

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会

尊厳の保持と自立支援のための 認知症ケアと生活支援

～本人・家族・医療者のwell-beingをめざして～

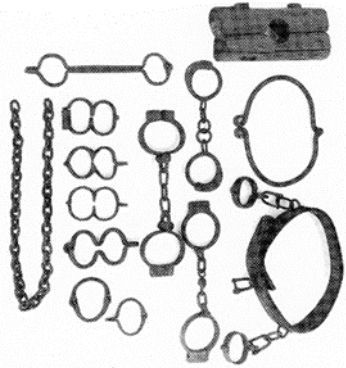
群馬大学 名誉教授

山 口 晴 保

百年前の認知症

140年前、ここ駒込に
東京府癲狂院があった

認知症の人は
鎖につながれていた



呉秀三（帝大教授）は
拘束具を焼き払い、
看護職幹部を入れ替え、
作業療法を導入した

岸田首相と車座：認知症施策を



R5.8.3 認知症基本法の成立を受けて、認知症対策は「日本の新たな国家プロジェクト」と位置付け、現場の声を政策に反映させるべく、認知症対応型デイサービスおおいど（伊勢崎市）を視察

みんなの介護ニュース編集部「総理が視察した認知症介護施設 そこで利用者と語ったこと」2023.8.18
<https://www.minnanokaigo.com/news/pickup/no48/>

（当日追加）

はじめに

講義の内容

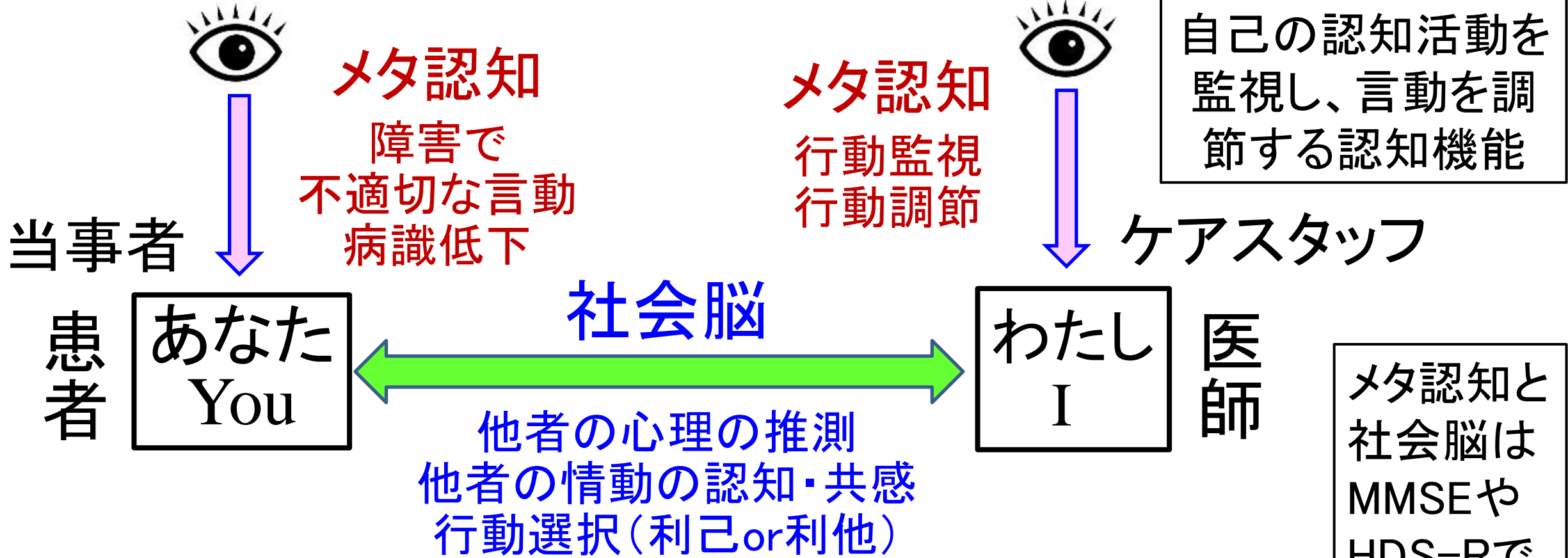
- (1) 認知症ケアのアセスメントの実際や、BPSDを予防する良質な認知症ケア。
- (2) BPSDに対しては非薬物療法が基本であり、効果的であることの周知。

