

【医療との関係】

認知症の発症から終末期にかけて、
医療職が関わるそれぞれの場面と
円滑な医療の提供

本日の内容

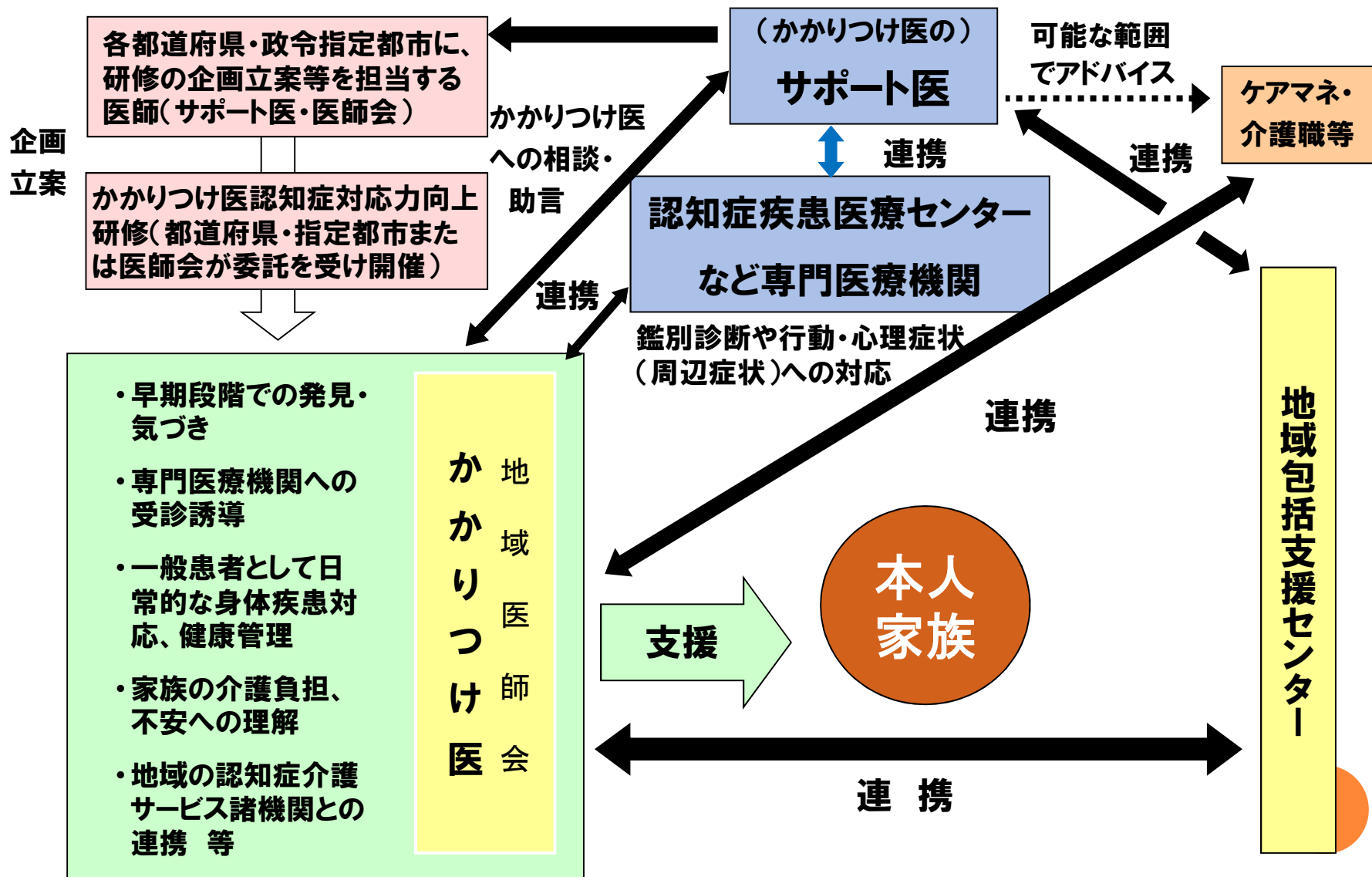
テーマ：認知症の発症から終末期にかけて、医療職が関わるそれぞれの場面と円滑な医療の提供

