

# 実践歯学 ライブラリー Library

## 認知症患者の口腔を守る 歯科医療

社会の高齢化の進展に伴い、認知症患者が大幅に増加している。今後は、一般開業医においても認知症患者を診る機会があきらかに増えると思われる。地域のかかりつけ歯科医として、認知症に関する正確な知識とそれに基づいた歯科的な対応に問題はないだろうか。本特集では、認知症の知識を深め、正しく対応していくために、認知症の基礎から歯科治療時の注意点や適切な対応、今後歯科医師に求められる役割等について解説していただく。



平野浩彦  
Hirohiko HIRANO



枝広あや子  
Ayako EDAHIRO

東京都健康長寿医療センター研究所  
〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2



## はじめに

2015年1月に、オレンジプランをリニューアルした認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）が国家戦略として発表された（参考：厚生労働省HP）。これは日本における認知症高齢者が急増することを受けての戦略と位置づけられる。

日本の高齢者を対象とした口腔保健活動として、8020運動がある。この運動が開始された1989年（平成元年）では、その達成率は1割にも満たなかったが、2011年には約4割となり、次回調査では5割を超えるとの推計がなされている。

つまり、認知症高齢者は急速に増加しており、その口腔には多くの歯が残っていることになる。また、認知症になった場合、認知症の進行とともに自身での口腔清掃行為は困難となる。つまり、「8020運動で残した多くの歯を認知症になった際にどう守るか」という課題を歯科界はいま迅速に解決することを求

められている。



## 認知症について 歯科医師に求められている役割

日本における認知症の全国レベルの統計は少ない。2012年に厚労省から出された「認知症高齢者数について」というレポートで、初めて「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合が算出された。2015年には345万人、8年後の2020年には410万人になるとの報告があり、その多さと増加の速さに注目が集まった。

しかし、その翌年の2013年には、厚労省研究班（主任研究者：朝田 隆筑波大学教授）から、さらにそれを上回る約462万人との報告がなされた（図1）。

いずれにしても、この数字は国民病ともいわれる高血圧症よりは低いものの、糖尿病とほぼ同じスケールの数と推測されている。つまり日本では、認知症は特別な疾患ではなく、“身近な病気：common disease”であるとの認識をわれわれはもつ必要がある。

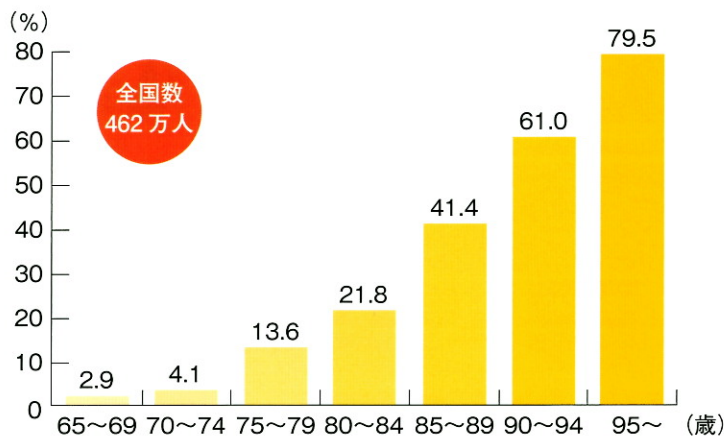
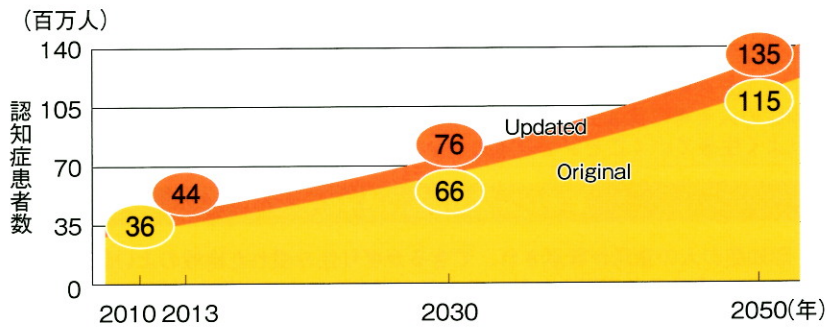


図1 認知症高齢者の割合（厚生労働省研究班推計，2013より引用改変）





図② 世界の認知症有病数の変遷



図③ 認知症サミット日本後継イベント  
(出典：首相官邸ホームページ [http://www.kantei.go.jp/jp/96\_abe/actions/201411/06nintishou\_summit.html])

一方、認知症の増加は日本だけでなく「Dementia: A public health priority」(2012年、世界保健機関 [WHO]) によると、世界の認知症有病数は現在、およそ3,600万人を上まわり、2030年までに2倍の6,600万人、2050年までに3倍の1億1,500万人に増える予と予測していたが、2013年に修正され、現在すでに4,400万人の認知症患者の存在が報告されている(図2)。

このような動向を受け、2013年に北アイルランドのロック・アーンで開催されたG8サミットに合わせて、認知症患者を抱える家族や医療介護関係者の負担、社会経済的影響

が急速に増大している問題について、国際的な対応を具体化する目的で、G8 dementia summitがロンドンで開催された。

そのなかでG8認知症宣言が行われ、これによりG8諸国および全世界で、認知症は正常な老化の一部ではないこと、そして高齢化および精神保健関連の問題に取り組む重要性が共通認識となった。

そして、2014年11月、東京にて政府主導により認知症サミット日本後継イベントが開催された(図3)。これを受けて厚労省は2015年1月に新オレンジプランを発表することになるが、それ以前の2011年に「認知症になっ

- ・高齢者の約4人に1人が認知症の人またはその予備軍。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加 2012（平成24）年462万人（約7人に1人）  
→**新**2025（平成37）年約700万人（約5人に1人）
- ・認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要

### 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、できるかぎり**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

- ・厚生労働省が関係府省庁（内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同して策定
- ・新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017（平成29）年度末等
- ・策定にあたり認知症の人やその家族などさまざまな関係者から幅広く意見を聴取

#### 七つの柱

- ①認知症への理解を求めるための**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**およ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

図4 「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）－認知症高齢者などにやさしい地域づくりに向けて－」の概要（厚労省HPより引用）

でも住み慣れた地域で安心して生活を継続する」ことを目的として、認知症施策検討プロジェクトチームを立ち上げている。

2012年6月に出された報告書「今後の認知症施策の方向性について」のなかで、認知症施策の具体的な方針が打ち出されている。また、同年厚労省は、認知症施策の方向性として2013～2017年度までの取り組みを示した「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を提示し、これが先に示した新オレンジプランのベースとなっている。

新オレンジプランは、オレンジプランをほぼ踏襲した内容だが、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およ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の七つの柱に改められている（図4）。

この新オレンジプランで歯科界にとって特筆すべきことは、以前より認知症初期集中支援チームとかかりつけ歯科医は連携を取ることを求められていたが<sup>5)</sup>、さらに早期診断・早期対応のための体制整備を目的に歯科医師





図⑤ 認知症患者の歯科対応および歯科治療のあり方：学会の立場表明（日本老年歯科医学会HPより引用）

の認知症対応力向上研修（仮称）実施が明文化された点である。

また、認知症対応力向上研修（仮称）は、2016年度から開始することが求められおり、その研修内容の作成が厚労省事業として進められている。その研修会では、認知症を理解し、さらに偏見をなくし、認知症を歯科医療ができない理由にしないことなどの視点が盛り込まれる予定である。

このようななか、認知症高齢者への歯科としての対応を検討する責任学会の一つである日本老年歯科医学会は、2015年6月に「認知症患者の歯科対応および歯科治療のあり方：学会の立場表明」をHPならびに学会誌に発表した（図5）。

この立場表明は、増加する認知症患者の背景と現状を鑑み、認知症患者に対する歯科口腔保健・歯科医療のあり方に関して整理を行い、現時点での日本老年歯科医学会の立場を示すかたちとして出された。このなかで、「日本老年歯科医学会は、高齢化が進むわが国で、高齢者歯科医療のあり方について積極的に取り組んできた。しかし、認知症患者に対する