- ## 目次
- ① 認知症の本質：メタ認知と病識および社会脳
—認知症ケアの基礎となる脳科学
 - ② 認知症ケアのアセスメント—本人視点の重視
 - ③ BPSDを予防する良質な認知症ケアとは
 - ④ 尊厳保持と自立・自律支援—well-being

① 認知症の本質：メタ認知と病識 および社会脳

認知症ケアの基礎となる脳科学

社会脳とメタ認知（病識）



アルツハイマー型認知症では、早期からメタ認知障害→病識低下
社会脳障害：他者視点の取得や心の理論が困難

参考書：山口晴保 他「認知症の人の主観に迫る -真のパーソン・セントード・ケアを目指して-」協同医書出版,2020

認知症初期症状11項目質問票 SED-11Q

家族が3項目以上チェックすれば認知症が強く疑われる

病識の評価：本人と家族が、11項目をチェックして、乖離を見る

| MCI | | 軽度AD | | うつ | | 項目 |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----|---------------------------------|
| 本人 | 家族 | 本人 | 家族 | 本人 | 家族 | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | 同じことを何回も話したり、尋ねたりする |
| | | | | <input type="radio"/> | | 出来事の前後関係がわからなくなった |
| | | | <input type="radio"/> | | | 服装など身の回りに無頓着になった |
| | | | <input type="radio"/> | | | 水道栓やドアを閉め忘れたり、後かたづけがきちんとできなくなった |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | 同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる |
| | | | <input type="radio"/> | | | 薬を管理してきちんと内服することができなくなった |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | 以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった |
| | | | | <input type="radio"/> | | 計画を立てられなくなった |
| | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | 複雑な話を理解できない |
| | | | | | | 興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった |
| | | | | <input type="radio"/> | | 前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった |

「SED-11Q」は、山口晴保研究室ウェブからダウンロード可能 <https://yamaguchi-lab.net/>

山口晴保©

病識保持事例と病識低下事例の比較

| 項目 | 病識保持事例 | 病識低下事例 |
|--------|----------------|-------------------------|
| 障害の自覚 | 自覚あり | 自覚に乏しく、自信過剰 |
| 代償・ケア | 可能・受け入れる | 不可能・拒否：例えば服薬支援を拒否 |
| 適切な判断 | 可能 | 困難：財産管理、受診、運転免許返納など |
| 危険 | 少ない | 高い：運転、外出して戻れないなど |
| BPSD | 少ない | 妄想や暴言・暴力などの増加 |
| 情動 | うつ傾向 | 多幸傾向、失敗の指摘に対する怒り |
| 本人のQOL | 低くなる | むしろ高い |
| 介護者 | 影響が少ない | 介護負担増大、介護者のQOL低下 |
| 病型 | レビー小体型、 血管性 | アルツハイマー型、 行動障害型前頭側頭型 |

