	不適切な着衣。入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。トイレの水を流せなくなる。失禁。
7 高度のアルツハイマー型認知症	最大約 6 語に限定された言語機能の低下。理解しうる語彙はただ 1 つの単語となる。歩行能力の喪失。着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡。

出典 : Reisberg B et al: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 1984; 435 481-483

平成27年度薬剤師認知症対応力向上研修テキスト

FAST (Functional Assessment Staging) 類型に基づいた 口腔衛生管理、義歯使用 摂食嚥下機能ケアニーズ



FAST	FASTの特徴	口腔衛生管理と義歯使用	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	料理の支援	
境界状態	3 日常生活の中で、これまでやってきた慣れた仕事（作業）は進行できる。一方、熟練を要する複雑な仕事を進行することが困難。新しい場所に出かけることが困難。	一見自立しているが、セルフケアの精度は低下している。	正常	新しい清掃用具を導入する場合は支援が必要。	
軽度	4 夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をする程度の仕事でも支障をきたす。例えば、買い物に必要なものを必要な量だけ買うことができなくなったり、誰かがついていないと買い物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。ガーゼリング、リンシングは自立している。	大きな問題はないが、咀嚼が不十分になりがちなまま食べられている。	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障害となり困難な場合が多い。	
中等度	5 買い物をするだけで困難。自動車の安全な運転が出来ない。前かがみの姿勢がとれない。組合せで服を着たり、手前に入った洋服を自分で適切に着ることができないために、介助が必要となる。毎日の入浴を忘れることもある。入浴させるときにもなんとかなだめすかして説得することが必要になることもあるが、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。	口腔清掃を一人で実行することは困難。誘導や介助が必要。義歯をしまひこんで紛失することがある。ガーゼリングが困難になる。	口腔の巧緻性の低下、咀嚼運動の協調性の低下、咀嚼力低下が起こり始める。目の前に食べ物があると食べてしまうことがある。	口腔清掃行為の誘導に拒否が認められないように、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	a) 履物の上に着段を履いて着てしまう。靴ひもが結ばなかったり、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。ガーゼリング困難だがリンシングは促せば自立している。	食べ物の種類に合わせた食べ方が困難になり、機会誤食が生じる。	食事中、咀嚼せずに丸呑みしたり嚥下しきれないようになり食量の大きさに配慮する。
	6b	b) 入浴時、お湯の温度・量を調節できなくなり、体もまよく洗えなくなる。浴槽に入ったり出たりすることもできなくなり、風呂上りにきちんと体を拭くことができない。風呂に入ったがらない、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がある。	口腔清掃を誘導し、必要があれば介助清掃するが、介助の導入は配慮が必要。食事の提供の仕方や、食具に配慮が必要。
	6c	c) トイレで用を済ませた後、水を流すのを忘れたり、拭くのを忘れる。用後に服をきちんと着せなかったりする。	口腔清掃したがらず、複雑な義歯の調整、取り扱いが困難になってくる。	口腔内の食物の処理、食塊形成の困難で、食形態によってむせるようになる。	食形態に配慮が必要。義歯の調整の支援が必要。口腔清掃の介助は本人のリズムに配慮して行う。
	6d	d) 尿失禁、適切な排泄行動が起きないことがある。	うがいや水を飲んでしまう事がある。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始める。	理解力低下に伴う口腔清掃介助拒否に配慮し、セルフケアも行うしながら介助を行う。
	6e	e) 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。簡単な義歯の調整も困難になる。	舌運動機能低下があり、食べ方や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。嚥下機能の協調の不整合による誤嚥が認められる。
高度	7a	a) 言葉が最大限約6語程度に限定され、完全な文章を話すことがしづらくなる。	セルフケア困難。コップを渡してもリンシング困難で、しばしば水を飲んでしまう。	口腔内、特に舌の巧緻性がより著しい。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	b) 理解し得る言葉が限定され、発語も限られた1つ程度の単語となる。	リンシング不可。	水分嚥下困難になる。嚥下反射が起りにくく、弱い咳しか出せない。	口腔清掃の嚥下を目的に、食事前に口腔ケアを行う。水分の誤嚥に配慮する。
	7c	c) 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、嚥下反射が弱延し、水分嚥下時にむせる。嚥下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	d) 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。嚥下が困難で、リクワイエイング時に必要がある。食欲低下がある。	介助口腔清掃時の水分は嚥下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	e) 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	口腔内は乾燥しがちで、口腔乾燥しやすく、さらに呼吸機能低下、嚥下困難がある。	口腔機能の低下から口腔乾燥になりやすく、積極的に保湿する必要がある。
	7f	f) 無表情で寝たきり		常に唾液の誤嚥がある	介助の口腔清掃は疲労を避けるように行うことが必要。積極的に保湿する必要がある。