歯科口腔保健・歯科医療に対する取り組みは十分とはいえない」という視点から、以下の内容の立場表明を行っている。

（以下、概要抜粋）「近年、地域包括ケアがわが国の施策のなかで重要なミッションの一つになっており、そのなかで“QOLの維持・向上”に対して歯科が大きな役割を果たす必要がある。そのためには原因疾患や神経心理学的症状を理解し、病態の進行を的確に予測した継続的な支援計画と歯科治療計画を検討し、柔軟な対応を行うことが必要である。

本論文で指摘した認知症発症と口腔との関係、認知症初期段階での早期発見へのかかわりの整備、歯科医療の意思決定プロセスの整備、歯科治療・口腔機能の管理などの指針の作成を科学的根拠のもとに進め、他の医療、介護・福祉関係者だけでなく、国民に十分な理解を得て、認知症患者の歯科対応と歯科治療を充実させ、認知症患者のQOLの維持と尊厳保持を進めていくことが日本老年歯科医学会の使命と考える。

そのために、日本老年歯科医学会は、老年学会、歯科関連学会と協働し、学際的および

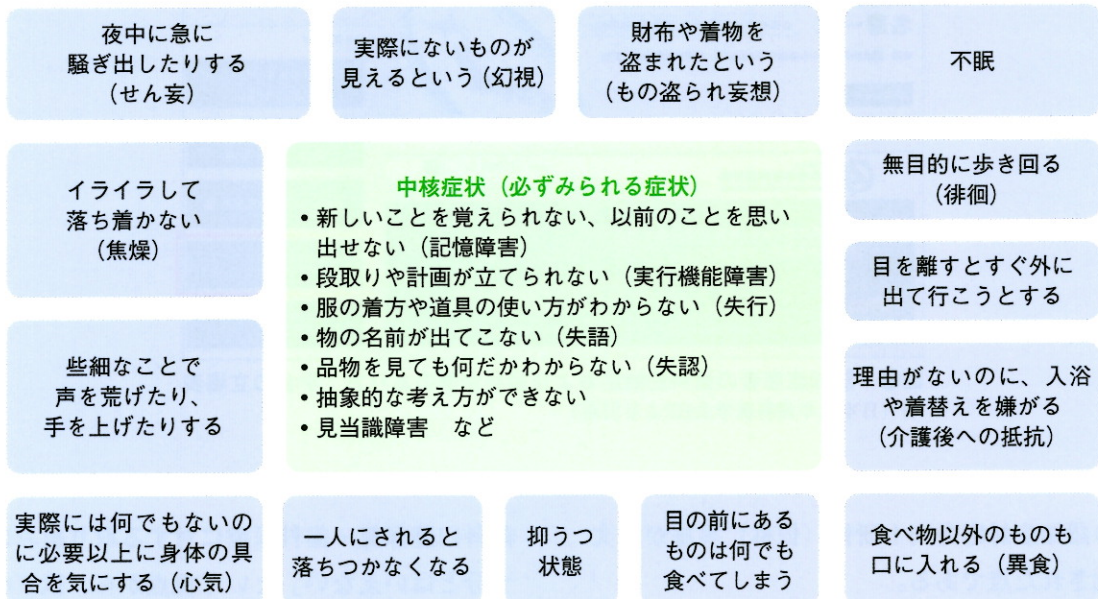


図6 中核症状と周辺症状

多職種と連携して認知症の諸問題の解決に取り組み、正しく必要な情報を社会に発信していく決意をここに示す。」

認知症は身近な病気であり、今後も増え続ける。そのようななかで、「認知症を歯科治療ができない理由にしない」ことを目標に、関連学会、歯科関係の職能団体の早急なアクションが求められている。

## 認知症の基礎知識

### 1. 認知症の中核症状・周辺症状 (BPSD\*)

認知症患者の心理・行動は、われわれにとってなかなか理解しにくいことが多く、その言動を周辺症状 (BPSD) と呼ぶ。周辺症状と接する際、「認知症だから訳がわからない行動をとる」と捉えがちだが、認知症患者の行動はその人の思い (心理) に裏づけされてい

る。この心理構造を理解するのに、「中核症状」と「周辺症状」の概念を知ることが役立つ。認知症ケアの現場ではこの概念に基づいたディスカッションが頻繁に行われる。

認知症の周辺症状はさまざまなものがあり、食事をしたことを忘れる、徘徊、もの盗られ妄想、些細なことですぐに怒り出す、などがよく知られている。これらの周辺症状は、中核症状から派生して発現するさまざまな症状と位置づけられている (図7)。

中核症状とは、脳の細胞が認知症により壊れることによって直接起こる症状で、記憶障害、見当識障害、理解・判断力の低下、実行機能の低下などが該当する。

われわれは脳の機能 (高次脳機能) が健常に働いているため、日常生活に支障が出ることはほとんどないが、認知症の場合はその進

\*近年、「周辺症状」は「BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (認知症の行動と心理症状)」と称することが多くなりつつある。



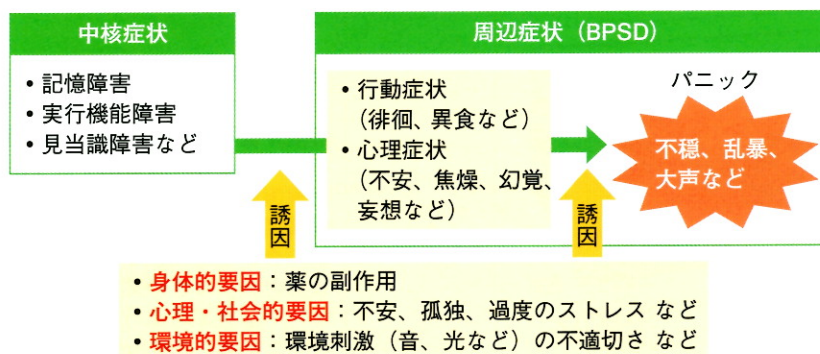


図7 認知症の中核症状と周辺症状 (BPSD) (永田久美子：3. 痴呆高齢者の看護。柿川房子，他 (編)，新時代に求められる老年看護。日総研出版，東京，2000：269-281。より引用改変)

行により高次脳機能が低下し、機能が揺らぐことにより中核症状となり、日常生活行動が中核症状により揺らぎ出し、周辺症状として現れることになる (図7)。

## 2. 歯科対応時の留意点

さまざまな場面での認知症患者への対応は他項で触れるが、ここでは総論的な留意点について触れる。認知症患者は、周囲の環境の変化に適応して行動を変えることが、その進行に伴い徐々に困難になってくる。

とくに歯科医院など自宅とは異なる環境では、歯科治療を受け入れることが困難になる。また、口腔は身体の中なかでもデリケートな部分であるため、治療 (自分の口に他人の手が触れることなど) の意義が理解できず、強い拒否を示すことが多い。

一方、認知症で記憶障害がある人でも、“慣れ”や“なじみ”という感覚は残存していることが多く、接する機会の多い者が担当であれば、歯科治療などを受け入れることもよく経験する。しかし、このようなケアの継続性の成否に関する根拠は依然として不足しており、経験則からの報告が多い。

したがって、認知症が進行すると歯科治療などの受け入れが難しくなることを念頭におき、できるだけ軽度のうちから“定期的な”歯科の介入を継続することが重要と思われる。

認知症患者の歯科治療においては、その進行を予測した治療計画を立て、さらにその後の症状の変化に対して柔軟な対応を行うことが必要と考える。以上の対応を効率的に行うためには、認知症の原因疾患や神経心理学的症状を理解したうえで、治療および継続的なケア計画を立てることが重要である。

また、歯科医療実施に際してのインフォームド・コンセントも配慮が必要である。歯科治療は、服薬などで対応する疾患はほとんどなく、多くの場合は硬組織切削、抜歯、補綴物の作製など、歯科独自の治療が行われる。つまり、その治療に際しては、認知症患者の自己決定能力を鑑みた適切な説明や同意 (場合によっては、家族や介護者への説明と同意) を確実に行うことが求められる。