◎ 介護者が病識低下を理解してBPSDを予防する「介護者支援」が大切

参考：山口晴保編著「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第4版」協同医書出版,2023

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」 山口晴保

山口晴保©

生活障害の背景要因としてのメタ認知障害

もの忘れだけのAさん（認知症でない）

忘れないよう対応策をとる
あちこちにメモ・張り紙
⇒ 生活に支障が少ない

メタ認知が
保たれ
自覚がある

もの忘れ＋自覚無しのBさん（認知症）

対応策を取れない
盗られないようにと隠した体験を忘れる
自己責任にせず、責任を他者に転嫁→救われる
⇒ 生活や介護に支障大

病識低下
メタ認知障害
が本質

山口晴保©

アルツハイマー型認知症（AD）のメタ認知障害

症例1 テイサーサービスを嫌がる

自分の認知症は棚に上げて、
あんなボケた人ばかりのところに行くのは嫌だと通所を拒否
⇒ 他者の認知症の症状を認識できるが……自己の認知機能は

症例2 「自分でできる」と言い張る

金銭管理ができない。これまでに通帳を4回再発行した。
「自分でできる」と主張し、娘に通帳を渡そうとしない。
⇒ 病識低下が介護拒否を招き、介護者の負担が増える

山口晴保©



キツネ 正答



ハト 提示



山口 キツネ・ハト 模倣テスト

プロトコルは山口晴保
研究室ウェブに掲載



3歳

3歳児は 視点取得困難 ADパターンとなる

Yamaguchi H, et al:
Dement Geriatr Cogn
Disord 29:254-258, 2010

Yamaguchi H et al.
Psychogeriatrics 11:
221-226, 2011



健常 (正答)

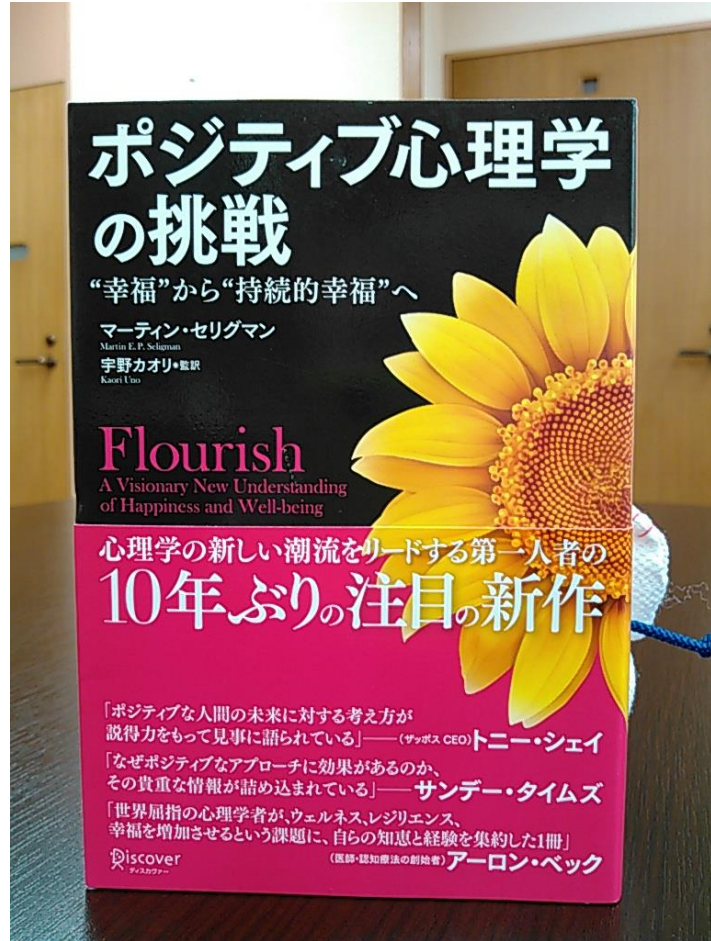


アルツハイマー型パターン

視点取得:反対から見ると 5歳以降に発達する認知機能

↓ これ 反対側から見たら、どう見える

↓ 答



パーソン・センタード・ケア
|| 視点取得メンタライゼーション
心の内を探る難しさ



推測が正しいとは限らないから本人に尋ねる

反対側から見えない!

認知的共感(視点取得)と情動的共感

| 分類 | 内容 | 視点 | 捉え方 | 特徴 | バーンアウト |
|-------|---------------------------|------------------------|-----------------|------------------------------|-----------|
| 情動的共感 | 感じる <直感> 扁桃体 自動的 | 自分の視点 自他の区別なし 模倣 | 自分が相手に感じ たまま | 同情・感情移入しやすく、疲弊しやすい <疑わない> | 易 しやすい |
| 認知的共感 | 考える <思考> 頭頂葉 理性的 | 相手の視点 視点取得 | 他人ごととして推測 | 推測が正しいとは限らないという認識 <疑う> | 難 しにくい |

だから本人に尋ねよう

山口晴保 & 北村世都 ©

sympathy → emotional empathy → cognitive empathy → compassion
 他人事 情動的(直感) 認知的(他者視点) 支援動機的
 他山の火事 見た途端・自分事 メンタライゼーション・他人事 コンパッション

