

2つのポイント

- ・ 認知症の理解
- ・ 認知症者への接し方

表 1 | 認知症や認知症様症状をきたす主な疾患・病態

<p>1 中枢神経変性疾患 Alzheimer 型認知症 前頭側頭型認知症 Lewy 小体型認知症 (Parkinson 病) 進行性核上性麻痺 大脳皮質輪状細胞変性症 Huntington 病 神経線維蛋白認知症 神経線維蛋白認知症 その他</p>	<p>9 内分泌機能異常および関連疾患 甲状腺機能低下症 下垂体機能低下症 副甲状腺機能低下症 副甲状腺機能亢進症または低値 Cushing 症候群 反復性低血糖 その他</p>
<p>2 血管性認知症 (VaD) 多発性血管性認知症 脳梗塞の部位の単一障害による VaD 小血管病変性認知症 低血圧性 VaD 脳出血性 VaD 慢性硬膜下血腫 その他</p>	<p>10 欠乏性疾患 中毒性疾患 代謝性疾患 アルコール依存症 Marchiafava-Bignami 病 一酸化炭素中毒 ビタミン B12 欠乏症 (Wernicke-Korsakoff 症候群) ビタミン B12 欠乏症 (ビタミン D 欠乏症) 慢性欠乏症 ナイアシン欠乏症 (ペラダラ) 薬物中毒 A: 抗凝固薬 (ワルファリン、シタラゼンなど) B: 抗精神病薬 (ベンゾジアゼピン系抗うつ薬) 抗精神病薬 など C: 抗がん剤 D: 抗生物質 金属中毒 (水銀、マンガンの他など) Wilson 病 過剰性ビタミン E 投与 その他</p>
<p>3 脳腫瘍 脳転移性腫瘍 脳脊髄腫瘍 脳脊髄腫瘍 その他</p>	<p>11 臓器疾患などの自己免疫性疾患 多発性硬化症 全身性紅斑性狼瘡 Behcet 病 Sjogren 症候群 その他</p>
<p>4 正常圧水頭症</p>	<p>12 嚢腫病 嚢腫性スフィンゴリド症 嚢腫性システロイド症 嚢腫性色素症 嚢腫性色素症 (ロイコグリアスチン) 欠乏症 嚢腫病 その他</p>
<p>5 頭部外傷</p>	<p>13 その他 ミトコンドリア病 進行性筋ジストロフィー Fabry 病 その他</p>
<p>6 脳腫瘍以外の脳血管性疾患</p>	
<p>7 神経感染症 急性ウイルス性脳炎 単純ヘルペス脳炎 (日本脳炎など) HIV 感染症 (AIDS) Creutzfeldt-Jakob 病 急性化膿性髄膜炎 慢性化膿性髄膜炎 急性化膿性髄膜炎 慢性化膿性髄膜炎 脳膿瘍 脳脊髄炎 その他</p>	
<p>8 臓器不全および関連疾患 腎不全、透析療法 肝不全、肝動脈静脈シャント 嚢性心不全 慢性腎不全 その他</p>	

認知症疾患診療ガイドライン2017より引用

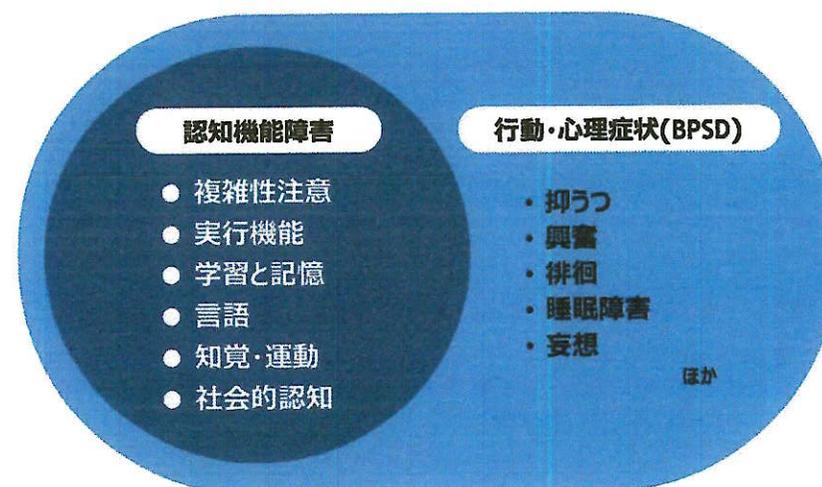
《基本5》

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
	IIa 家庭外で上記 II の状態が見られる
IIb	家庭内でも上記 II の状態が見られる
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする
	IIIa 日中を中心として上記 III の状態が見られる
IIIb	夜間を中心として上記 III の状態が見られる
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

《基本7》

認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)



中核症状

- ・ 記憶障害（陳述記憶、非陳述記憶）
- ・ 見当識障害（時間・場所・人）
- ・ 理解・判断力障害
- ・ 実行機能障害
- ・ その他

- ・ アルツハイマー型認知症
- ・ レビー小体型認知症
- ・ 前頭側頭型認知症
- ・ 血管性認知症
- ・ 若年性認知症
- ・ 治療可能な認知症

《基本9》

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

【基8】

アルツハイマー型認知症とは

- 最も多い病型で、全ての認知症の**半分以上**を占める
- 病理学的には、アミロイドの蓄積 ⇒ 老人斑を形成 ⇒ タウの細胞内への蓄積 ⇒ 神経原線維変化
- 最初に起こる症状は **記憶障害** である。
具体的には、同じことを何度も聞く、置忘れやしまい忘れが目立つから始まる場合が多く、続いて、段取りが立てられない、気候に合った服を選べない（遂行障害）、時間や場所の感覚があいまいになる（見当識障害）が加わる
- 忘れていることについて **「取り繕い」** をする。
「誰かに盗まれた」と疑うこと（物盗られ妄想）が見られることがある。

認知症対応力向上研修スライドより引用

アルツハイマー型認知症の症例 (68歳・女性)