認知症患者と歯科とのかかわりの最も重要な点は、“歯科と認知症患者とのかかわりを絶やさない”ことと筆者は考えている。日本

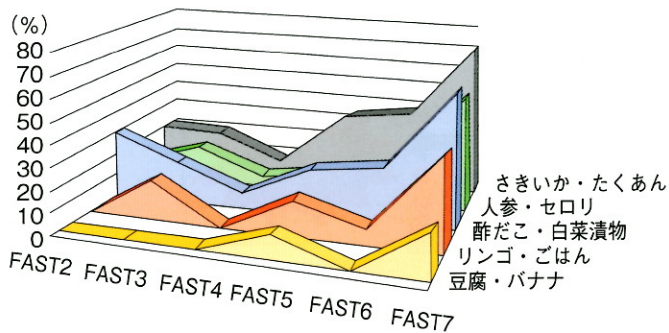


図8 認知症重症度と咀嚼困難食品の関係（アルツハイマー型認知症175人）<sup>10)</sup>。また、咀嚼機能が低下することにより咀嚼可能食品にも影響を及ぼし、図に示すようにFAST6以降で咀嚼困難な食品が増える。FAST7になると咀嚼機能が著しく低下し、豆腐、バナナで約3割の者が咀嚼困難との結果であったが、これは歯数減少などの要因だけでなく、アルツハイマー型認知症進行による咀嚼運動障害等も併せた結果と推察される

の認知症患者を取り巻く歯科の現状は、認知症発症により通院困難となり、歯科医療（専門的口腔ケア含む）とのかかわりが途切れてしまい、口腔環境が急激に悪化し、口臭、歯痛、歯の動揺、顎顔面の腫脹、義歯使用困難、食事拒否などの症状にまで至って初めて、歯科診療を依頼されるケースがほとんどである。

このようなケースでは多くの場合、本人は認知症の重度化により、症状を正確に訴えられないステージであり、診断はもとより治療が困難となる。認知症の病態を理解し、予知性のある歯科治療、口腔衛生管理を継続的に認知症患者に提供することが重要であると繰り返し強調したい。

また、認知症の進行により摂食嚥下障害も現れる。認知症の場合、治療・訓練に大きな効果を期待できないことが多く、これらの障害には食物形態や食事方法の工夫による代償法などで対応する。そのため、良好な口腔環境を維持することは、口から食べること、栄養摂取を支援する面からも必要であり、歯科

がかかわる重要性は大きい。

### 3. 認知症患者の栄養マネジメント——歯科のかかわりの目的の一つとして

認知症患者へ歯科が継続的にかかわり、口腔機能を維持する目的の一つが栄養状態の維持である。一方、認知症の重度化により、咀嚼機能などの口腔機能の低下が知られている。

その背景としては、口腔衛生状態の悪化による歯数の減少もあるが、口腔機能を支えるさまざまな機能の低下も報告されている。口腔機能が低下することにより、咀嚼可能食品も制限され、FAST6\*以降で咀嚼可能食品は顕著に減少する（図8）。

さらに進んでFAST7になると、咀嚼機能が著しく低下し、豆腐、バナナでも約3割の者が咀嚼困難との結果であった。咀嚼機能が低下することにより、摂食可能食品も制限され、さらに栄養状態が悪化する流れが想定されるが、筆者らの調査においても認知症重度化により栄養状態（MNA: Mini Nutritional Assessment: 図9）に有意な低下を認めた（図10）。

\*FAST (Functional Assessment Staging) : アルツハイマー病患者を直接観察することや家族・介護者からの情報により評価する認知症重症度評価指標の一つで、広く用いられている。FAST 1 : 正常、2 : 年相応、3 : 境界領域、4 : 軽度、5 : 中等度、6 : やや高度、7 : 高度と分類される。



**簡易栄養状態評価表**  
Mini Nutritional Assessment-Short Form  
MNA®

**Nestlé**  
Nutrition Institute

氏名: \_\_\_\_\_

性別: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 体重: \_\_\_\_\_ kg 身長: \_\_\_\_\_ cm 調査日: \_\_\_\_\_

下の口欄に適切な数値を記入し、それらを加算してスクリーニング値を算出する。

**スクリーニング**

**A 過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、もしくは・痛下痢などで食事量が減少しましたか?**

0 = 著しい食事量の減少  
1 = 中等度の食事量の減少  
2 = 食事量の減少なし

**B 過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか?**

0 = 3 kg 以上の減少  
1 = 不明  
2 = 1~3 kg の減少  
3 = 体重減少なし

**C 自分で歩けますか?**

0 = 杖たきりまたは車椅子を常時使用  
1 = ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない  
2 = 自由に歩いて外出できる

**D 過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか?**

0 = はい、2 = いいえ

**E 神経・精神的問題の有無**

0 = 強度認知症またはうつ状態  
1 = 中等度の認知症  
2 = 精神的問題なし

**F1 BMI 体重(kg)÷(身長(m))<sup>2</sup>**

0 = BMI が 19 未満  
1 = BMI が 19 以上、21 未満  
2 = BMI が 21 以上、23 未満  
3 = BMI が 23 以上

BMI が測定できない方は、F1 の代わりに F2 に回答してください。  
BMI が測定できる方は、F1 のみに回答し、F2 は記入しないでください。

**F2 ふくらばねの周囲長(cm): CC**

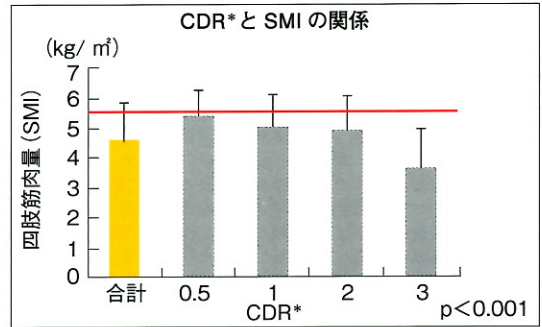
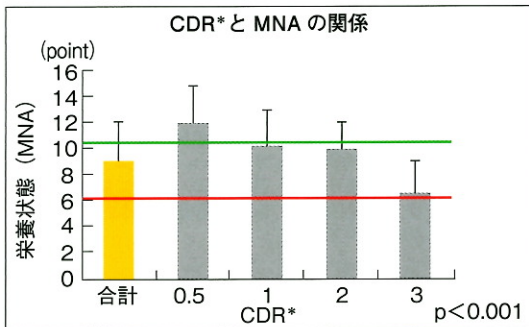
0 = 31cm未満  
3 = 31cm以上

スクリーニング値 (最大: 14ポイント)

12-14 ポイント:  栄養状態良好  
8-11 ポイント:  低栄養のおそれあり (At risk)  
0-7 ポイント:  低栄養

Ref: Velaz B, Vilars H, Abellan O, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.  
Rubenstein LZ, Marker JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001;56A:399-317.  
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA): Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:456-487.  
Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.  
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
© Nestlé, 1994, Revision 2009, M67200 12/99 10M  
さらに詳しい情報をお知りになりたい方は、www.mna-elderly.com にアクセスしてください。

図⑨ 簡易栄養状態評価表



- MNAの低栄養カットオフ値は7ポイント以下、多くの重度アルツハイマー型認知症高齢者では低栄養リスクが高まる
- 四肢SMI (skeletal muscle mass index [骨格筋指数] = 四肢筋肉量 (kg) / 身長 (m)<sup>2</sup>)  
Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS): 女性カットオフ値5.7 kg/m<sup>2</sup> (男性7.0 kg/m<sup>2</sup>)  
軽度認知症の時点ですでにサルコペニアのリスクは高い。  
重度では、ほぼ全員が少なくともサルコペニア前駆状態 (pre sarcopenia) であり、このステージでは身体機能も低下傾向にあることから極めて高いサルコペニアリスク群

認知症重症度 (CDR\*) と四肢筋肉量・栄養状態の関係 (AD171人)<sup>10)</sup>  
\*CDR: Clinical Dementia Rating (認知症重症度分類)

図⑩ 認知症の重症度と栄養状態の変遷 (平野浩彦: 認知症高齢者の歯科治療計画プロセスに必要な視点. 日本補綴会誌, 6 (3): 249-254, 2014より引用改変)