FAST	FASTの特徴	口腔衛生管理と義歯使用	摂食・嚥下機能	口腔衛生と食の支援の要点	
やや高度	6a	(a) 寝巻の上に普段着を重ねて着てしまう。靴ひもが結ばなかったり、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などに配慮する。
	6b	(b) 入浴時、お湯の温度・量を調節できなくなり、体もうまく洗えなくなる。浴槽に入ったり出たりすることもできなくなり、風呂上りにきちんと体を拭くことができない。風呂に入りたがらない、嫌がるという行動がみられることもある。	歯ブラシの使用が困難になってくる。口腔清掃したがない。	嚥下の協調運動が困難なことがある。隣人の皿から食べることがある。	口腔清掃を誘導し、必要があれば介助清掃するが、介助の導入は配慮が必要。食事の提供の仕方や、食具に配慮が必要。
	6c	(c) 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。使用後に服をきちんと直せなかったりする。	口腔清掃したがらず、複雑な義歯の着脱、取り扱いが困難になってくる。	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	(d) 尿失禁、適切な排泄行動が起かせないことがある。	うがいの水を飲んでしまう事がある。口腔清掃の介助を嫌がる。	食形態によっては飲み込めない。口腔閉鎖機能が低下し始める。	理解力低下に伴う口腔清掃介助拒否に配慮し、セルフケアもしながら介助を行う。
	6e	(e) 便失禁、攻撃的行為、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	(a) 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	(b) 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	(c) 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。食事が必要で、一口量、ペースに配慮する。
	7d	(d) 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	(e) 笑う能力の喪失	セルフケア不可能。口腔乾燥があり、積極的な保湿の必要がある	口腔筋は弛緩しがちで、口腔乾燥しやすく、さらに呼吸機能低下、嚥出困難がある。	口腔機能の低下から口腔乾燥になりやすく、積極的に保湿する必要がある。
	7f	(f) 無表情で寝たきり		常に唾液の誤嚥がある	介助の口腔清掃は疲労を避けるように行う必要がある。積極的に保湿する必要がある。

CQ

6-1

口腔衛生管理を拒否する認知症患者にはどのような対応が必要か

推奨文

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

解説文

背景

認知症患者においては、発音障害や嚥下障害、ジスキネジアといった口腔機能の低下や全身疾患に起因する口腔乾燥により、う蝕や歯周疾患の進行も含め、口腔環境が悪化する傾向がみられる。また、本人による口腔衛生に関する管理能力が低下することから、特に中等度以降では、専門職や介護者による口腔衛生管理への依存度が高くなる。一方で、BPSDによる口腔衛生管理に対する拒否は認知症が軽度の段階からみられ、ケア提供者の心理的負担や介護負担感につながるおそれがある¹⁾。

CQ

4-2

歯科診療を実施するうえで認知症ケアの手法を学ぶのは有効か

推奨文

介護職・看護職が実践しているケア手法の理論と実技を歯科医療従事者が理解し、歯科診療へと応用することは、医療者と認知症患者との信頼関係の構築に有効であると考えられ、推奨される。しかし、歯科という特殊な環境や治療内容など考慮し、個々の症例に応じて工夫することが必要である。