1年ほど前から前日のことを忘れることが多くなった。通帳や大切なもの
のしまい忘れが目立つようになり、物が見つからないときに夫のせいにする。
結婚した娘のところは何度も電話してくるが、前にかけてきた内容を覚えて
いない。
買い物へはいくが、同じものを大量に買ってしまい 冷蔵庫内で腐らせて
しまう。料理もレパートリーが減り 3日続けて同じ料理を作った。
最近好きで通っていた絵画教室に いろいろな理由をつけては行かなくなった。

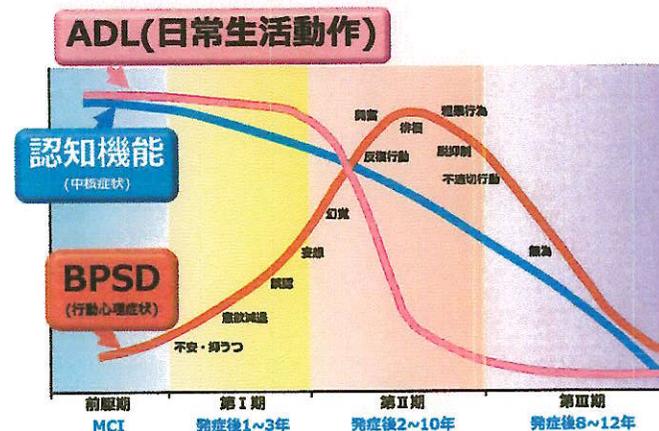
MMSE: 23/30

時間の見当識 1/5、場所の見当識 5/5、記銘 3/3、集中・計算 5/5、
再生 0/3、言語 8/8、構成 1/1

診察場面では、今日は何月何日ですか?の問いに対し、“えーっと何月
でしたっけ”と夫のほうを振り返って尋ねる。今日は新聞もテレビも見て
こなかったからと言いつける。

認知症対応力向上研修スライドより引用

アルツハイマー型認知症の経過の概要



西川 隆.: 神経内科. 72 (Suppl.6) : 277-283, 2010.

レビー小体型認知症とは

- 変性性認知症ではアルツハイマー病について多い疾患
- 障害される神経系が多系統なため、認知機能症状以外に精神症状やパーキンソニズム、自律神経症状など多彩な症状がでることが特徴。

認知機能症状 初期には記憶障害よりも、遂行障害や
問題解決能力の低下、構成障害や
視空間認知障害、注意の障害がめだつ

精神症状 リアルで具体的な幻視や妄想

パーキンソン症状 動きが遅くなる、手が震える、転び易くなる

自律神経症状 たちくらみ、排尿障害、失神

- しっかりしているときと居眠りをするときの差が激しいなど、
症状の変動が大きく現れる。(数分から日の単位まで多様)

認知症対応力向上研修スライドより引用

レビー小体型認知症の症例

主訴：意欲低下、動きが遅くなり眠ってばかりいる

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：平成X年頃から夜中に大声をだす。

平成X+4年10月頃から 会話が筋道をたててできない。
洋服がうまく着られない。機械を扱う仕事をしていたにもか
かわらずカメラが使えない。覚まし時計があわせられない。
1日中うとうと眠っているかと思うと易怒性あり。
正常に戻ったかのように調子のよい日と全くなにもしない
日がある。この頃から家の中に子供がいる、電線の上に
女の人がいる、という。

平成X+6年1月 大学病院の神経内科に受診。筋固縮と
歩行障害を指摘された。また、不眠を訴えるようになり、
眠剤を投与されたところ、翌日の午前中まで起きなかった。

認知症対応力向上研修スライドより引用

前頭側頭型認知症とは

- 前頭葉と側頭葉前部を病変の主座とする変性性認知症、
タウ蛋白の異常蓄積が原因
- 前頭葉が主として障害されると、**人格や行動の変化**がみられる
(自らを抑えることができず衝動的な行動や、同じ行為を繰り返す。
時に反社会的な行動につながることもある。あらゆることに意欲が
なく、何もしなくなる 等)
⇒**行動変容型前頭側頭型認知症**
- 側頭葉が障害されると、**言葉の障害**が初期から目立ってくる
 - ◎ 言葉数が減り、字を読んだり、書いたりすることが難しくなる
⇒**進行性非流暢性失語**
 - ◎ 言葉の意味が失われる(「電車って何ですか」など)
⇒**意味性認知症**

認知症対応力向上研修スライドより引用

血管性認知症とは

- アルツハイマー型認知症の次に多い病気。
脳の血管が詰まったり(脳梗塞)、破裂したり(脳出血)
して起こる
- 高血圧症や糖尿病などの生活習慣病や心臓病などを
治療し、規則正しい生活をすることで、発症や進行の
予防が可能

[特徴]

- ◎ 症状が**突然**現れたり、**段階的に悪化・変動**したりする。
- ◎ 認知症だけでなく、脳が障害を受けた場所によって、
歩行障害、言葉が理解できない、感情のコントロール
ができないなどの**随伴症状**が早期から見られる。

認知症対応力向上研修スライドより引用

若年性認知症の特徴

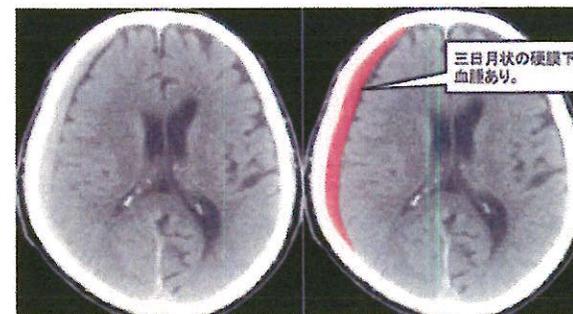
認知症高齢者との違い

- 発症年齢が若い
- 男性に多い
- 初発症状が認知症特有でなく、診断にくい
- 異常であることには気が付くが、受診が遅れる
- 経済的な問題が大きい
- 主介護者が配偶者に集中する
- 本人・配偶者の親等の介護が重なり、時に複数介護となる
- 家庭内での課題が多い(就労、子供の教育・結婚 等)