表① 認知症タイプ別概要

	アルツハイマー型認知症	脳血管性認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭葉変性症
特徴	65歳以上では最も多い認知症の原因疾患。病的には、大脳萎縮を伴う神経細胞脱落、老人斑、神経原線維変化が出現する。 近時記憶障害（とくにエピソード記憶障害が多い）を求め、視空間認知機能の障害も認める。重度化するに従い、失語、失行、失認などが生じる。	65歳以上では2番目に多い認知症の原因疾患。脳出血や脳梗塞など脳血管障害が原因で生じる。日本では小梗塞が多発することによる多発性脳梗塞（ラクナ梗塞）が多い。 病状は、脳の損傷部位により異なる。以前は、脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症を混合性認知症と呼んだが近年は使用しない。	大脳皮質ニューロンに出現するレビー小体が病理学的特徴の一つである。 認知症症状、精神症状、意識症状の著しい変動（日内、週内）を認める。 注意、覚醒レベルの変動があり、それに関連する認知機能の動揺を認める。具体的に詳細な内容の幻視を認める。多くの場合、パーキンソン症状を認める。	前頭葉と側頭葉の萎縮が緩徐に発症、進行する。早期から性格変化、社交性が消失。毎日同じ時間に、同じ行動をとる（時刻表的行動）ケースが多い。手続き記憶、エピソード記憶、視空間認知機能は比較的保持される。 運動性失語症様症状（進行性非流暢性失語）、語義失語（意味性認知症）が認められる。
診断	複数の診断基準があるが、NINCDS-ADRDA診断基準の妥当性が高く、広く用いられている。そのなかの臨床的確診診断基準として、認知症の臨床検査（知能検査など）で確認される、2つ以上の認知機能領域欠陥を認める、記憶および認知機能領域で進行性低下を認める、意識障害がない、などが挙げられている。 以上、臨床症状、心理検査結果、画像所見などを総合して診断する。	複数の診断基準が提唱されているが診断精度は低い。 血管性認知症は病巣部位によりその臨床像は多岐にわたることから、均一的な臨床像（症候群）として集約できない点が明確な診断基準の精度が低くなる一因となっている。	レビー小体型認知症の改訂臨床診断基準（2005年）が最も広く受け入れられており、以下の2つの特徴により診断する。 中核的特徴：①注意や覚醒レベルの著明な変化を伴う認知機能の変動、②繰り返される、典型的な形が明確で細部まであきらかな幻視、③特発性のパーキンソン症候群 示唆的特徴：①レム睡眠行動障害、②抗精神病薬への過敏性、③SPECTまたはPETで検出される基底核のdopamine transporter取り込み低下。	前頭側頭葉変性症は、神経病学的背景が多彩である。 The Lund and Manchester group (1994年)、Neary (1998年) Mckhann (2001年)の診断基準がある。本表に挙げた日常生活上の状況が基準に含まれており、さらに画像所見として前頭・側頭葉前部で異常も含め診断される。
精神症状	取り繕い、場合合わせの反応（一連の当該反応があるため、診療場面では認知症の進行が過小評価されることがあるので、配慮が必要）、妄想（もの盗られ妄想）、意欲低下（アパシー）、易怒性も認める。	障害部位により異なるが、意欲の低下、自発性の低下、抑うつ症状、感情失禁、夜間せん妄などを認める。	幻覚（とくに幻視）、体系化された妄想、幻覚。妄想に基づく不安、焦燥、興奮、異常行動、注意や明晰さの顕著な変動を認める。意欲の低下などを認めるケースもある。	非影響性の亢進（周囲の影響を受けやすくなる）、脱抑制（抑制が効かないので社会性が保てなくなる）、常同行動、自発性が低下する。特定の物事に執着するケースもある。
身体症状・神経症状	重度に進行すると、歩行障害、尿失禁が出現する。転倒を契機に身体機能低下が亢進するケースが多い。最終的には失外套症候群（すべての精神活動が失われた状態）が出現する。 高度に進行すると、筋剛直などの筋緊張異常、ミオクローヌス、けいれん発作などを認める。	脳血管障害の背景にある動脈硬化のリスク（高血圧、心疾患、糖尿病など）を認めることが多い。また、脳血管障害の結果として、排尿障害、歩行障害、麻痺、病的反射、仮性球麻痺に伴う嚥下障害、構音障害などを認めるが、脳損傷部位によって症状は異なる。	抗精神病薬に対する重篤な過敏症状、レム睡眠行動障害（レム睡眠中に夢に一致した行動）の出現を多くの場合で認める。 自律神経障害による繰り返される転倒・失神、一過性の意識消失がみられるケースがある。	特徴的な身体症状はない。 一般的に、麻痺や拘縮など局所神経症状兆候は初期には見られない。運動ニューロン疾患型では、上肢に顕著な筋力低下と筋萎縮を認める。
治療	①中核症状である認知機能障害を改善する治療、②変性疾患進行過程に作用する治療、③BPSDの治療 「アセチルコリン仮説」に基づきコリンエステラーゼ阻害薬（ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン）、グルタミン酸神経系の過剰活性に着目して開発された、N-methyl-D-aspartate (NMDA) 受容体拮抗薬であるメマンチンが抗認知症薬として本邦では用いられている。	①認知機能障害を改善する治療、②BPSDの治療、③血管障害のリスク因子（高血圧、糖尿病など）への治療による進行阻止および再発予防。	①認知機能障害を改善する治療、②BPSDの治療、③パーキンソニズムや自律神経症状に対する治療。 上記を目的とした薬物治療は他の症状を増強することがあり配慮が必要である。抗精神病薬に対する感受性が高く、パーキンソニズムを呈することがあるが、抗パーキンソン病薬は幻覚、妄想などを増悪させる。認知機能障害に対しては、ドネペジル、リバスチグミンが有効とされるが、本邦では保険適用ではない。	BPSDの治療 十分に確立された治療法はないが、選択的セロトニン再取り込阻害薬（SSRI）などの薬物治療が試みられている。



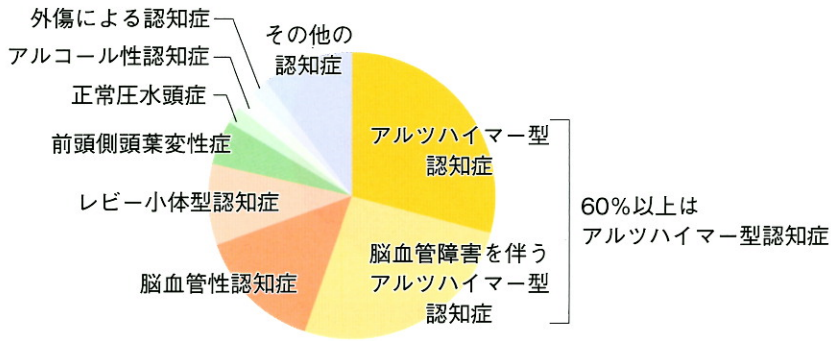


図11 認知症の原因別割合

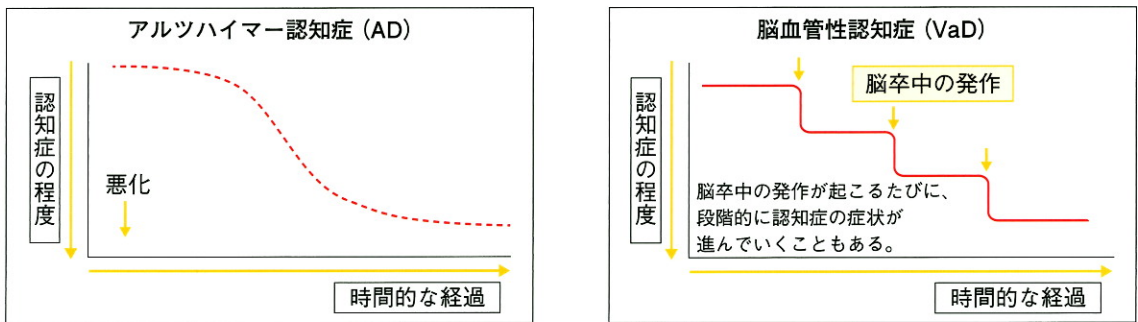


図12 認知症の経時的推移 (認知症を知るホームページ: <http://www.e-65.net/index.html>より引用改変)

また、サルコペニアの診断基準で使用される四肢SMI (skeletal muscle mass index [骨格筋指数] = 四肢筋肉量 [kg] / 身長 [m]<sup>2</sup>) も認知症が重度化することにより有意な低下を認めた (図10)。

#### 4. 原因により異なる認知症の変遷

高齢者認知症の原因は60種類ともいわれるが、その頻度順のトップ3が、アルツハイマー病、脳血管障害、レビー小体病であり、この3つを原因とした、アルツハイマー型認知症 (AD: Alzheimer's disease)、脳血管性認知症 (VaD: Cerebrovascular Dementia)、レビー小体型認知症 (DLB: Dementia with Lewy bodies) に前頭側頭葉変性症 (FTLD:

Frontotemporal lobar degeneration) を含め、四大認知症と呼ばれている (表1、図11)。

変性疾患を原因にした認知症 (AD、DLB、FTLD) とそれ以外 (VaD) に峻別すると理解しやすい。変性疾患が原因の代表的な認知症であるADと、血管障害が原因のVaDの経時的な変化を示す (図12)。

VaDは脳血管障害の発症 (再発) とともに認知症が進行するが、その発症を予防 (降圧剤投与、抗血栓療法など) できれば、認知症進行の抑制が可能である。一方、ADは時間の経過とともに進行し、最終的には死に至る。

つまり、AD、DLB、FTLDなどの変性疾患を原因とした患者は、経時的に身体機能の

地域かかりつけ医の患者  
2,000人のうち、20人を  
年間に看取る場合の内訳

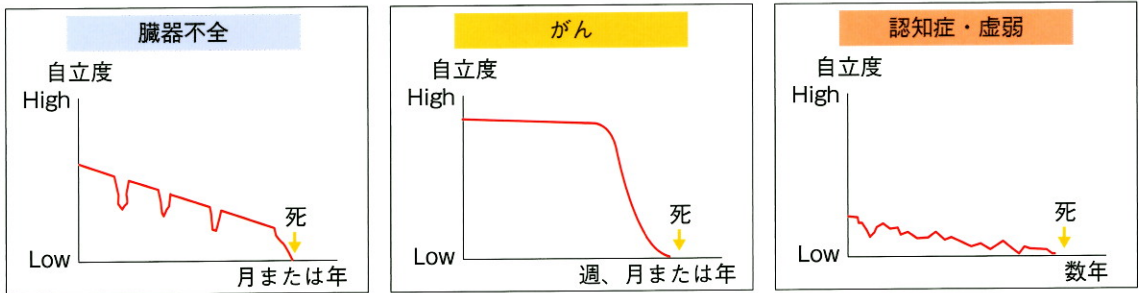
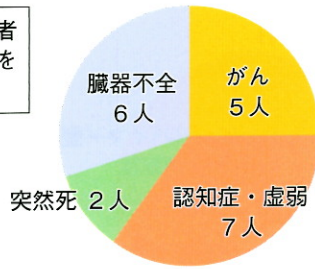


図13 死に至る疾患別自立度の低下の経緯

変化が生じ、変性性認知症と呼ばれる。これらの認知症は、緩和ケアの視点を長期にわたりもつことが求められ、この点がVaDと大きく異なると筆者は考える。

Lunneyらは死に至る過程パターン(軌道)を、①突然死、②臓器不全、③がん、④認知症や虚弱など、の4つに分類している。さらにMurrayらは、家庭医が年間20人を看取ったとした場合、前述したLunneyらの4パターンで、がんが5人、臓器(肺、肝臓など)不全が6人、認知症や虚弱が7人であるとしており、こういったすべての“病”に緩和ケアの視点が必要であると述べている(図13)。つまり、がん以外の認知症や虚弱で死に至るパターンにも、緩和ケアの視点が必要であるとの指摘であり、筆者も同様の意見である。

## 5. フレイルの概念から認知症の進行を考える

前述したLunneyらが示した死に至る4つの過程パターンのうち、「認知症や虚弱」は

高齢者に特徴的なパターンである。とくに「虚弱(Frailty)」の概念は、認知症患者へケアマネジメントするうえでも重要である。

Friedは虚弱を「高齢期になるとさまざまな要因が関与し、生命活動の重要な役割を担っている各種臓器から予備能力が低下し、体内環境のみならず外部環境変化に適応する能力が低下し、健康障害(生活機能障害、施設入所、死亡など)を招きかねない状態」と述べている。

つまり、虚弱とは高齢期の複数の要因により引き起こされる身体的、精神的、社会的機能が徐々に低下し、さらにこれらの要因が相互に関連しながら健康障害が顕在化する前駆段階と位置づけられている。

「虚弱(Frailty)」の概念は日本の老年学分野でも注目され、2015年に日本老年医学会からFrailtyの日本語訳としてこれまでの「虚弱」から「フレイル」にするとのステートメ



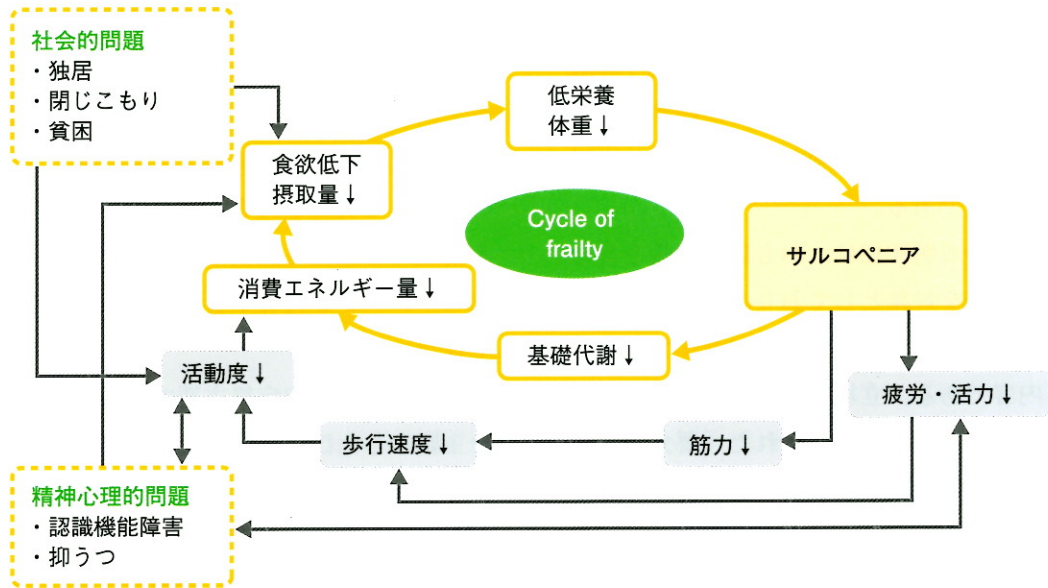


図14 虚弱（フレイル）サイクルモデル

ントがなされた。これまで多くのフレイルの指標が提案されているが、FriedらのCHS基準（Cardiovascular Health Study基準）が広く使われている。CHS基準は、①体重減少、②低エネルギー状態（易疲労性）、③活動性低下（緩慢な動作）、④歩行速度低下、⑤筋力（握力）低下、の5つを虚弱の代表的な徴候とし、3項目以上該当する者を虚弱とする基準である。

Friedらの提唱した虚弱サイクル（Cycle of frailty）をXueらが改訂したモデル（図14）では、社会的問題（退職など）や精神心理的問題（伴侶との死別など）などさまざまな要因により、高齢者の活動量が低下。さらに食欲、摂取量などが減少して低栄養を招き、サルコペニアが惹起される流れとなっている。

このモデルは、認知症の進行とともに生じるさまざまな課題、さらには終末期に至る、

長期間にわたる緩和ケアをマネジメントするうえで参考となるモデルと筆者は捉えている。

このフレイルサイクルが高度に進行した結果、終末期を迎えることとなるが、がんなどの終末期と異なり、その変化は緩徐なことが多く、「いつから」終末期に移行したかを把握することは困難である。

しかし、認知症の進行とともに現れる「食欲の減退」「食事摂取量の減少」「活動量の低下」などを本モデルで整理（評価）することにより、次に生じるであろう課題の備えが可能になる。また、モデルに基づいた評価を行うことにより、把握した複数の課題のなかで、何が変えられ（可逆）、何が変えられないか（不可逆）の目途を立てる（予知性をもつ）ことも可能となろう。

## 6. 認知症を支えるための緩和ケアの視点

近年、要介護高齢者への胃瘻造設の可否について、医療、介護分野において広く議論

されている。この契機の一つになったのが、2012年に日本老年医学会から出された「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012（以下、立場表明2012）である。