解説文

背景

認知症患者では、医療行為に関する患者の理解を得ることが困難な場合が多く、口を開けない、声を荒げるといった歯科診療に対する拒否行動が生じることも少なくない。これは介護現場においても同様で、ケアへの理解が得られず、拒否する事例が多く報告されている。それらを受け近年では、認知症患者と良好なコミュニケーションを形成するためのケア手法が多く提唱され、実践されている。これらのケアについて知ることによって、認知症患者と歯科医療従事者との間に信頼関係が構築され、歯科診療の受容に寄与する可能性がある。

認知症の人へケア

- ・ パーソンセンタードケア
- ・ バリデーションケア
- ・ ユマニチュード
- ・ タクティールケア
- ・ アニマルセラピー
- ・ 生活リハビリ
- ・ ユニットケア



認知症ケア手法の学びが口腔管理に有効か？

Kobayashi et al. BMC Medical Education (2021) 21:315
<https://doi.org/10.1186/s12909-021-02760-2>

BMC Medical Education

RESEARCH ARTICLE

Open Access

The effect of multimodal comprehensive care methodology training on oral health care professionals' empathy for patients with dementia

Masaki Kobayashi^{1*}, Mio Ito², Yasuyuki Iwasa³, Yoshiko Motohashi⁴, Ayako Eda⁵, Maki Shirobe⁴, Hirohiko Hirano⁴, Yves Gineste^{1,5} and Miwako Honda¹



of 45 dentist and dental hygienists recruited through a website and 3 patients with poor oral health due to refusal of usual oral care from his or her clinical practice

participants completed the pre-training surveys¹ prior to training

45 Participants submitted the pre-training surveys on the day of training
 The JSPE-HP scores of 45 participants and OHAT scores of 132 patients were submitted²

Participants completed the multimodal comprehensive care methodology training

Participants practiced in the clinical setting after the training

Participants were sent the post-training surveys³ one month after training

39 respondents returned the post-training surveys
 The JSPE-HP scores of 39 participants and OHAT scores about 96 patients were submitted

研修の効果検証

認知症の人で口腔衛生管理受容が困難な方の口腔状況をOHATで評価

研修前後でOHAT各スコアを比較

ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL (OHAT)

(Chalmers JM et al., 2005)

項目	氏名	0=健全	1=やや不良	2=病的	スコア
口唇	正常、湿潤、ピンク	乾燥、ひび割れ、口角の発赤	腫脹や腫痛、赤色斑、白色斑、潰瘍性出血、口角からの出血、潰瘍		
舌	正常、湿潤、ピンク	不整、電脱、発赤、舌苔付着	赤色斑、白色斑、潰瘍、腫脹		
歯肉・粘膜	正常、湿潤、ピンク、出血なし	乾燥、光沢、腫脹、発赤、部分的な1-4歯分腫脹、歯肉下の一部潰瘍	腫脹、出血(7歯分以上)、歯の動揺、潰瘍、白色斑、発赤、圧痛		
唾液	湿潤、粘性	乾涸、べたつく粘膜、少量の唾液、口臭感若干あり	全く干からびた状態、唾液はほぼない、粘性の高い唾液、口臭感あり		
残存歯 □有 □無	歯、歯根の7本または破折なし	3本以下の7歯、歯の破折、残根、咬耗	4本以上の7歯、歯の破折、残根、非常に強い咬耗、歯面使用無しで3本以下の残存歯		
義歯 □有 □無	正常義歯、人工歯の破折なし、普通に装着できる状態	一部位の義歯、人工歯の破折、毎日1-2時間の装着のみ可能	二部位以上の義歯、人工歯の破折、義歯紛失、義歯不適合のため未装着、歯面接着剤が必要		
口腔清掃	口腔清掃状態良好、歯垢、歯石、プラークなし	1-2部位に、歯垢、歯石、プラークあり、若干口臭あり	多くの部位に、歯垢、歯石、プラークあり、強い口臭あり		
歯痛	疼痛を示す言動的、身体的な兆候なし	疼痛を示す言動的な兆候あり、顔を引くつらさる、口唇を噛む、食事をしない、攻撃的になる	疼痛を示す言動的な兆候あり、頬、歯肉の腫脹、歯の破折、潰瘍、歯肉下腫痛、言動的な兆候もあり		
歯科受診 (要) (不要)					合計