認知症対応力向上研修スライドより引用

治療可能な認知症

- ・ 脳腫瘍
- ・ 慢性硬膜下血種
- ・ 甲状腺疾患 など



画像診断のまとめHPより引用

認知症治療薬の特徴

	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
作用機序	AChE*阻害 *アセチルコリンエステラーゼ	AChE阻害/ ニコチン性ACh 受容体刺激作用	AChE阻害/ BuChE*阻害 *ブチルコリンエステラーゼ	グルタミン酸受容体 の拮抗薬
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度	中等度～高度
一日用量	5-10mg	8-24mg 液剤あり	4.5-18mg 貼付剤	20mg 5mgから毎週漸増
初期投与方法	3mgを1-2週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与後 16mgで維持	4週ごとに4.5mgずつ 増量し18mgで維持	
用法	1	2	1	1
半減期	70-80	5-7	2-3	
代謝	肝臓	肝臓	非CYP	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	DLBが適応 (2014)		1ステップ増量法が 承認 (2015)	

1999年 2011年 2011年 2011年
認知症対応力向上研修スライドより引用

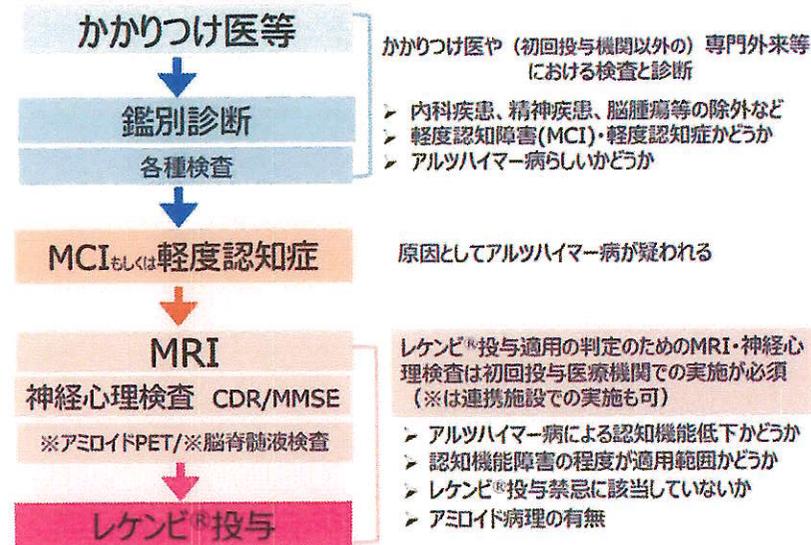
アリドネパッチ 27.5mg
アリドネパッチ 55mg
ALDYDONE patches

2. 注意 以下の患者には投与しないこと
3. 組成・性状
4. 用法及び用法に関する事項
5. 副作用
6. 用法及び用法に関する事項
7. 用法及び用法に関する事項
8. 重要な基本的注意



興和株式会社HPより

レカネマブ (レケンビ®点滴静注) 治療までの手順概要



- (1) CDRスコアが0.5~1、CDRの記憶スコアが0.5以上
- (2) MMSEスコアが22~30
- (3) アミロイドPET又はCSF検査でアミロイドβ病理を示唆する所見が確認される
- (4) スクリーニング前12ヵ月以内に一過性脳虚血発作、脳卒中又は痙攣発作の既往を有さない。
- (5) スクリーニング期の脳MRI検査で、以下に示すような臨床的意義のある所見が認められていない。
 - ・5ヵ所以上の脳微小出血 (最大径10mm以下)
 - ・最大径10mm超の脳出血
 - ・脳表ヘモジデリン沈着症
 - ・血管原性脳浮腫
 - ・脳挫傷、脳軟化、動脈瘤、血管奇形又は感染病巣
 - ・多発性ラクナ梗塞、大血管支配領域の脳卒中、重度の小血管疾患又は白質疾患
 - ・占拠性病変又は脳腫瘍 (ただし、髄膜腫又はくも膜嚢胞と診断される病変で、最大径が1cm未満であれば除外する必要はないこととした)

レケンビ®添付文書より

CDR

分類	内容	CDR (Clinical Dementia Rating)
軽度	ADL自立、IADL障害あり	CDR 1
中等度	ADLも障害、要介護状態	CDR 2
重度	重度の記憶障害、施設入所が検討課題	CDR 3

認知症疾患診療ガイドライン2017より演者作成

FAST

分類	内容	FAST (Functional Assessment Staging)
軽度	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。	FAST 4
中等度	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。	FAST 5
高度	最大約6語に限定された言語機能の低下。理解しうる言葉はただ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。	FAST 6-7