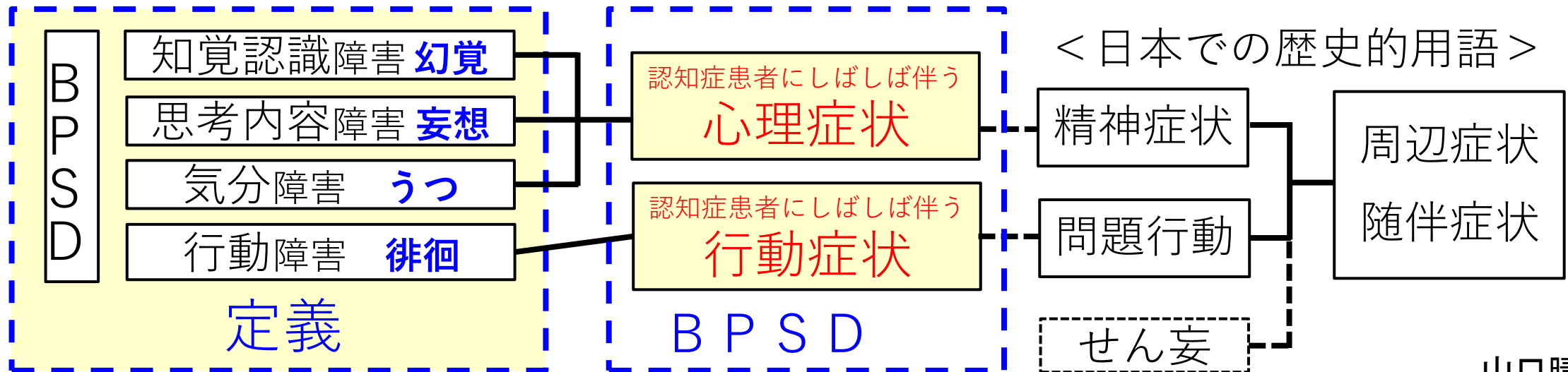
② 認知症ケアのアセスメント 本人視点の重視

BPSDの定義(国際老年精神医学会;IPA)

国際老年精神医学会が主催したアップデート合意会議1999年の声明

“The term behavioral disturbances should be replaced by the term behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), defined as: symptoms of disturbed perception, thought content, mood or behavior that frequently occur in patients with dementia.”

- ① 行動障害 (behavioral disturbances) という用語はBPSDという用語に置き換わるべきだ。
- ② BPSDは「**認知症患者にしばしば生じる、知覚認識または思考内容または気分または行動の障害による症状**」と定義される。



山口晴保©

元図：山口晴保編著「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第4版」協同医書出版,2023

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」 山口晴保

BPSDを理解するための事例

アルツハイマー型認知症のAさん:「今日はどこに行くの」と介護者Bさんに尋ねます。5分後にも、その5分後にも尋ねました。すると、介護者Bさんは「なんで、何度も同じことを訊くの。ボケちゃってホント困るわ」と言いました。すると、Aさんは「私をバカにして！」と、Bさんを叩きました。

BPSDが2つあります

1つ目は「**繰り返し質問**」.....中核症状でもある

2つ目は「**暴力**」.....二次的に生じた:関わり方で予防可能

中核症状でもあるBPSDと二次的に生じるBPSD

山口晴保◎

中核症状と周辺症状に分けるのは昔の考え方 両者は視点の違い

BPSD それとも サイン

| 用語 | BPSD | サイン |
|-----|--------------------------|----------------------|
| 概要 | 行動・心理症状 | SOS、アンメットニーズの表出 |
| 捉え方 | 困りごと | 本人の心の声 |
| 視点 | 医療者・介護者目線 | 本人目線 (視点取得・認知的共感) |
| 領域 | 症状という医学用語 異常な状態→治療が必要 | ケア用語？ 支援が必要な状態 |