この立場表明2012は、おもに認知症を含む非がん疾患を対象としており、認知症高齢者における緩和ケアの視点を学ぶうえで参考となる内容である。立場表明2012は11項目の立場表明からなり、先ほど触れた「要介護高齢者への胃瘻造設の可否」は「立場-1 年齢による差別（エイジズム）に反対する」の論拠のなかに記載がある。

（以下抜粋）「胃瘻造設を含む経管栄養や、気管切開、人工呼吸器装着などの適応は、慎重に検討されるべきである。すなわち、何らかの治療が、患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要がある」と述べられている。

「胃瘻造設を含む経管栄養」に関しては、歯科においても多くの要介護高齢者とかわる機会が増えていることから、以上については把握すべき情報の一つである。

前述した立場表明2012の対象である「終末期」の定義はさまざまである。さらに高齢者の場合は複数の疾患や障害をもち、また心理、社会的背景も多岐にわたることから、「終末期」の経過はきわめて多様となる。この多様さは先にも触れたフレイルサイクルからも見てとれ、立場表明2012においてもあえて「終末期」の定義に具体的な期間の規定を設けていない。

つまり、高齢期における認知症を含む非が

ん疾患の緩和ケアが具体的に必要となる「終末期」の概念は、従来の緩和ケアの概念と比べて、具体的な定義を明文化することが難しいとされている。緩和ケアはチームアプローチによって実施されることが多いが、チームを構成する職種（家族も含む）間で、この概念のイメージを共有することは、さらに容易ではない。

たとえば、認知症終末期では口腔衛生管理を主眼とした口腔領域のケアのニーズが高まることは周知のことである。しかし、われわれケアを提供する側が、対象患者の疾患進行に関連した情報を十分に把握できていない場合、その患者の「終末期」を誤認し、適切な緩和医療・ケアの提供が困難となる。認知症に代表される非がんの緩和ケアは、対象患者の「終末期」をケアチーム（家族も含めた）としてどう捉えるかを明確にし、各専門職種が各々担当するケア・治療を患者に提供することが、効果的な緩和ケア・医療を進めていくうえで、最も重要な視点の一つと考える。



## 認知症患者の口腔を守る歯科医療

### 1. 認知症を取り巻く多職種との連携を知る

現在、都市部と地方の医療介護の充足率が異なっているのは、いうまでもなく周知の事実である。それに輪をかけて要介護高齢者、しかも認知症高齢者を取り巻く医療介護の状況は千差万別であり、一概に論じられるものではない。

したがって、“Best”はなく、それぞれの地域でカスタマイズした連携のかたちが“Better”である。リーダーは誰でもよいし、その地域で働く職種がそれぞれのすべきこと



## 歯科医院に通院する健常高齢者

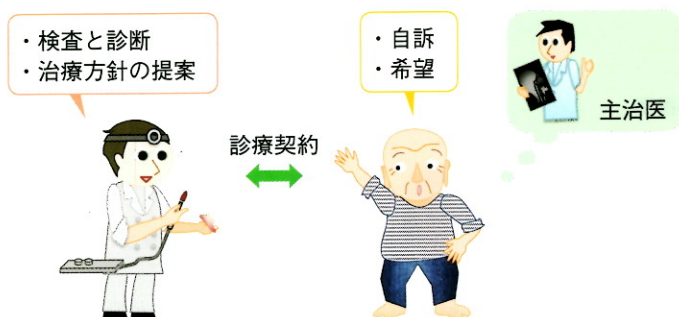


図15 診療における関係者の例①

## 歯科医院に通院する要介護高齢者

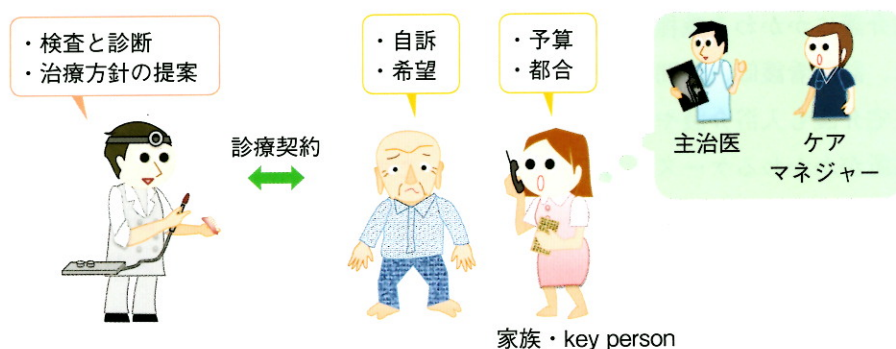


図16 診療における関係者の例②

をもち寄って、ほかの職種と調和させることを「連携」と呼ぶものと思われる。

一般的な高齢患者を取り巻く歯科治療という枠組みで考えると、歯科医院に通院する高齢者の受診のきっかけは自訴が中心であり、意思表示ができるならば診療契約は高齢患者本人と歯科医師の間で結ぶのが通常である。患者を取り巻く家族や疾患、ほかの医療の受診状況などは、高齢患者本人の口から伝えられる情報が中心であり、ほかに必要な連携があるとするれば、医科への対診か病診連携であろう（図15）。

ところが、要介護高齢者の場合、関係する者（便宜的に“登場人物”とする）が格段と多くなる。まずは要介護高齢患者本人とそのkey personである家族（多くは近親者であるが、経済的なkeyとなる家族であるケースや介護のkey personであるケースが多い）、近隣に近親者がいないケースでは成年後見人が担当のケアマネジャー、ヘルパー、場合により隣人・知人、通所介護サービスの相談員などの担当者、そして主治医である（図16）。

通院できる要介護高齢者であればそれだけでよいが、患者が通院できない要介護度に至ると、

## 歯科医院に通院困難な要介護高齢者



図17 診療における関係者の例③

さらに在宅介護にかかわる職種が追加される。具体的には、訪問看護師、訪問リハビリテーション、在宅介護も入浴介護やヘルパーなど複数の事業所がかかわるケースもある。

また、主たる疾患の主治医（年に数回通院するような病院の医師）と、在宅医（訪問診療対応の医師）がかかわるケース、場合によっては専門科の異なる複数の医師（内科医と整形外科医など）が在宅に関与するケースもある（図17）。

このように登場人物だけでも、歯科医療職種の役割について混乱してしまいそうになるが、この要介護高齢者が認知症だとさらに増える。認知症の診断名がついた要介護高齢者が在宅療養するケースでは、主治医、在宅医の他に精神科医や神経内科医が追加されることも少なくない。また、認知症の症状(BPSD)が出現し、地域密着型介護サービスなどを利用するようになると、その事業所の担当者がかわる（図18）。

さらに入所型の介護サービスを利用すること（いわゆる施設入所）になれば、在宅介

護事業所がかかわらない代わりに入所する施設の相談員、施設長、看護師、介護士、管理栄養士などが登場することになる（図19）。このころには、本人の意思表示が難しくなっているケースも多く、医療に関する意思決定は家族に依存するケースが多いのが現実である。

そして、これらの登場人物たちは、それぞれに専門性や理解が異なり、一つの事象を目にしたときのアセスメントや発想、行動などがそれぞれ異なる。

このように書き出してしまうと、認知症に関する多職種連携が非常に難解なものに感じてくるが、ここから整理していきたい。

一般成人が歯科医院を受診するときに、診療方針を決める要素は何であろうか。診断をもとに治療方法や審美性、診療費用の提案などを行ったうえで、患者の希望（①審美性や装着感、②支払い可能な診療費用、③通院期間、④予後等）が大きな要素となる。

では、登場人物が増えた要介護高齢者ではどうか。家族を含めてさまざまな思惑が動く



## 歯科医院に通院困難な認知症のある要介護高齢者



図18 診療における関係者の例④

## 歯科医院に通院困難な、施設利用の認知症のある要介護高齢者



図19 診療における関係者の例⑤

なかで、患者本人の意思は薄れ、予後・体力・医療面での妥当性がとれる範囲内で、経済的・社会的（たとえば、マンパワー、家の構造など）許容範囲により選択肢を絞ったなかからの選択となる。本来ならば患者本人の意思が優先されるべきであるが、意思表示できる患者であったとしても生活のほとんどを家族や介護サービスに依存している状況では、患者を取り巻くさまざまな登場人物の思惑が絡んできてしまう。