Table 3 Mean pre-training and post-training Oral Health Assessment Tool scores (n = 71)

Category	Pre-training (n = 71)	Post-training (n = 71)	P-value
Lips	0.55	0.54	0.88 ^a
Tongue	0.80	0.59	0.04^a
Gums and tissues	0.86	0.80	0.64 ^a
Saliva	0.66	0.59	0.48 ^a
Natural teeth	1.41 (n = 63)	1.32 (n = 63)	0.02^a
Dentures	0.81 (n = 31)	0.80 (n = 30)	0.94 ^a
Oral hygiene	1.44	1.15	0.01^a
Dental pain	0.70	0.59	0.36 ^a

^a Wilcoxon signed rank test
 The bold numbers are significant P-values (p < 0.05)

認知症患者と良好なコミュニケーションを形成するためのケア手法が多く提唱され、実践されている。これらのケアについて知ること、認知症患者と歯科医療従事者との間に信頼関係が構築され、歯科診療の受容に寄与する可能性がある。

認知症患者の義歯の使用が可能と判断する要因は何か

推奨文

重度以上の認知症患者では義歯に対する認識，意思の疎通，日常生活動作（activity of daily living：ADL）を参考に，義歯を使用する利点とリスク，義歯の管理や着脱の介助に関する介護環境を考慮し，総合的に判断する必要がある。