1. かかりつけ医・サポート医・専門医（認知症疾患医療センター）の役割と連携
2. 入院時における多職種協働
3. 地域生活期における医療の関わり
4. 終末期・看取りについて
5. 歯科治療の早期介入の重要性
6. 服薬管理と服薬支援

Chapter. 1

かかりつけ医・サポート医・
専門医（認知症疾患医療センター）
の役割りと連携

かかりつけ医・サポート医が参画した地域における認知症高齢者支援体制



かかりつけ医に期待される役割

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、
地域で認知症の人や家族を支援することができる医師

- (1) 早期段階での発見・気づき
- (2) 日常的な身体疾患対応、健康管理
- (3) 家族の介護負担、不安への理解
- (4) 専門医療機関への受診誘導 → 医療連携
- (5) 地域の認知症介護サービス諸機関との連携 → 多職種協働

認知症サポート医の役割

- (1) 都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案・講師
- (2) かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医（推進医師）との連携体制の構築
- (3) 各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力

→地域における「連携」の推進役を期待されている

専門医・専門医療機関とかかりつけ医の連携

- 認知症の鑑別診断
- かかりつけ医からの相談対応
- 若年性認知症の診療
- 軽度認知障害の診断と経過観察
- 認知症の行動・心理症状(BPSD)が高度なときの対応
- 急激な症状の進行がみられたとき
- 歩行障害や嚥下障害などの症状、パーキンソニズムや麻痺、痙攣等の徴候が現れたとき
- 重篤な身体合併症があるとき

認知症疾患医療センター運営事業



Chapter. 2

入院時における多職種協働

認知症の人の入院

○ 入院に至る経緯

- ①もともと認知症の人が、内科や整形疾患により急性期病院～回復期病院などに入院する
- ②BPSDの増悪に伴い、在宅介護が困難となる
- ③アルツハイマー病などの進行に伴い、中核症状（認知機能障害）が増悪し、在宅介護が困難となる

○ 入院当初

当事者にとっては、入院という突然の環境変化に適応できない状況となる。

入院での対応

○ 精神科領域の関わり

薬物療法は時に有効であるが、目的を明確にする必要がある。過活動に対する鎮静は、欲求を満たせない無力感や不信感につながり、その後の意欲低下など低活動に移行してしまうリスクがある。

問題行動を抑える という視点ではなく、本人の不安・苦痛を軽減させる視点で関わるべきで、例えば生活リズムの崩れに対して睡眠薬を、不安焦燥感に対しては安定剤を用いることもある。

実際に関わり

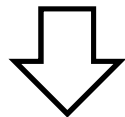
病院の環境は、集団であることや様々な制限が加わらざるを得ない事から、十分に「安心した環境」を提供することは事実上困難である。

そこで、多職種の情報共有と協働が必須となる。

- ① 内科・精神科医師の(特に薬物療法での)情報共有
- ② 看護・介護・リハなど、関わるスタッフ全体のBPSDに対する認識の統一
- ③ 職種間の役割分担
- ④ 患者さんの経時的変化の共有と対応の統一

精神科専門医による往診の有用性

- 認知症、特にBPSDがある人は、精神科医療へのアクセスが困難なことが多い。
- 最近、救急病院やリハビリ病院で入院患者が高齢化し、認知症のBPSDやせん妄状態で対応に困ることが増えている。
- 精神科の病棟は、認知症の場合、管理優先の環境に反応してBPSDが増悪する可能性がある。



訪問診療により、認知症BPSDをその初期に対処し、その悪化を防ぎ、その人が本来済む場所での生活を支えていきたいと考えている。

認知症の人を受け入れるにあたって

～病院管理者に行ってほしいこと～

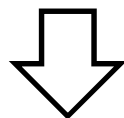
- BPSDやコミュニケーションの困難さを理由に、認知症の人とその家族を差別しない（入院を断らない）
- 認知症の人の手術や処置について、トリアージを行う
- 認知症に関してリスクマネジメントを行う
- 認知症の人を受け入れるにあたり、定期的に全職員を対象とした研修や環境の整備を行う
- 可能な限り身体拘束などの不自由な環境をつくらないケアを考える
- 場合によっては、職員の配置や増員、環境の整備も検討する（症状に応じて適切な医療機関と連携する）
- 必要な医療行為や手術・処置を行える環境を整える
- 認知症看護認定看護師等の研修受講を支援する