認知症サポート医養成研修テキストより演者作成

富士レビオ、血液によるアルツハイマー関連検査薬を国内で承認申請



米国で承認された血液によるアルツハイマー病の診断補助薬

2025/11/25 日経webより引用



Q3 MCI (軽度認知障害) とは

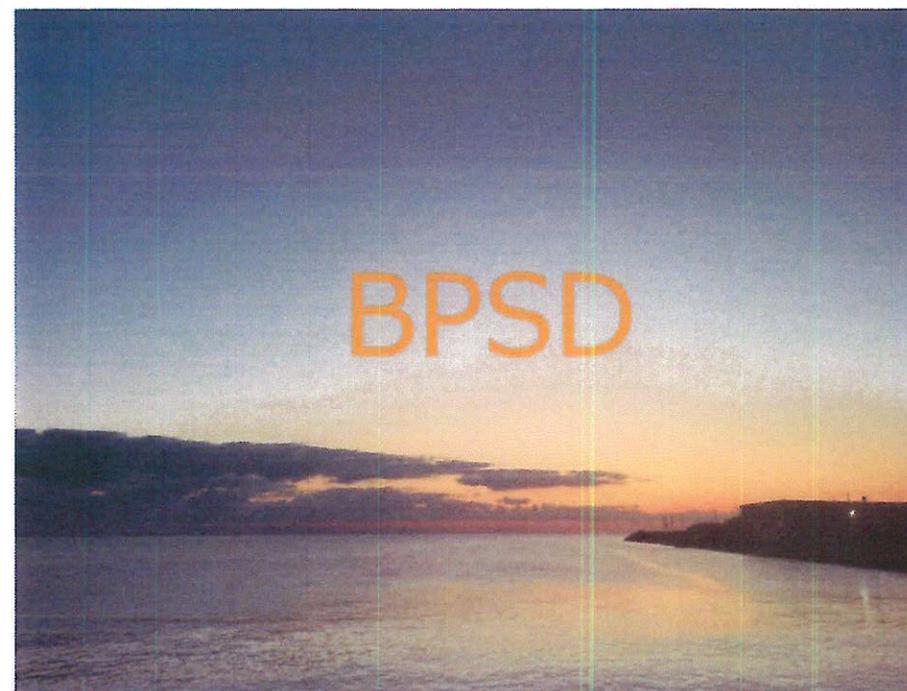
Q MCI (軽度認知障害) について教えてください。

A MCI (Mild Cognitive Impairment: 軽度認知障害) とは、認知症と完全に診断される一歩手前の状態です。放っておくと認知症に進行しますが、適切な予防をすることで健全な状態に戻る可能性があります。



MCIは健全な状態と認知症の中間の状態

MCIは健全な状態と認知症の中間において、その後の状態がどちらにもなりうる。



認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)

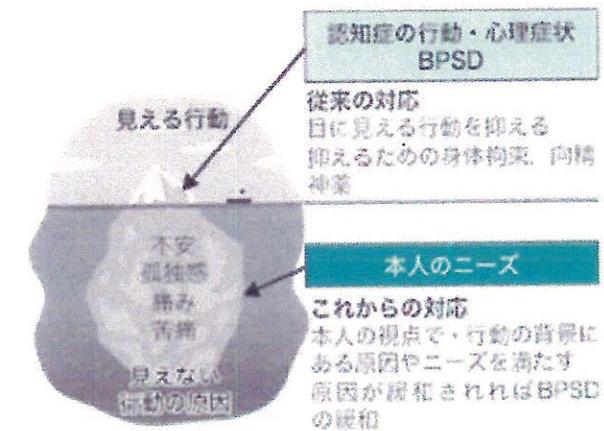
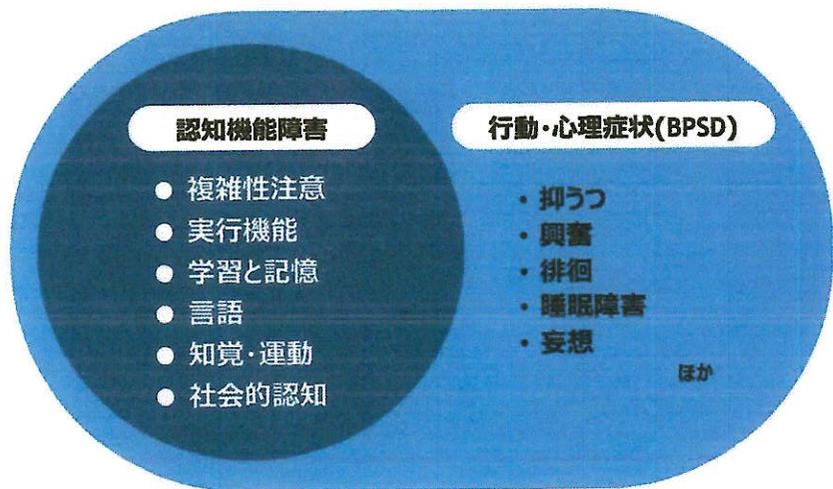


図2 BPSDの捉え方

月刊薬事 2025.8(Vol.67 No.11) 55p より引用

チャレンジング行動

寄稿論文

理解や対応が難しい認知症の人の行動に関する呼称の変遷 ——心理職が行うべきは方略の普及——

山中寛夫
病後大学人間系

本稿では、理解や対応が難しい認知症の人の行動に関する重要な呼称「behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD」「agitation」「challenging behavior: CB」「behaviour that challenges: BtC」「distressed behaviour」について解説を行った。このうち、BPSDは行動を単に症状としてカテゴリー化・整理したものであるが、その他の用語は行動を本人の苦痛が反映したものととらえ、行動の理解や原因の解明・改善を促すものであった。また、CBからBtCへの変更にはCBの診断ラベル化が関係しており、同じような問題を起こさないためには、こうした行動に対する方略の積極的普及が重要であると考えられた。

キーワード
behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) / agitation /
challenging behavior (CB) / behaviour that challenges (BtC) / distressed behaviour

老年臨床心理学研究2021.vol.2 より引用

表1 理解や対応が難しい認知症の人の行動に関する呼称

用語	出典	定義や説明
Behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD	Jurkel & Burns (1989)	The term behavioral disturbances should be replaced by the term behavior and psychological symptoms of dementia (BPSD) , defined as symptoms of disturbed perception, thought content, mood, or behavior that frequently occur in patients with dementia (p3).
Agitation	Cohen-Mansfield (1991)	inappropriate verbal, vocal, or motor activity that is not judged by an outside observer to result directly from the need or confusion of the agitated individual (p2).
	Cohen-Mansfield, Zimmerman & Marx (2007)	The key phrase in that definition is: not judged... to result directly from apparent needs or confusion . In the underlying case of the agitation is often a mystery to the observer (p208).
Challenging behavior: CB	The Challenging Behaviour Foundation	This term, Challenging Behaviour , was introduced to replace a variety of terms which suggested that the problem was located within the person. The term challenging behaviour was introduced to move away from this by describing the behaviour as challenging to services ('this person presents us with a challenge in how to support him/her' as opposed to 'this person is being very difficult'). The emphasis was to encourage carers and professionals to find effective ways of understanding a person's behaviour and its underlying causes.
	Emerson (2001)	culturally abnormal behavior(s) of such an intensity, frequency or duration that the physical safety of the person or others is likely to...