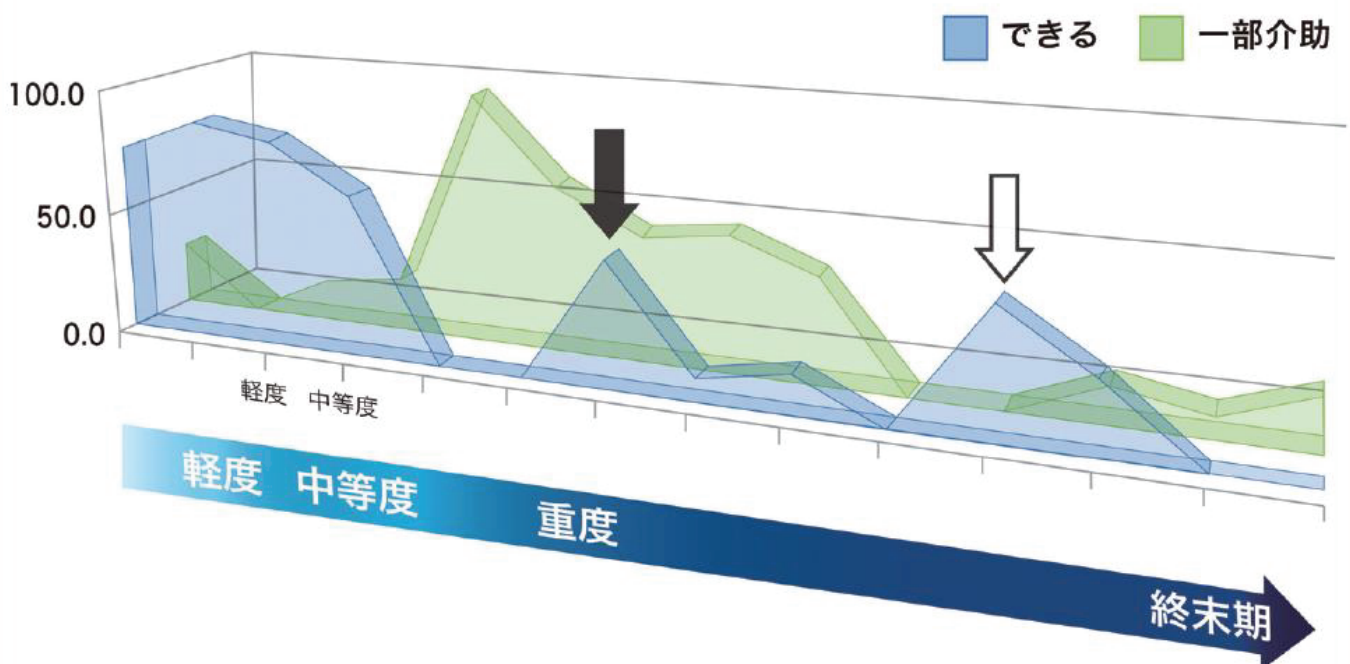
解説文

背景

義歯装着による咀嚼機能の回復が及ぼす身体的，精神的効果に関する報告が多く散見されるが，認知症患者では，義歯の調整や製作を行っても実際の使用に至らないこともある。治療や義歯装着に対する患者の負担の観点からも，治療方針立案時に義歯の受容性について考慮する必要がある。

認知症重症度と義歯使用可否の関係

（アルツハイマー型認知症：175名）





Factors Associated with Denture Non-use in Older Adults Requiring Long-Term Care

Ayami Meguro^a, Yuki Ohara^{b,*}, Ayako Eda^b, Maki Shirobe^c, Masanori Iwasaki^b, Kentaro Igarashi^{b,d}, Keiko Motokawa^b, Masayasu Ito^d, Yutaka Watanabe^{b,e}, Yasuhiko Kawai^d, Hirohiko Hirano^{b,f}



- 食事等の様々な要因を調整した結果、**義歯不使用の有意な関連因子は、認知症中等度とリンシングの不可であった。**
- **認知症の行動・心理状況(BPSD)が顕在化するのは、中等度の段階**(Tanaka et al. 2015)。**義歯への適応困難・使用拒否につながる可能性。**
 - ➔ 認知症中等度の段階が義歯使用の適否を検討するターニングポイント
- 義歯の使用が困難となった場合の対応
 - ➔ 多職種で情報共有し、食事内容・栄養摂取方法の検討。



認知症の人への歯科治療ガイドライン作成のためのパネル会議

パネル会議 2018年5月23日開催

【本号のトピックス】
 認知症患者の義歯診療ガイドライン作成のための最終パネル会議開催！
 第29回学術大会報告 / 第5回歯科衛生士関連委員会主催セミナー報告 /
 理事のご挨拶 / 専門医活動レポート / 委員会だより / 支部だより ほか

認知症患者の義歯診療ガイドライン作成のための最終パネル会議開催！

5月23日午後、東京歯科大学水道橋校舎本館にて、認知症患者の義歯診療ガイドライン作成のための最終パネル会議が開催されました。本学会では初の企画となったこのパネル会議では、2017年度から本学会ガイドライン委員会を中心に作成が開始された10個の義歯診療に関する臨床的疑問とそれらに対する推察文が公開され、パネリストとして参加した義歯患者、認知症患者家族、介護士から意見聴取が行われました。

会場では歯科関連企業、出版・報道関係者約40名が聴衆として3時間わたる協議を見つめるなか、ガイドライン委員からそれぞれの推察文にいたった経緯について解説が行われた後、認知症患者の義歯診療について現場で生じている問題や要望を含めた議論が積極的に交わされました。パネリストからは、家族として義歯を作ることが十分可能と考えられるにもかかわらず、患者が認知症とわかってから義歯を作ってもらえなかった事例が紹介され、家族や介護職からみた認知症患者の義歯診療における歯科医療側の取り組み方への要望が出されました。また介護職の立場から「お口の衛生管理のことは排泄の介助よりも家族の協力が得にくく見過ごされやすい。家族が介護しているということと家族が患者の入れ歯を取り外して管理できるということは別であることが多い」などの介護現場の現実が紹介され、認知症患者の口腔衛生管理を担っていくべき家族や介護職を含めた介護者に対する口腔衛生管理の知識・技術の普及活動が不足しているとの意見が出されました。これらの協議内容は、認知症高齢者の健康な口腔を維持するための歯科医療システム構築上の課題を現場の視点で提示するものだったと思います。

ガイドライン委員会前幹事 矢俣一智
 末筆ではございますが、パネル会議でご意見を賜りましたパネリストの方々、ガイドライン作成に携わっていただきました先生方、また当日の会場設営に多大なご協力をいただきました東京歯科大学老年歯科補綴学講座教室員ならびに学会事務局の方々に厚く御礼申し上げます。