認知症看護認定看護師の役割

- 認知症患者の意思の尊重と権利擁護
- 発症から終末期まで、各期に応じたケアの実践と介護家族へのサポート
- BPSDの予防と緩和
- 安心かつ安全な療養環境の調整
- 他疾患合併による影響のアセスメントと治療的援助を含む健康管理
- 実践を通しての役割モデルと看護職に対する指導と、看護職の具体的相談への対応

転院や早期退院支援における MSW・退院調整看護師の役割

- 認知症そのものが原因で入院した場合
- もともと認知症があり、それ以外の疾患で入院した場合



認知症発症後の生活に不安を抱える本人や家族に対し、問題を整理し、地域と医療施設との間で「生活をつなぐ」ための調整役が必要となる。疾患としての認知症、既往症と治療（薬物）、**病態的**知識を基にした機能変化の視点と、地域が今持っている社会資源の視点から、退院後の日常生活を整えるケアを多職種と連携しながら策定する。

転院や早期退院支援における リハビリテーション職の関わり

○ 退院に向けて

なるべく速やかに退院前訪問を実施して、対象の人の生活環境・生活史などを捉える事も重要。

本人からの情報収集は困難なことも多いので、ご家族やケアマネジャーなどからの情報収集も行う。

それをもとに、入院生活に應用できるような「その人らしさ」を模索し、チームで共有する。

○ 退院時

「否定しない」「場面を変える」など、BPSDへの対応方法で、入院中有効であったものをご家族と共有する。患者さんが地域で生活をするためには介護者の健康も必須となるため、ご家族の困難にも共感的に対応し、「〇〇してください」などの提示はせずに「□□すると、こんな表情（行動）でしたよ」などと伝え方にも配慮することが重要。

多職種合同カンファレンスの目的

可能な限り自己決定を願う認知症高齢者の自立をサポートする

生活の場での援助者や環境資源を選択的・意図的に活用する知識や技術を持つ専門職が、当事者に合うようにアレンジするためのネットワークづくり

協働に望ましい関係づくりのポイント

- 共通の理念に導かれた目標を持つ
- 明確な役割分担
- 共通の言語を持つ
- いつでも安心して連絡が取れる
- 定期的に情報交換できる
- 対象者にとって良いと思われることをいつでも提案できる

*お互いの職種の「業務に対する考え方」、「仕事の進め方」を理解し、配慮することも必要

その人の生活を支えるための 「チーム連携」



Chapter. 3

地域生活期における医療の関わり

かかりつけ医の関わりのあるあり方

- 専門医療機関と連携しつつ診断・告知・治療・フォローアップを行う
- 早期発見・早期対応により認知症の進行を遅らせる
- 多職種協働により、適切な医療・介護サービスを提供することでBPSDを引き起こさせない支援を心がける
- 「認知症になってもあきらめない」という意識を関わるすべての人や機関と共有し、生活機能を1日でも長く保つ
- 日常の身体疾患の指導・健康管理と急変時対応
- 通院困難となった際には、在宅医療の提供（往診および定期的訪問診療）をする⇒看取り
- 主治医意見書・リハビリ指示書・訪問看護指示書・成年後見鑑定書・診療情報提供書等を作成する
- 本人・家族・介護者にとってのよろず相談窓口となる

リハビリテーション職の役割

認知症の人に対するリハビリテーション職の目的

- ① 残存する機能、能力の維持や向上
- ② 対象者の情緒の安定化
- ③ 生活環境の調整
- ④ 安定した日常生活の維持

リハビリテーション職の関わり（評価）

- 身体機能面の評価
 - 関節可動域、筋力、感覚、基本動作能力、歩行能力、コミュニケーション能力、嚥下能力等
- 精神機能面の評価
 - ・ 認知症状の整理：
記憶や認知などの高次脳機能、BPSD
 - ・ 意識、意欲
 - ・ 心理機能
- 生活、活動状況
 - 日常生活活動、社会生活活動、対人機能、服薬状況の確認

リハビリテーション職の関わり（特徴）

- 職種の特性を活かした関わり
趣味や生活動作など馴染みの種目を通して関わる
ことができるので、安心を得やすい側面がある。
- 固定した関わり
リハスタッフは担当制であることが多く、まとま
った時間関わることができる。