Challenging behavior: CB	The Challenging Behaviour Foundation	The term 'Challenging Behaviour' was introduced to replace a variety of terms which suggested that the problem was located within the person. The term 'challenging behaviour' was introduced to move away from this by describing the behaviour as challenging to services ('this person presents us with a challenge in how to support him/her' as opposed to 'this person is being very difficult'). The emphasis was to encourage carers and professionals to find effective ways of understanding a person's behaviour and its underlying causes.
	Emerson (2001)	... culturally abnormal behaviour(s) of such an intensity, frequency or duration that the physical safety of the person or others is likely to be placed in serious jeopardy, or behaviour which is likely to seriously limit use of, or result in the person being denied access to, ordinary community facilities (2nd ed., p3, p7).

老年臨床心理学研究2021.vol.2 より引用

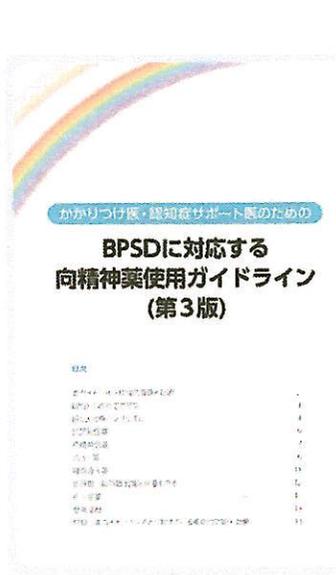
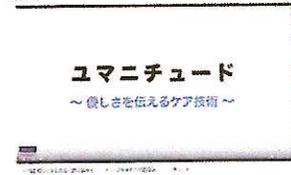
ca 3A-2

認知症の治療の際には薬物療法・非薬物療法・ケアをどのように施行するか

回答

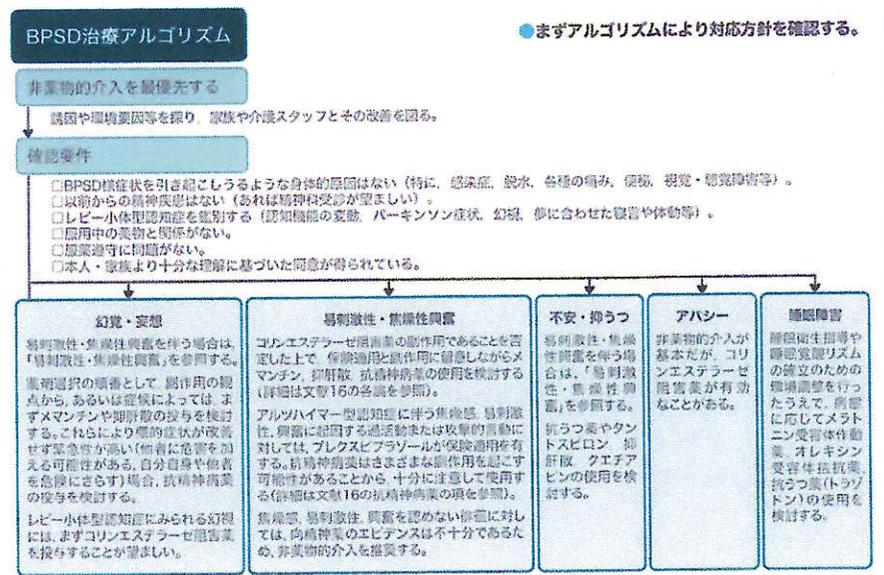
認知症の治療は認知機能の改善と生活の質 quality of life (QOL) 向上を目的として、薬物療法と非薬物療法を組み合わせて行う。認知症の行動・心理症状 behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) には非薬物療法を薬物療法より優先的に行うことを原則とする。向精神薬を使用する場合は、有害事象と投薬の必要性を継続的に評価する。

認知症疾患診療ガイドライン2017より引用



付録 本ガイドラインでとりあげている薬剤の効能・効果

薬名	効能・効果
抗認知症薬	
ドネペジル塩酸塩 (アリセプト)	アルツハイマー型認知症及びレビー小体型認知症における認知機能の悪化を抑制する。
ガランタミン (レボネール)	軽度及び中等症アルツハイマー型認知症における認知機能の悪化を抑制する。
リバスチグミン (イクセロン®)、リバスチグミンナフチルメチル	軽度及び中等症アルツハイマー型認知症における認知機能の悪化を抑制する。
メマンチン塩酸塩 (スマリー)	中等症及び重症アルツハイマー型認知症における認知機能の悪化を抑制する。
抗精神作用薬	
ブレスピランゾール (レキサルティ)	認知症関連の興奮、不安、攻撃性、夜間徘徊、徘徊、脱走、興奮、興奮による自傷行為、不安、不安による興奮、興奮による自傷行為、興奮による自傷行為。
リスペリドン (リスパダール)	認知症関連の興奮、不安、攻撃性、夜間徘徊、徘徊、脱走、興奮、興奮による自傷行為、不安、不安による興奮、興奮による自傷行為。
ペロシドロン (ルーン)	認知症関連の興奮、不安、攻撃性、夜間徘徊、徘徊、脱走、興奮、興奮による自傷行為、不安、不安による興奮、興奮による自傷行為。
グゼチアピン (セロギオン)	認知症関連の興奮、不安、攻撃性、夜間徘徊、徘徊、脱走、興奮、興奮による自傷行為、不安、不安による興奮、興奮による自傷行為。
グゼチアピン (ビプレゾン錠)	認知症関連の興奮、不安、攻撃性、夜間徘徊、徘徊、脱走、興奮、興奮による自傷行為、不安、不安による興奮、興奮による自傷行為。
フロキサセリン (ロサセリン)、ロサセリン	認知症関連の興奮、不安、攻撃性、夜間徘徊、徘徊、脱走、興奮、興奮による自傷行為、不安、不安による興奮、興奮による自傷行為。
アリピプラゾール (エビリファイ)	認知症関連の興奮、不安、攻撃性、夜間徘徊、徘徊、脱走、興奮、興奮による自傷行為、不安、不安による興奮、興奮による自傷行為。
オランザピン (ゾラレキサ)	認知症関連の興奮、不安、攻撃性、夜間徘徊、徘徊、脱走、興奮、興奮による自傷行為、不安、不安による興奮、興奮による自傷行為。