認知症が中等度以上に進行した患者では、意思表示が困難であることを始め、治療行為を理解できなかったり、感情の抑制がきかないため、本来行うべき診断や治療が困難になる。診断・治療に関する説明は家族を始め、key personに行うことになり、判断も任せることになる。そのため、とくにkey personが患者の意思尊重を強く意識していないケースでは、登場人物の思惑に揺さぶられ、結果としてkey personの考えがぶれることも経験する。

## 2. 地域における知識共有と連携のポイント ～連携ことはじめ～

これらの医療介護連携における歯科医療の立ち位置について検討したい。一般成人が歯科医院を受診する際は、診断をもとに治療計画を立案するため、純粋に医療としての側面が強い。しかし、認知症は疾患であるとはいえ、認知症高齢者は生活者である。生活のなかのさまざまなことが困難になっている状況で、口腔疾患は日常の困りごとの一部である。すなわち、さまざまな登場人物の思惑が交錯するなかでの歯科医療者は、医療者ではあるが、もはや生活を支える介護チームの一人でもある。したがって、患者のQOLの維持などの大きな流れ、ケアの方針のなかで、歯科医療者の立ち振る舞いは自ずと決まってくる。

患者や家族の希望に沿い、かつ患者の身体状況や精神状態、生活のすべてにとって妥当な治療計画を立案するためにkeyとなる人物に状況の説明を行う。そのなかで、一般的な治療および考え得る妥当な提案を説明し、かつそれぞれの思惑を引き出すことで知識の共有を行ってこそ、チームの一人として機能し、治療を計画・遂行できる。知識の共有とチームの方針の共有は、結果的に安心できる介護環境を生み、認知症のある要介護高齢者や家族の利益に繋がる。

認知症のある要介護高齢者の周囲でkeyになるものは、地域、現場によってさまざまである。本来ケアマネジャーが介護に関する社会資源を取りまとめる立ち位置にあるが、在宅医がkeyになることもあれば、訪問看護師がkeyになる場面もある。在宅ケアプラン会議など知識共有の場が設定されるケースがあ

れば、積極的に参加して他の職種の考えに触れたり、地域行政の主催で行う多職種連携会議などに参加することで経験値が上がり、臨床の質の向上に繋がると考えられる。

それぞれの職種の専門性に関して知識がないのはお互いさまであり、互いを尊敬し、ざっくばらんに世間話ができるようになれば、連携の土台はできたと言っても過言ではないだろう。



### 診療時のポイント

#### 1. “近所のAさん” から “認知症のAさん” に変わるとき

「高齢患者の様子がどうもおかしい」と気づいた経験はないだろうか。半年後ごとに定期受診していた高齢患者が、あるとき予約を間違えたり、予約どおりに来たものの服装や表情がおかしかったり、会話が咬み合わなかったり、あるいは何年も通い続けていたのに、ぱったりと来なくなってしまったことはないだろうか。

地域に密着した歯科医院では、このような何気ない様子への気づきを通じて、「地域包括ケア」の一員としての役割が明確になるのではないだろうか。冒頭で新オレンジプランに触れているとおり、認知症になっても住み慣れた地域で暮らすことが重要視され、いわゆる施設ケアから在宅ケアへの移行がなされるなかで、地域住民、地域商店街、地域医療機関などの“見守り”が、地域包括ケアの第一歩である。

周知のとおり、歯科治療は基本的に“継続的”なものである。対象となる患者に口腔が存在するかぎり、歯があってもなくても、ゆ



りかごから墓場まで、包括的に歯科治療の対象となり得る。近年でこそ“未病”に関する関心が高まったが、疾患を発症して初めて医療の対象とする医科とは異なり、歯科医療には予防の概念があるからこそ、妊産婦の歯科健診や予防教育があり、学童期の歯科健診があり、成人の定期受診がある。

認知症の地域包括ケアの概念のなかで、見守りに適しているのは、いわゆる“ご近所さん”に始まり、よく立ち寄るスーパー、近所のお巡りさんなどであるが、新オレンジプランで新たに歯科医師と薬剤師の役割が明記された。このことで地域の薬局は“地域の健康ステーション”の役割を担うことを目標に計画を進めている。

一方で、われわれは元来、継続的に地域住民を診察する歯科医師である。しかも歯科は身体接触までも行うばかりか、口腔というプライベートゾーンを垣間見ることが許されている職種である。歯磨き指導という名目で、生活すら対象にしている。認知症という生活の自立が崩れていく疾患において、歯科医療は優れた見守りのポイントとして機能できるのではないだろうか。

## 2. 外来診療時に気をつけるポイント

前述した“どうもおかしい”に気づくのは、歯科医院では歯科衛生士や歯科助手、受付などのスタッフであることも少なくない。地域の歯科医院で長期に務めているスタッフであれば、気づきも多いであろう。図20に“気づきポイント”を挙げた。要点は「以前と違う」「いつもはきちんとしている人だったのに（急に口腔衛生状態が悪くなったなど）」というところである。

以下に例を挙げて検討してみたい。

例：80代の女性。独居で暮らしているが、元来きちんとした性格で、財産管理は自分でやっている。高齢ではあるが、メタルボンドなどの自由診療を希望し、受診した。

治療を継続していたところ、補綴物の形態に対する要望の変更が増えたり、口輪筋の機能低下による訴え（口角炎ができたり、よだれが垂れるのは補綴物の問題であるなど）が聞かれるようになった。

補綴物完成前に幾度となく確認したにもかかわらず、説明を受けていないと訴え、補綴物完成後も形態修正を希望した。

継続治療中は、暗くなると足元が見えず、転倒が怖いと訴え、アポイント可能な時間が限定されるようになった。

転倒、入院をきっかけにいったん治療を中断したが、遠縁の家族からの連絡で再受診が可能になった。入退院後は、以前よりコミュニケーションがとりにくくなり、耳が遠くなったことに加え、理解していなくても適当な返事をしているように見受けられることが増えた。

以前は丁寧にしていたブラッシングについても、磨き残しやブラッシング圧の低下がみられるようになった。また、スケーリング時に水分を吸い込んで、ムせてしまうことも以前より増えた。

今後、このような症例には、多く遭遇することと思われる。この症例での気づきポイントは、補綴物に関する訴えが口腔機能の低下をにおわせる内容に変わってきた時点かもしれない。この症例は一般の歯科医院で実際に筆者が経験した症例であるが、この時点で他の生活支援などのサービスが確保されているか確認すべきであったと考えている。とくに

受付編
<input type="checkbox"/> アポイント忘れ、間違い <input type="checkbox"/> 間違いを指摘したときの表情、感情表出 <input type="checkbox"/> リコールはがき、電話に対する応答 <input type="checkbox"/> 待合室での様子（落ちつかない等） <input type="checkbox"/> 服装や身だしなみの様子（重ね着の様子、頭髪の乱れ等） <input type="checkbox"/> 会計の様子（小銭を持っているのに高額紙幣で支払う）
診療室編
<input type="checkbox"/> 姿勢、歩く様子 <input type="checkbox"/> うがい等の動作 <input type="checkbox"/> 治療内容への理解、表情の変化 <input type="checkbox"/> 治療中の不安、水分によるムセ、印象材などへの恐怖心等 <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態の悪化 <input type="checkbox"/> 口腔衛生指導内容を理解・記憶できなくなった様子 <input type="checkbox"/> 鏡像にうまく適応できない様子
口腔機能編
<input type="checkbox"/> 口唇閉鎖の低下（しまりの緩さ） <input type="checkbox"/> 鼻呼吸から口呼吸への変化 <input type="checkbox"/> 舌の筋力変化、肥大 <input type="checkbox"/> 舌根部での口峡閉鎖能の低下 <input type="checkbox"/> 開口保持による疲労、うがいを要望する頻度の変化 <input type="checkbox"/> 顎位が不安定になった、咬合採得が困難になった <input type="checkbox"/> 咬合力の低下（パラフィンワックスを潰せないなど）

図20 歯科医院での気づきポイント

都市部では独居高齢者が多く、長い間一人で暮らしていると、生活のなかで他人が気づくポイントが少ない。

高齢になると、認知症でなくても加齢変化としてワーキングメモリー\*が低下し、視力や聴力が低下することから、知らず知らずのうちに生活機能が低下する。そして、Self-consciousness\*\*が低下している高齢者は、