認知症短期集中リハビリテーション

- 介護老人保健施設(介護療養型老健)、通所リハビリ等において、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された認知症者に対し、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせた20分以上のプログラムを個別に週3日（通所リハビリでは週2日）実施（3月以内の期間）。
- 調査研究事業では、認知症短期集中リハビリテーションによる認知症の中核症状と行動・心理症状（BPSD）改善効果が示された。

魅力ある在宅医療の要件

- かかりつけ医による在宅医療の継続
- 信頼できる在宅医や訪問看護師などの存在
- ケアマネジャーによる適切なケアプラン
- 良質で必要十分な介護サービスの提供
- 地域包括支援センターの整備
- 地域におけるインフォーマルサポートの充実
- 痛みや苦痛の適切な緩和
- 病院と診療所の確実な連携
- 介護者の肉体・精神・時間的負担の軽減
- 費用負担が重くない
- 家族・親類・隣人が居宅生活に共通理解を持つ
- 不安のない看取りの確信
- 自分の生活スタイルを維持できる

在宅療養を行う対象への訪問看護師の役割

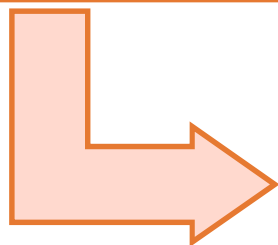
- 生活援助を通して、個別性を配慮した身体的・精神的・社会的（生活）変化を見極める
- 生活援助の中から家族の介護負担と心身のストレスをアセスメントし、介護環境を調整する
- 病状の経過と症状の説明をし、苦痛となる症状のコントロールにつとめる
- 急変時にはどのような対応を望んでいるのかについて、事前に本人・家族に確認をしておく

認知症の人に対する訪問看護の役割

- 身体疾患の観察と看護
- 服薬管理
- 本人の症状観察
- リハビリテーション
- 介護者への心理的サポート

訪問リハビリテーションの目的

廃用性の機能低下の防止
身体面・精神面の活動性の向上



生活の活性化と社会性の獲得
||
活動と社会参加

認知症の人に対する訪問リハの役割

- 安全で不安なく過ごせる環境設定
- 身体活動の援助
- 家族、介護者支援
- 通所サービス等への誘導
- 在宅支援スタッフとの協働と支援

Chapter. 4

終末期・看取りについて

「私のリビングウィル」千葉県医師会平成25年度版

「私のリビングウィル」千葉県医師会 平成25年度版

もし、わたしが病気や事故で意識や判断能力の回復が見込めない状態になった際の対応として、下記の6つについて意思表示をします。

1. あらゆる活動による延命を希望 する ・ しない
2. 自分の口から栄養を摂れなくなった時に継続的に医療的手段を活用すること【高カロリー輸液や胃ろう等による継続的な栄養補給】を希望 する ・ しない
3. 自力で呼吸ができなくなった時に、継続的に医療的手段を活用すること【人工呼吸器を装着する等】を希望 する ・ しない
4. 自力で心臓が動かなくなった時に、長期間にわたり医療的手段を活用すること【心臓マッサージやAED使用を繰り返す等】を希望 する ・ しない
5. 延命を目的としない苦痛や疼痛の軽減を希望 する ・ しない
6. その他

[

本人署名 _____ 印 _____

家族署名 _____ 印 _____

家族署名 _____ 印 _____

家族署名 _____ 印 _____

医療者 _____ 印 _____

○自分の希望で、家族等に伝えたい事

(1)わたしが日常生活を送る上で必要な財産管理や身の回りのことは、

家族に伝えています。(名 _____) _____ さんに伝えてあります。

成年後見制度に従ってください。

(2)長期まで続けたいこと

お気に入りの食事(朝ごはんとみそ汁等)、お酒等の嗜好品、散歩、好きなテレビ等日課になっていること、趣味等。

[_____]

この「私のリビングウィル」は、何時でも変更・更新できます。

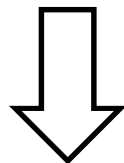
この「私のリビングウィル」は、法的には意味がありませんし、強制力もありませんが、意思は尊重されます。