会場に応じる櫻井 廣前理事長

主な関係各位での集合写真

パネリスト内訳

- ・患者の皆様
 義歯の患者の方 2名
 認知症患者の家族の方 2名
- ・医療関係者の皆様
 介護施設管理者 2名 (特養、GH)



パネル会議

私の母も歯科の先生が
 様々なことを考えて下さり、
 「義歯は無理ですかね、、」
 と言われました。
 その時、
 「私の母はもう義歯も作ってもらえ
 なくなってしまうんだ、、、」
 と思って悲しくなりました。

GH)

認知症の人への対応のためのパネル会議
 このパネル会議は、認知症の人への対応に関心のある歯科医師、歯科衛生士、介護職員、家族、行政関係者など、多岐にわたる関係者によるもので、認知症の人への対応に関する臨床的疑問とそれに対する解決策を共有し、ネットワークとして参加した歯科医師から意見聴取が行われました。会場では歯科関連企業、出版・報道関係者も参加し、聴衆として3時間にわたる協議を見つめるなか、オンライン委員からそれぞれの推奨文にいたった経緯について解説が行われた後、認知症患者の義歯診療について現場で生じている問題や要望を含めた議論が積極的に行われ、パネリストからは、家族として義歯を作ることが十分可能と考えられるにもかかわらず、患者が認知症とわかると義歯を作ってもらえなかった事例が紹介され、家族や介護職からみた認知症患者の義歯診療における歯科医療側の取り組み方への要望が出されました。また介護職の立場から「お口の衛生管理のことは排泄の介助よりも家族の協力が得にくく見過ごされやすい、家族が介護しているということと家族が患者の入れ歯を取り外して管理できるということとは別であることが多い」などの介護現場の現実が紹介され、認知症患者の口腔衛生管理を担っていくべき家族や介護職を含めた介護者に対する口腔衛生管理の知識・技術の普及活動が不足しているとの意見が出されました。これらの協議内容は、認知症高齢者の健康な口腔を維持するための歯科医療システム構築上の課題を現場の視点で提示するものだったと思います。



会場に出席する櫻井 廣前理事長



主な関係各位での集合写真



ご家族の思い



CQ

5-6

受診歯科患者の認知機能の低下が疑われた場合、あるいは認知症と診断されている場合、本人と家族への歯科治療方針・予防管理方針の説明と同意はどのようにしたらよいのか

推奨文

歯科治療方針・予防管理方針の説明とその同意を得るには、本人と家族の心理的・社会的状況に十分配慮し、理解しやすいように工夫した説明を行ったうえで、書面に記録を残すことが必要である。その際には信頼関係の維持と治療の継続性に留意する。

71

認知症の人の医療への要望

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、
『私は専門家ではないからよくわからないけれども、一緒に認知症に向かっていきましょう』と
おっしゃっていただけたら、それだけで家族はすごく
勇気づけられるし、力を得ることになると思います。

2008年「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」議事録より引用
認知症の人と家族の会 高見国生代表理事(当時)の発言

72

歯科医師の認知症対応力向上研修 2016年

2020年度末 2万2千人
歯科医師数 10万5千人

認知症を話題に
認知症の人の家族と語れる歯科医師数

参考資料



認知症に関する 歯科と口腔管理の ガイドライン

ついに、発行

- 歯科界待望の、認知症患者への歯科治療を進めるためのガイドラインがついに発行されました
- 日本老年歯科医学会を中心とした専門家によるガイドライン作成期によって作成された本ガイドラインでは、認知症患者に対する「コミュニケーション」、「口腔管理、口腔衛生管理」、「保存、外科、補綴」、「摂食嚥下」「栄養マネジメント」そして「緩和ケア」についての文献に基づいた推奨と解説が示されています
- 歯科医院で認知症の患者さんを迎えるとき、スムーズに診療を進めるとき、今後の治療方針を立案するとき、そして地域の医療機関として患者さんの最期に向き合うとき、さまざまな場面で、歯科医療職が取るべき対応が示されています