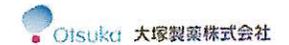




- つばを吐く(食事中を含む)
- 嘔る
- 人や物につかみかかる
- 押す
- 物を投げつける
- 叫ぶ
- 噛む
- ひたたく
- 自分や他人を傷つける
- 物を壊す・割る
- 常習する、自的なく歩み回る
- 不適切な着衣、履装
- 別の場所に行こうとする・室外や屋外へ出ようとする*
- 物を不適切に取り扱う
- 注目や関心を求めたり要求し続けたり
- 文章や情報の繰り返し

8.7 嚥下障害が発現するおそれがあるので、特に誤嚥性肺炎のリスクのある患者に本剤を投与する場合には、慎重に経過を観察すること。

解説 抗精神病薬の副作用として錐体外路症状が知られています。錐体外路症状の一つとして、食道の運動障害を起し、特に高齢者では、嚥下障害から誤嚥性肺炎に至る可能性がります。特に誤嚥性肺炎のリスクのある患者に本剤を投与する場合には、慎重に経過を観察してください。



副作用のモニタリング

BPSDに対する薬物開始後、服薬状況の確認とともに、副作用の出現に留意する。

(各薬剤の副作用の詳細は文献16の各論を参照)

- ①覚醒度
 - ・ 日中の眠気、起床時間の遅れ、活気のなさ等
- ②表情・動作
 - ・ 動作遅慢、挙動剛、振戦、小刻み歩行、前後左右の体の傾き、仮面様顔貌、流涎、むせこみ、転倒等
- ③情動
 - ・ 薬剤の賦活作用による不安感、焦燥感、易怒性等
- ④食事
 - ・ 嘔気・嘔吐、食欲低下、体重減少、過食等
- ⑤排泄
 - ・ 便秘、下痢、尿閉、尿失禁等
- ⑥心血管系
 - ・ 徐脈、不整脈、起立性低血圧、高血圧等
- ⑦血液検査
 - ・ 肝酵素上昇、高血糖、低カルシウム、低ナトリウム等

効果の評価 (投与前後の定量的評価尺度の利用も推奨される)

- ①患者本人の苦痛の軽減
- ②介護者/家族の負担の軽減
- ③定量的評価
 - ・ 尺度としては、NPIが広く用いられており、家族や介護者が評価する簡便版 (NPI-Q) が存在する。
 - NPI: Neuro-psychiatric Inventory
 - NPI-Q: Neuro-psychiatric Inventory-Questionnaire

薬物治療のリスク・ベネフィット評価

①薬物治療のリスク・ベネフィットを常に評価する。
②OOLの確保に逆効果であると判断すれば減量・中止を行う。



認知症困りごとナビより引用



認知症困りごとナビより引用

高齢者タウオパチー

<高齢発症認知症>

- ・アルツハイマー病
- ・神経原線維変化型老年期認知症 (SD-NFT)
- ・嗜銀顆粒性認知症 (AGD) etc.

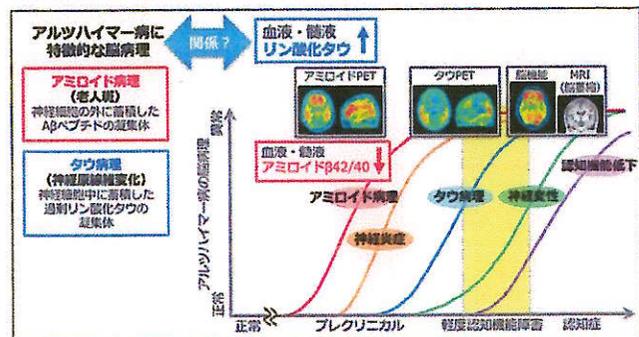


図1. アルツハイマー病の病理学的変化とバイオマーカーリン酸化タウタンパク質

国立長寿医療研究センターHPより引用

かかりつけ歯科医の役割 編

- ねらい：
- 認知症の人の神経心理学的症状を理解し、配慮した歯科治療を行う
 - 歯科医療機関全体で認知症の人や家族への支援を行う基本的知識を得ること

到達目標：

- かかりつけ歯科医の役割の理解
- 認知症の人(疑いを含む)の神経心理学的症状の理解
- 神経心理学的症状に配慮した歯科治療上の配慮
- スタッフ教育および歯科医院全体で行う患者・家族への支援
- 必要に応じた適切な連携

《役割1》

かかりつけ歯科医(歯科医療機関)の役割

認知症に対応できる歯科医師の役割

- 認知症を理解し徴候などに**気づく**ことができる
- 認知症の人に対する**継続的な**歯科治療を行う
- **全てのスタッフ**が認知症を理解し、認知症の人やその家族を支援することができる
- 必要に応じ他の医療施設や必要なサービスと**連携**できる

《役割8》

歯科診療において注意すべき気づきのポイント

- **予約の日時**を忘れる・間違える
- 忘れ物が増えた
- **同じことを何回も**質問する
- 職員に対する態度がきつくなるなど変化した
- 健康保険証・診察券・お釣りを受け取っていないという
- 履物を間違える
- **整容・身だしなみ**が変化した
- 口腔清掃状態が悪化した
- 義歯をたびたび**紛失**する
- 義歯が口腔内に装着されているかどうかわかっていない
- 診療室からの**出口がわからない**(出入口を間違える)

キーパーソンとの状況共有と配慮

Point ⑤

認知症の人の記憶が曖昧であったり、意思疎通に不安があるような際は早めにキーパーソンと情報共有する

- **家族介護者の労をねぎらいつつ**、認知症の人の症状の変化や介護の状況、家族の不安などに傾聴する
- 本人の病状・家族の状況に合わせて負担に配慮する
通院負担が高ければ、通院回数が少ない治療方法をすすめる等工夫する、訪問診療を行う など、介護者の負担の少ない方法をとる

歯科医療機関で起こるBPSDに対する対応

Point ⑥

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、身体疾患の悪化の間き取り

これからの対応を検討する

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**

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 **動画も有用**
- 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