千葉県医師会ホームページにて様式例を公開中

<http://www.chiba.med.or.jp/personnel/nursing/styles.html>

認知症高齢者のリビングウィルについて（１）

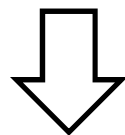
- 最重度の認知症の症状として、会話能力や移動能力がなくなる・座位を保てなくなる・食物を飲み込めなくなる等がみられ、誤嚥性肺炎などの生命に係わる合併症を併発することが多い。



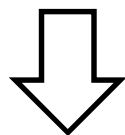
- 終末期医療のあり方については、あくまでも本人の意思に従って決めるべきで、意思が示しにくくなる場合に備え、一定の年齢に達したら、定期的リビングウィルの確認を繰り返す仕組みを作る必要がある。
- 定期確認の前提として、終末期の治療や延命治療の実状等に関する情報の県民への提供が必須。

認知症高齢者のリビングウィルについて（2）

- 本人の意思と家族の意思が異なる場合や本人の意思が確認できない場合



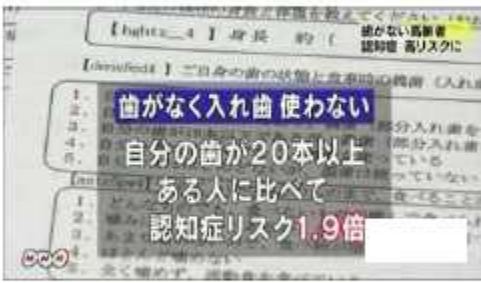
- 関わりのある人々が専門チームをつくり、ご本人の望むであろう終末期医療とケアについてしっかりとプロセスを踏んで、意思決定支援をする。



- 医師等が最終的な決定に関与したとしても、責任を問われない仕組み整えることが必要。

Chapter. 5

歯科治療の早期介入の重要性



歯がない人は認知症高リスク

1月21日 5時9分 [twitterでつぶや](#) [リンク先](#) クリックすると開くウェブページを通知する

65歳以上の高齢者で、自分の歯がほとんどなく入れ歯も使っていない人は、自分の歯が20本以上ある人に比べて、認知症になるリスクが1.9倍に高まりました。

この調査は厚生労働省の研究班が、愛知県に住む65歳以上4500人を対象に生活習慣などを尋ね、その後、4年にわたる期間中に新たに認知症と診断された220人をグループ分けした。自分の歯が20本以上ある人に比べ、入れ歯も使っていない人で1.9倍、入れ歯がほとんどなく、入れ歯に高まっていたということです。また、かたい物をかめかねる人に比べ1.5倍高かった、として、認知症のリスクが高くなる

主要ニュース

- ・“難党なければ処分協議”異論も
- ・元特捜検事作成の調査 申請撤回
- ・歯がない人は認知症高リスク
- ・光ファイバー料金引き下げ申請へ
- ・普天間移設問題 見通し立たず
- ・都道府県議会 ほぼ原案で可決

認知症リスク 歯失うと高く

かむ力は元気のもと

歯がほとんどなく入れ歯も使っていない高齢者が4年間で認知症になるリスクは、二倍に高まる

本邦の歯がある人の1.9倍になるとの研究成果を、厚生労働省研究班（班長・近藤克則、山本龍生准教授）が発表した。あまりかめない人のリスクは、何でもかめる人の1.5倍、かかりつけ歯科医院のない人は、ある人の1.4倍だった。

は虫歯と歯周病で、定期的な歯科で口のチェックを受け、かむ力を保つたために入れ歯を入れたほうがよい」と話している。

歯のない人 認知症1.9倍

65歳以上 厚生労働省研究班

愛知県の65歳以上の高齢者を対象とした調査で、入れ歯を使っていない人は、入れ歯を使い続けている人に比べて、認知症になるリスクが1.9倍に高まるという結果が出た。

研究班の山本龍生准教授は「入れ歯を使い続けている人は、かむ力が衰えていないため、認知症になるリスクが低くなる」と話す。

また、かたい物をかめかねる人に比べて1.5倍高かった、として、認知症のリスクが高くなる

山本准教授は「入れ歯を使い続けている人は、かむ力が衰えていないため、認知症になるリスクが低くなる」と話す。

また、かたい物をかめかねる人に比べて1.5倍高かった、として、認知症のリスクが高くなる

認知症リスク 歯失うと高く

歯がほとんどなく入れ歯も使っていない高齢者が4年間で認知症になるリスクは、歯が20本ある人の1.9倍になるとの研究結果を、厚生労働省研究班（班長・近藤克則、日本福祉大教授）が発表した。