医療の対象は病気 しかし
病気を治せない認知症では
人が医療の対象となる

ケアの対象は病気ではなく人
スタッフがサインに気づくことが
ケアの第一歩

参考：山口晴保編著「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第4版」協同医書出版,2023

BPSDを本人のSOSサインととらえると

| BPSD＝医学用語 ＜医療者・介護者視点＞ | サイン ＜本人視点＞ |
|--------------------------|-------------------------------------|
| 徘徊（無目的に見える） | 探索、探検、捜し物、散歩、パトロール |
| 収集癖（ゴミにみえる） | 大切なもの（トイレトペーパー）、 宝箱作り |
| 妄想（誤信念） | 真実という信念 |
| 脱抑制 | 思いつき（グッドアイデア） |
| 暴言・暴力 | なぜ私は不当な扱いを受けるの？ なぜ私の尊厳が踏みにじられるの？ |

参考：山口晴保編著「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第4版」協同医書出版，2023

もの盗られ妄想：当事者・介護者の気持ち

70代、中等度 アルツハイマー型認知症、病識低下；診察室で本人（妻）と夫の会話

本人：皿が無くなった。10枚くらいあったのに減ったから不思議だ。あとから3枚くらい出てきた。今まではこんなことは無かった。**泥棒かな。不思議だ。**

夫：おまえが割ったんだろ。

本人：そんなことはない。やっと幾つか並んだなと思うと、また無くなる。一つでも二つでも返ってくればいいやと騒がないでいる（**騒ぐと夫が攻撃してくるから**）。

夫：「泥棒が入った」と言うんだよ。

本人：私、**泥棒が入ったなんて言わない**よ。夫からは「ボケが始まった」と言われる。皿が減ったり増えたり、不思議だ。減ったら買いに行けばいいやと諦めた。

夫：買い物なんか行けやしないだろう。人の言うことをちっとも聞かない（不満）。

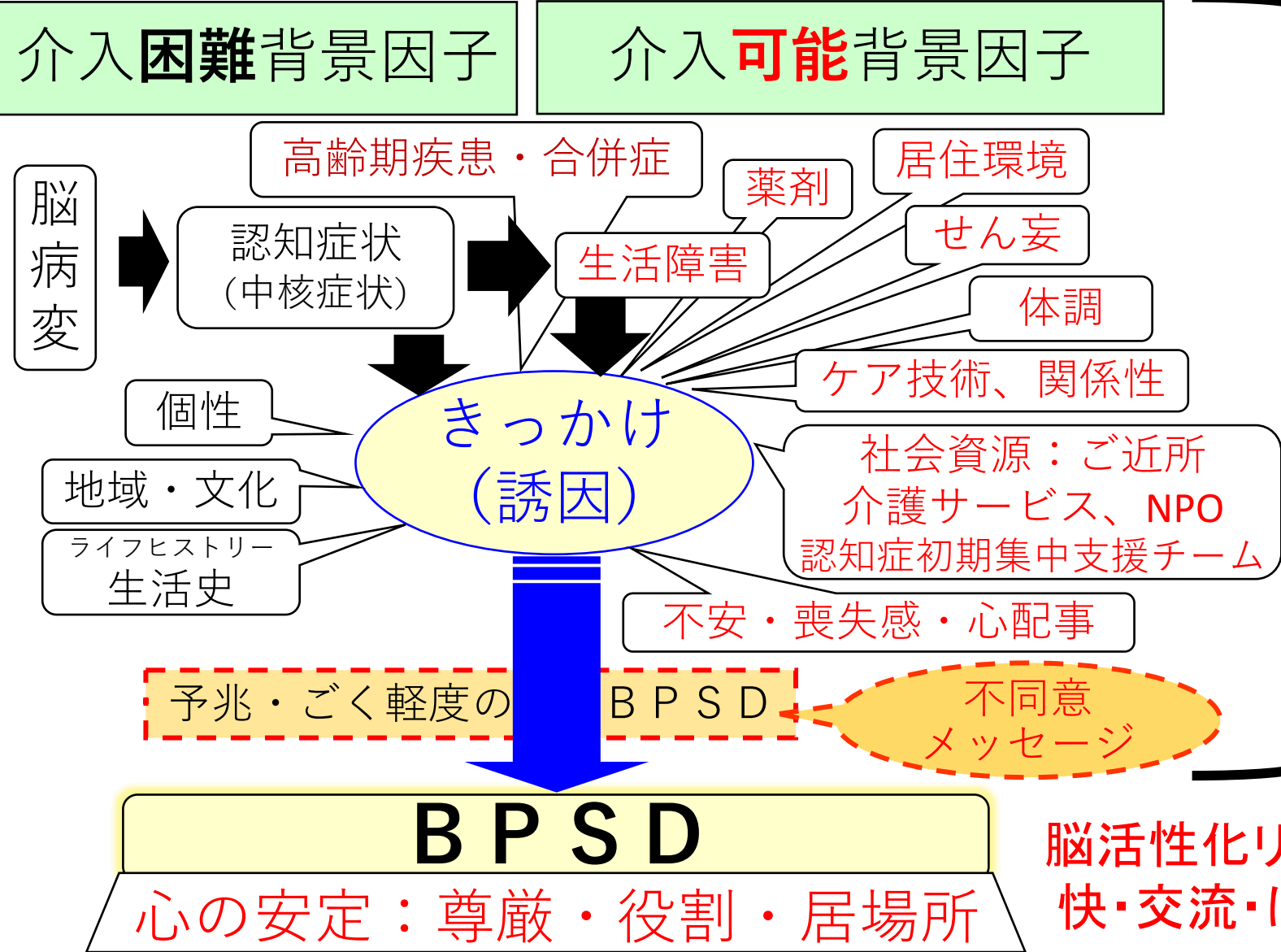
妄想への対応：受容と共感　そして諦め（誤信念を修正しない）