支援が必要であるという意識がないままに過ごしてしまう。

地域の後期高齢者医療健康診査を受診するなどして、地域包括支援センターや行政の対策の網にかかる状況であれば、支援の手が入る可能性があるが、残念ながら何もアクションを起こさなければ、要介護認定や支援を受けられない状況もままある。

\*ある認知課題の遂行に必要な情報を、必要な期間だけ能動的に貯蔵するメカニズムを“ワーキングメモリー”と表現する。さっきまで何をしていた、いま何をしているのか、また、次に何をすべきかを覚えていることを指す。一連の歯磨き行為であれば、「さっきまでで右上と右下を磨いた（だから、次は左を磨こう）」という行為の組み立てにかかわる記憶のこと。

\*\*自分自身に関する意識。自意識。自分を客観的に観る視点をもつことによって得られる自己に対する気づきをもとに、セルフコントロールを適切に行うこと。



認知症の診断があってもなくても、支援の流れに繋がれば、そのあとは見守りの目も増える（地域包括支援センター等）し、認定審査などで医療的な確認も可能である。

本例は歯科医療において、高齢患者の機能低下に気づいたときにうまく支援の流れを作り、早期発見のきっかけ作りの認識が重要であると感じた症例であった。

### 3. スタッフとの意識の共有

スタッフから聞かれる患者の様子は多彩である。認知機能や身体機能の低下に気づきがあっても、表現が曖昧になってしまっているケースにもよく遭遇する。

実は、先の症例（80代・女性）の継続治療中に、筆者は歯科助手と「〇〇さんの様子が変わってきたね」「唇の力が弱くなってきたね」という会話をしていた。そこまで特定できていなくても、スタッフがよく患者の人となりを観察している場面も多くみられるので、「〇〇さん、変だよね」くらいのセリフを耳にするのではないだろうか。

歯科医院における重要な気づきポイントを前述したが、スタッフの観察眼は非常に重要な要素である。高齢患者がアポイントを忘れた際に、一言電話をかけるだけでも気づきに繋がる。高齢患者がアポイントを間違えて受診したときの窓口対応の仕方だけでも、医院の質が変わる。治療への理解が深まらず不安そうにしていたら、スタッフが優しく声をかけて安心させるだけでも効果がある。水によるムセや印象採得など精神的・肉体的に負荷がかかる治療行為では、声がけをしながら休み休み行うことで実施可能になる。

新オレンジプランで歯科医師の認知症対応

力向上研修（仮称）の実施が明文化されたが、本来は歯科医師だけでなく、歯科医院のスタッフこそ“認知症対応力向上研修”が必要であると考えられる。

認知症高齢者は急増し、地域生活を送る認知症患者が増えゆくなかで、歯科医院はさまざまなフェーズの認知症患者への対応を迫られている。歯科医師だけでなく、スタッフにも認知症の知識と見守りの意識の共有を図ることで、地域包括ケアにおける歯科医療の役割が活きるのではないだろうか。

### 4. 「あれ、認知症なのかな？」と思ったら

認知症の疑いのある患者に、「あなたは認知症かもしれませんよ」と言えるだろうか。

「認知症を見つけても患者が減るので黙っておく」という歯科医師が大多数ではないだろうか。われわれは歯科医師であって、精神科医でも神経内科医でもないので、歯科医療のなすべき役割を果たすことが重要である。つまり、「あなた（高齢患者）の生活を心配していますよ」というDentistry is a Work of Love（内村鑑三）のスタンスである。

高齢患者の様子が変わってきたら、それは「変な人」になったのではなく、「心配な人」「気になる人」になったのである。歯科医院は精神的に負荷のかかる場所であるが、そのような場所ですら、観察できるほどの変化があるのであれば、生活の崩れはいかばかりかと心配になる。

症例を挙げて前述したように、見守る目が増えるほど、専門医療や社会的支援へのアクセスが増えるほど、チェック機構が働く。仮に本当に認知症であったならば、専門医療機関にかかる機会も作られるだろうし、認知症

のようにみえても、実は高齢期の鬱や何らかの薬剤による副作用かもしれない。

したがって、歯科医院の存続にかかわるような言い方ではなく、「心配していますよ」「何かと助けになってくれる地域包括支援センターさんの電話番号を教えてください」などと支援のきっかけを与えるだけで、「認知症初期集中支援チーム」に繋がる可能性も十分にある。

認知症対応という身構えてしまいがちである。しかし、自らもいずれ認知症になるのかと思えば、いまのうちから認知症に優しい歯科医院を作っておいても損はないかと思う。

Dentistry is a Work of Love.

#### 【参考文献】

- 1) World Health Organization and Alzheimer's Disease International. Dementia: a public health priority, 2012. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1)
- 2) 厚生労働省仮訳 G8認知症サミットディクレーション(宣言). [http://www.ncgg.go.jp/topics/dementia/documents/G8\\_DEMENTIA\\_SUMMIT\\_DECLARATION\\_JP.pdf](http://www.ncgg.go.jp/topics/dementia/documents/G8_DEMENTIA_SUMMIT_DECLARATION_JP.pdf)
- 3) 朝田班：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 平成23年度～平成24年度総合研究報告書(研究代表者朝田 隆)平成25年3月 [http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report\\_Part1.pdf](http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf)
- 4) 厚生労働省「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002j8dh.html>
- 5) 第102回社会保障審議会介護給付費分科会資料 資料1 認知症への対応について(参考：社保審議会介護給付分科会資料第102回(H26.6.11)資料1)<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000047999.pdf>
- 6) 一般社団法人日本神経学会(監修)、「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会(編集)：第一章 認知症の定義、概要、経過、疫学、認知症疾患治療ガイドライン2010, 医学書院, 東京, 2010: 1-3.
- 7) 埴原秋児：I 基本知識 2. 背景疾患の病理。認知症 臨床の最前線(池田 学編), 医歯薬出版, 東京, 2012: 7-17.
- 8) 平野浩彦, 枝広あや子：拒食・異食・嚥下障害をどうする? 認知症に伴う“食べる障害”を支えるケア, エキスパートナース, 29: 22-27, 2013.
- 9) 枝広あや子, 平野浩彦, 山田律子, 千葉由美, 渡邊裕：アルツハイマー病と血管性認知症高齢者の食行動の比較に関する調査報告 第一報—食行動変化について—, 日本老年医学会雑誌, 50(5): 651-660, 2013.
- 10) 平野浩彦(主任研究者)：平成25年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学研究開発事業)研究 要介護高齢者等の口腔機能および口腔の健康状態の改善ならびに食生活の質の向上に関する研究(H25-長寿一般-005)報告書.
- 11) Sato E, Hirano H, Watanabe Y, Eda Hiro A, Sato K, Yamane G, Katakura A: Detecting signs of dysphagia in patients with Alzheimer's disease with oral feeding in daily life. *Geriatr Gerontol Int*, 14(3): 549-555, 2014.
- 12) Eda Hiro A, Hirano H, Yamada R, Chiba Y, Watanabe Y, Tonogi M, Yamane GY: Factors affecting independence in eating among elderly with Alzheimer's disease. *Geriatr Gerontol Int*, 12(3): 481-490, 2012.
- 13) 平野浩彦(編著), 枝広あや子, 野原幹司, 坂本まゆみ：認知症高齢者への食支援と口腔ケア。ワールドプランニング, 東京, 2014.
- 14) 平原佐斗司：非がん疾患の緩和ケア, 南山堂, 東京, 2011.
- 15) Lunney JR, Lynne J, Hogan C: Profiles of older Medicare decedents. *JAGS*, 50: 1108-1112, 2002.
- 16) Murray SA et al.: Illness trajectories and palliative care. *Clinical Review. BMJ (Clinical Research Ed.)*, 330: 1007-1011, 2005.
- 17) Goldstein NE, Morrison RS: The intersection between geriatrics and palliative care: a call for a new research agenda. *J Am Geriatr Soc*, 53(9): 1593-1598, 2005.
- 18) Fried LP, et al.: Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56: 146-156, 2000.
- 19) Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA, Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group: Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56: M146-156, 2001.
- 20) Xue QL, Bandeen-Roche K, Varadhan R, Zhou J, Fried LP: Initial manifestation of frailty criteria and the development of frailty phenotype in the Women's Health and Aging Study II. *J Gerontol A Biol Sci Med*, 63: 984-990, 2008.