担当した神奈川歯科大の山本龍生准教授は「歯を失う原因の多くは虫歯と歯周病で、知らない間に進行する。定期的な歯科で口のチェックを受ける。定期的な歯科で口のチェックを受け、かむ力を保つたために入れ歯を入れたほうがよい」と話している。

口の中の手、歯、舌

山本准教授は「入れ歯を使い続けている人は、かむ力が衰えていないため、認知症になるリスクが低くなる」と話す。

活動が活発

口腔に関する問題点（重篤化につれて）

- 不確実な口腔清掃による衛生状態の低下
- 多発性う蝕の発生
- 歯科治療理解困難・拒否
- 義歯の紛失・義歯が入られない・他人の義歯を使ってしまう
- 歯磨きをしない、させない・介助拒否
- 自分で食事しない・食事を拒否する
- 異食行動・他人のものを食べる
- 嚥下障害・誤嚥性肺炎

認知症の人は口腔への介入をどう感じているか

口腔に関する要因

身体接触の過敏

普段の介助は受け入れているが口腔は拒否が強い
口を触られ慣れていない

認知機能に関する要因

自立の精神と取り繕い

「自分でできるから触らないで！」
「何されるかわからないから怖い！」
状況に関する見当識障害
おかしいことを伝えられない

本来
理性の力で
統合している！

古い習慣や記憶はある！

“歯磨きは身だしなみ” 世代

→朝、人前に出る前に行く身繕いのひとつ
→人前に出ないから行く必要がない

“歯科は歯を抜くところ” 世代

→歯科は歯が痛くなった時に行くところ
→歯科に良い思い出はない

しみついた観念

年をとったら歯がなくて当たり前

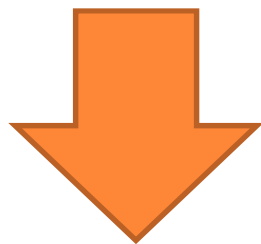
入れ歯は一度作ったらそれっきり

“義歯が大切なものだ” という認識

「義歯が痛いとはずしてパンツのなかにしまっておくんです」
「義歯を作っても作ってもトイレで流してしまうんです」

「東京都健康長寿医療センター研究所 枝広資料より」

認知症になると、咬合状況低下2.5倍、咀嚼能力低下5.8倍、嚥下機能低下2.6倍、口腔清掃自立低下50.4倍、義歯使用困難4.6倍さらに食事自立困難11.8倍のリスクを有する。



歯科介入は、
認知症初期（発見時）に重要となる。

Chapter. 6

服薬管理と服薬支援

薬剤師の役割

薬剤師が関与し、
認知症の人にきちんと服用していただくことにより
認知症の人の病状、ADL、そしてQOLを
改善または維持する。

そのために行うこと

(1)服用状況が悪い場合、その理由を探り、改善
対策を行う。(服薬支援)

(2)患者の病状、ADL、そしてQOLに薬が与える影
響をアセスメントする。

薬剤管理と服薬支援

- 可能な限り非薬物療法を用いる（薬に頼らないケアの仕方や環境調整について多職種で検討）
- 処方薬剤の数を最小限にするとともに服用法を簡便にする
 - ①錠剤数を必要最低限にするよう高力価の薬剤や合剤を使用する等することで服薬及び薬剤管理を容易にする。
 - ②一日3回>2回~>1回 徐放製剤を活用する等して介護者が管理できる時間に1~2回
 - ③一包化・・・穏下剤や睡眠薬など症状によって飲み分ける薬は別にする
 - ④服薬用ゼリー・オブラートの提案、服薬カレンダー・ボックスの提案
 - ⑤剤型の変更（貼付剤や液剤・粉剤製品の採用、簡易懸濁法等）
- 薬剤師は、居宅を訪問して飲み残し薬剤の有無等について確認し、薬剤が利用者の生活に影響を与えていないかを評価し、服薬コンプライアンスの向上にむけてかかりつけ医に助言する。服薬管理の方策は多職種で話し合う必要がある
- 用法や薬効の理解度・薬剤容器の開封能力を考慮し、在宅での薬剤管理方法について、患者、家族、介護者に指導