本人：誤信念でも本人にとっては信念（正しい）→ **受容・共感的態度**で、否定しない
楽しみや日課・役割→安心の生活環境

夫：修正できないからこそ妄想 → 修正は無駄な努力。諦めれば仲良く暮らせる

BPSDの背景因子

病因
(背景因子)



予防・治療介入

BPSDの背景には様々な要因が存在。これらを潰していくのがBPSDの治療。心の安定や予兆への気づきなどがBPSDの予防に有効。

元図：山口晴保編著「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第4版」協同医書出版,2023

山口晴保©

1. 「PDCAサイクル」に基づく、チームケアの実施

- 正しいアセスメントの前提として、個人史や本人の望み等を適切に把握するとともに、その他ケアを考える上で必要となる
2. のような事項を把握するとともに、本人の生き方・意向・好みに沿った暮らしを検討するものとする

2. 適切な認知症ケアのためにあらかじめアセスメントすべきこと（継続的にアセスメントすべきこと）

- 基本情報：認知症の病型と重症度と年齢
- BPSDの有無 ⇒ 無しの場合、今後、BPSDを発症させる、直接的なきっかけとなりそうなことはあるか
- 薬剤情報：BPSDやせん妄の誘因となる薬剤、認知機能を低下させる薬剤
- 本人の望み・ニーズの把握 ⇒ 詳細次頁
- 本人情報：性格、個別・具体的な生活習慣、望む暮らし方、本人の嗜好、個人史⇒ 詳細次頁
- 健康状態・身体的ニーズ：水分・食事摂取、睡眠、排泄（便秘）、疼痛、掻痒、運動麻痺、視力、聴力
- 生活障害：できないこと、できること⇒ 詳細次頁
- 物理的環境：音、におい、暑さ
- 生活環境：「なじみの場所」 居場所、落ち着ける場所、役割、日課、生きがい、感謝される機会⇒ 詳細次頁
- 人的環境：「なじみの関係」スタッフ・家族との関係性と関わり、友人や社会参加⇒ 詳細次頁

3. 介護方針の決定（共有意思決定、実践）

- 本人の望む暮らし方の見極めと必要な支援の検討（仮説）
- BPSDの有無、過去にあった場合には直接要因（きっかけ）、背景要因の排除・対応
- 基本的な対応・接し方：居場所、活動、役割、残存機能活用、生きがい、感謝、運動 等々
- BPSDの再発防止等