歯科治療中の不安を予測した治療上の配慮

認知症の人は、予測しない状況に即座に対応できないことが多い

忍耐が必要とされる歯科治療の際

- 困難である可能性も考慮の上、少しずつ様子を見ながら行う
- 水の出る治療は除石など簡単なものから行い様子を見る
- 印象採得・義歯修理など認知症の人が緊張する治療には十分配慮する
- **休憩をはさみながら行う**など安心を与える

協力が必要な治療行為の際

- 印象採得や咬合採得など、協力が必要な治療は **家族にも説明し協力を依頼する**
- 理解困難な治療は、適宜練習しながら実施する
- 一定期間の継続通院が必要な治療の可否を、あらかじめ検討してから治療を始める

かかりつけ歯科医の役割編のまとめ

認知症の人への対応を難しく考え過ぎず、
高齢者医療への対応力を高めることが基本

- 長年培ってきたかかりつけ歯科医として情報と信頼関係
- 安心して通院できる心配りや施設の整備
- 歯科医師とスタッフに必要な認知症の知識の研修
- **かかりつけ医や他の関係機関と積極的な連携**

治療中の観察とストレスの軽減を図る対応

認知症の人は訴えが少ない、あるいは多様であることから、何が起きているのかを観察から判断する必要がある

- **身体的な観察**（呼吸、血圧、むせなど）
- 声かけを行ったときの反応（拒否的な発言など）
- 経時的な表情や訴えの変化（表情が険しくなるなど）
- 落ち着きのなさや興奮などの観察

歯科医療機関のスタッフの適切な**声掛け**は
認知症の人の**不安・ストレス**を軽減させる

連携・制度編

ねらい：認知症の人を支えるための医療・介護、
地域が連携した生活支援の重要性を
理解する

到達目標：

- 認知症の人を地域の連携体制で支える仕組みと
かかりつけ歯科医の役割について理解する
- 介護保険制度で利用できるサービスについて、
本人・家族に説明することができる
- 成年後見制度・高齢者虐待防止法等の権利擁護
の仕組みの概要を説明することができる

高齢者の独居世帯 徳島は2050年に25.3% 全国2位に

11月15日 17時34分



2024.11.15.NHK徳島 NEWS WEBより引用

孤独・孤立対策推進法の概要

趣旨

近時における社会の変化を踏まえ、日常生活若しくは社会生活において孤独を覚えることにより、又は社会から孤立していることにより心身に有害な影響を受けている状態にある者への支援等に関する取組について、その基本理念、国等の責務、施策の基本となる事項及び孤独・孤立対策推進本部の設置等について定める。

→ 「孤独・孤立に陥る人を誰ひとり取り残さない社会」、「相互に支え合い、人と人の「つながり」が生まれる社会」を目指す

概要

1. 基本理念

孤独・孤立対策（孤独・孤立の状態となることの予防、孤独・孤立の状態にある者への迅速かつ適切な支援その他孤独・孤立の状態から脱却することに資する取組）について、次の事項を基本理念として定める。

- ① 孤独・孤立の状態は人生のあらゆる段階において何人にも生じ得るものであり、社会のあらゆる分野において孤独・孤立対策の推進を図ることが重要であること。
- ② 孤独・孤立の状態にある者及びその家族等（当事者等）の立場に立って、当事者等の状況に合わせた支援が継続的に行われること。
- ③ 当事者等に対しては、その意向に沿って当事者等が社会及び他者との関わりを持つことにより孤独・孤立の状態から脱却して日常生活及び社会生活を円滑に営むことができるようになることを目標として、必要な支援が行われること。

2. 国等の責務等

孤独・孤立対策に関し、国・地方公共団体の責務、国民の理解・協力、関係者の連携・協力等を規定する。

3. 基本的施策

- ・ 孤独・孤立対策の重点計画の作成
- ・ 孤独・孤立対策に関する国民の理解の増進、多様な主体の自主的活動に資する啓発
- ・ 相談支援（当事者等からの相談に応じ、必要な助言等の支援）の推進
- ・ 関係者（国、地方公共団体、当事者等への支援を行う者等）の連携・協働の促進（全国版・地方版官民連携プラットフォームの設置等）
- ・ 当事者等への支援を行う人材の確保・養成・資質向上
- ・ 地方公共団体及び当事者等への支援を行う者に対する支援
- ・ 孤独・孤立の状態にある者の実態等に関する調査研究の推進

4. 推進体制

- ・ 内閣府に特別の機関として、孤独・孤立対策推進本部（重点計画の作成等）を置く。
- ・ 地方公共団体は、関係機関等により構成され、必要な情報交換及び支援内容に関する協議を行う孤独・孤立対策地域協議会を置くよう努める。
- ・ 協議会の事務に従事する者等に係る秘密保持義務及び罰則規定を設ける。

5. その他

- ・ 法律の施行後5年を経過した場合において、法律の施行の状況等を踏まえ、孤独・孤立対策の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

施行期日 令和6年4月1日

地域共生社会の在り方検討会議(2024.9.30) 資料より引用

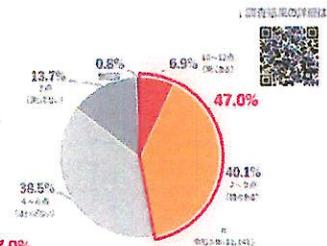
孤独・孤立の実態把握に関する全国調査（令和5年）より

約4～5割の人が孤独を感じている

- 1 あなたは、自分には人とのつきあいがないと感じることがありますか。
- 2 あなたは、自分は取り残されていると感じることがありますか。
- 3 あなたは、自分は他の人たちから孤立していると感じることがありますか。

1. 決してない
2. ほとんどない
3. 時々ある
4. 常にある

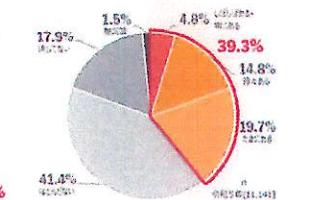
・孤独感が「10～12点（常にある）」「7～9点（時々ある）」の人が**47.0%**