● 85頁 / 192頁
● 定価 (本体 5,200円+税)
ISBN978-4-263-44556-3



認知症の人への 歯科治療ガイドライン

一般社団法人 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

目次

1章 認知症概要 / 2章 認知症患者をとりまく諸制度と社会資源 / 3章 認知症患者のアセスメント

◎ 1章から3章では、認知症に関する基本的な事項や関連する社会制度などが解説されます

4章 認知症ケア・コミュニケーションメソッド / 5章 認知症患者の口腔管理 / 6章 認知症患者の口腔衛生管理 / 7章 認知症患者の口腔治療 / 8章 認知症患者の抜歯を含めた侵襲的歯科処置 / 9章 認知症患者の歯科補綴治療 / 10章 認知症患者の摂食嚥下リハビリテーション / 11章 認知症患者の栄養マネジメント / 12章 認知症患者の緩和ケア

◎ 4章から12章では各章のテーマについて、さまざまな臨床ケースを示し、それに答える形で認知症の人への歯科治療の指針が紹介されます

医歯薬出版株式会社 〒113-8612 東京都文京区本町1-7-10 TEL03-5395-7630 FAX03-5395-7633 <https://www.shiyaku.co.jp/>

歯科医院で 認知症の患者さんに 対応するための本

ガイドラインに基づいた理解・接遇・治療・ケア



平野浩彦・枝広あや子・本橋佳子

医歯薬出版株式会社

75

認知症高齢者への 食支援と口腔ケア

編著 平野浩彦

著者 枝広あや子 野原幹司 坂本まゆみ

Feeding support

Oral health care

Swallowing rehabilitation



株式会社 ワールドプランニング

認知症高齢者への食支援と口腔ケア

平野 浩彦 / 編著
枝広あや子, 野原 幹司, 坂本まゆみ / 著

2014年5月発刊

1080円

ワールドプランニング社

認知症の人への食支援と口腔ケアに関する研究はまだ始まったばかりですが、本書に記してある内容は、経験に基づいた実践的な内容です。とくに変性疾患を原因とした認知症の場合、病状の進行を意識するとともに、緩和ケアの視点を含んだケアマネジメントが求められます。「食べられなくなったらどうする」だけでなく「食べてもらうためにはどうする」の視点をもってケアをすることが、認知症の人への円滑な栄養マネジメントにつながるのです。

76

38

[東京労働者福祉会](#) | [公益財団法人日本医療機能評価機構](#) | **Minds** GRADE | [小 | 中 | 大](#) | [Minds English](#) | [サイト内検索](#) | [ログイン](#) | [お問い合わせ](#)

[診療ガイドラインについて](#) | [Mindsについて](#) | [ガイドラインの利用について](#) | [ガイドラインの作成について](#) | [患者・市民のみなさまへ](#)

[トップ](#) > [疾患・テーマの選択](#) > [診療ガイドライン一覧](#) > [ガイドライン](#)

認知症の人への歯科治療ガイドライン

[<前へ](#) | [次へ>](#) | [印刷情報](#)

本文

認知症の人への歯科治療ガイドライン

本文はPDFでご覧ください。

編集
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

発行年月日
2019年6月10日

発行
医歯薬出版

このガイドラインは書籍として発行されています。
[詳細はこちら](#)

※このガイドラインは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、医歯薬出版より許可を得て掲載しています。
※書籍情報には、評価対象となった発行物の情報を記載しています。
※本邦初版の発行日(2019年6月10日)「認知症の人への歯科治療ガイドライン」を掲載しています。

ガイドラインの条件を指定する

選択中のカテゴリと疾患・テーマ
選択していません

キーワード

発行年月日
 指定なし | 1年以内
 3年以内 | 5年以内
 期間指定
 年 -- 年 ~

監修・著者
ガイドライン作成委員会

サイトへの掲載形態
 HTML形式 | PDF形式
 外部サイトへのリンク | 本文なし

サイト掲載日
 年 -- 年 ~
 年 -- 年 ~

版の指定
 最新版 | 旧版



<https://minds.jcqh.or.jp/n/med/4/med0398/G0001138>