あなたはどの程度、孤独であると感じることがありますか。

1. 決してない
2. ほとんどない
3. たまにある
4. 時々ある
5. しばしばある・常にある

・孤独感が「しばしばある・常にある」「時々ある」「たまにある」人が**39.3%**



認知症予防

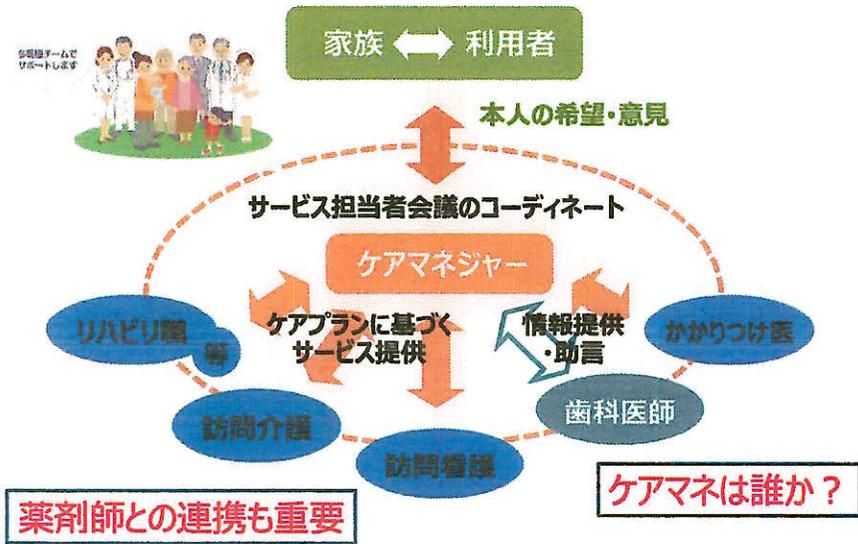
独居であるため、会話が少なく感じており、認知症になりやすいと心配していますが、何かいい手立てはないでしょうか。

人との会話は脳の機能を維持する有効な手段です。また独居や配偶者が不在であることは、認知症の危険因子であるという報告もあります。地域での社会活動に参加したり、デイサービスなどを利用して、人と話す機会を持つことをお勧めします。

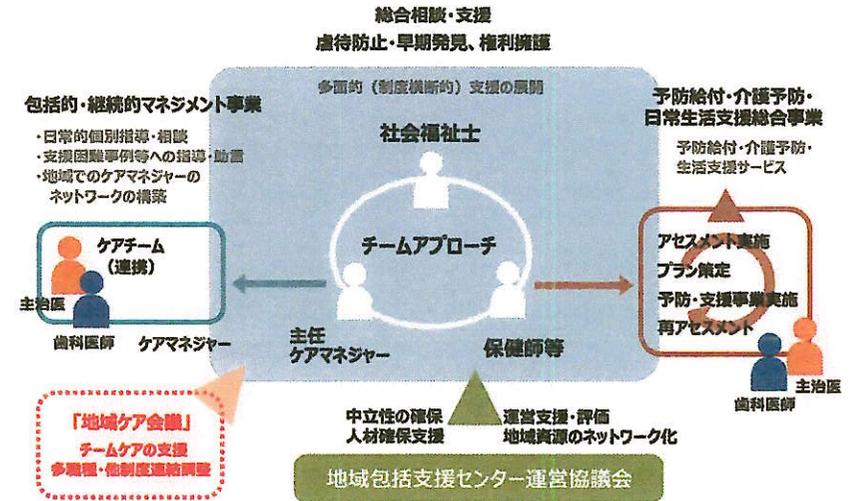
外に出ることを嫌がる高齢者もおられますが、一度参加すると結構楽しんで行かれることが多いようです。まずは始めてみることで、

地域共生社会の在り方検討会議(2024.9.30) 資料より引用

ケアマネジャーとの連携



地域包括支援センター



認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチーム

● 認知症初期集中支援チームのメンバー

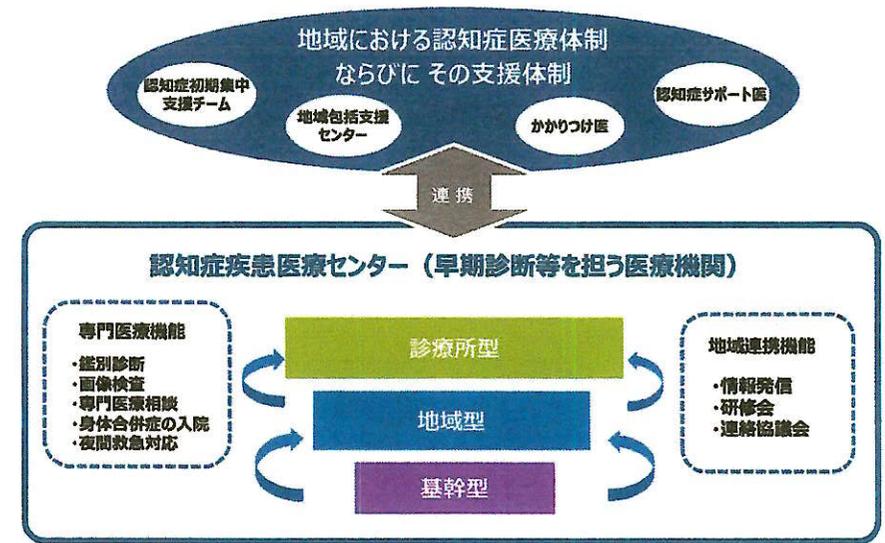


● 配置場所 地域包括支援センター等
診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

【対象者】
40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人
 - (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
 - (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

認知症疾患医療センター



パーソン・センタード・ケア

認知症という病気を対象とした
ケアではなく、その人の
生き方や生活に重点をおく
ケアの考え方

サービス提供者側が選択する
のではなく、**利用者を中心に**
して選択するケア



本人のこれまでの歴史や本人のニーズ、その人らしさをケアの中心に
おき、**内的体験を豊く**ことにケアの原点をおく考え方

(出典) Kitwood, L.『Dementia Reconsidered』(1997)