4. 「PDCAサイクル」による「チームアプローチ」

- 定期的な評価を実施。その結果に基づき介護方針の見直し
- チーム（担当ケアマネ、介護職員、看護職員 等）での情報共有や方針の作成と見直し、ケアの統一

BPSDの背景：服薬

- **抗コリン作用のある薬剤⇒せん妄やBPSD**
(せん妄は意識障害 + 認知障害 vs BPSDは意識清明)
(レビー小体型認知症は例外で覚醒レベルが変動)
- H2阻害薬、総合感冒薬の抗ヒスタミン薬、過活動膀胱治療薬
- **ドネペジルなどのコリンエステラーゼ阻害薬⇒過活動**
- **メマンチン⇒過鎮静**

薬剤による認知機能低下→繰り返し行動などのBPSD

(抗不安薬・長時間作用型睡眠薬でMCI～軽度認知症に)

以下のうちの数個、落ち着いた雰囲気の中で本人に尋ねる。

- ① どのような暮らしをしたいですか、習慣としてしてきたことで、続けたいことは何ですか？
(個別・具体的な生活習慣、望む暮らし方、個人史)
- ② あなたの好きなことは何ですか？ (本人の嗜好)
- ③ あなたがこだわっていることはありますか？ (望む暮らし方、個人史)
- ④ 今、どのようなことをしたいですか？ (本人の望み・ニーズの把握)
- ⑤ 難しくなってきたこと、手伝ってほしいことはどのようなことですか？
(生活障害：できないこと、できることの把握)
- ⑥ どのような人間関係を大切にしたいですか？
(人的環境(関係性)：「なじみの人間関係」スタッフ・家族との関係性と関わり、友人や社会参加)
- ⑦ どのような環境で暮らしたいですか？
(生活環境：「なじみの居住空間」居場所、落ち着ける場所、役割、日課、生きがい、感謝される機会)

認知症介護研究・研修東京センター「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
BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究報告書」2023.3

介入プログラムは、1) 研修の受講、2) BPSDの客観的評価、3) BPSDの背景要因のアセスメントと分析、4) チーム会議およびケア視点の統一、5) ケア計画の立案およびケアの実施、6) 再評価、のサイクル

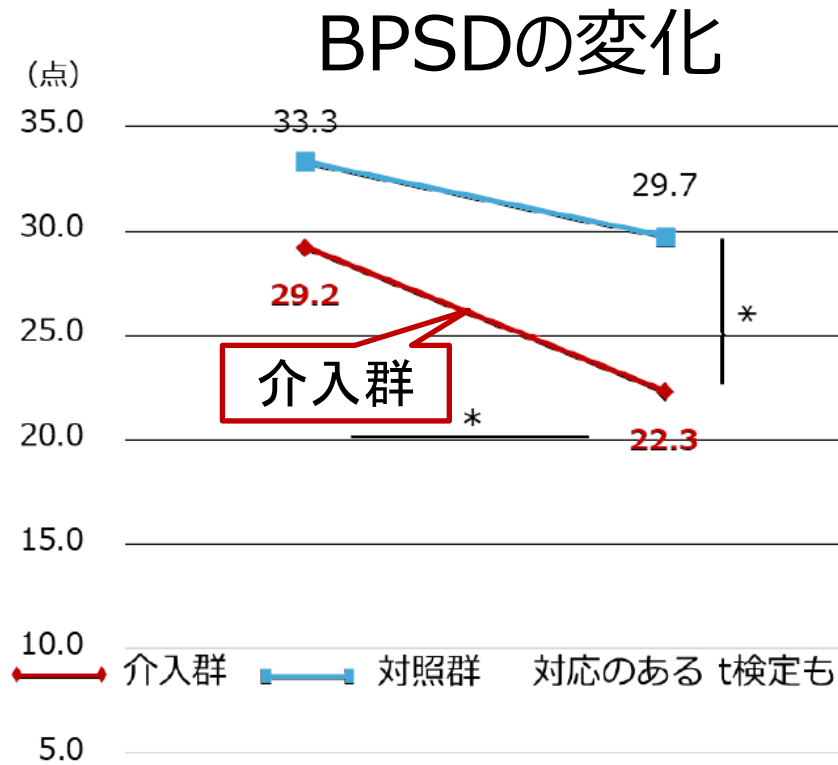


図 2-6 BPSD25Q の介入前後における得点の変化

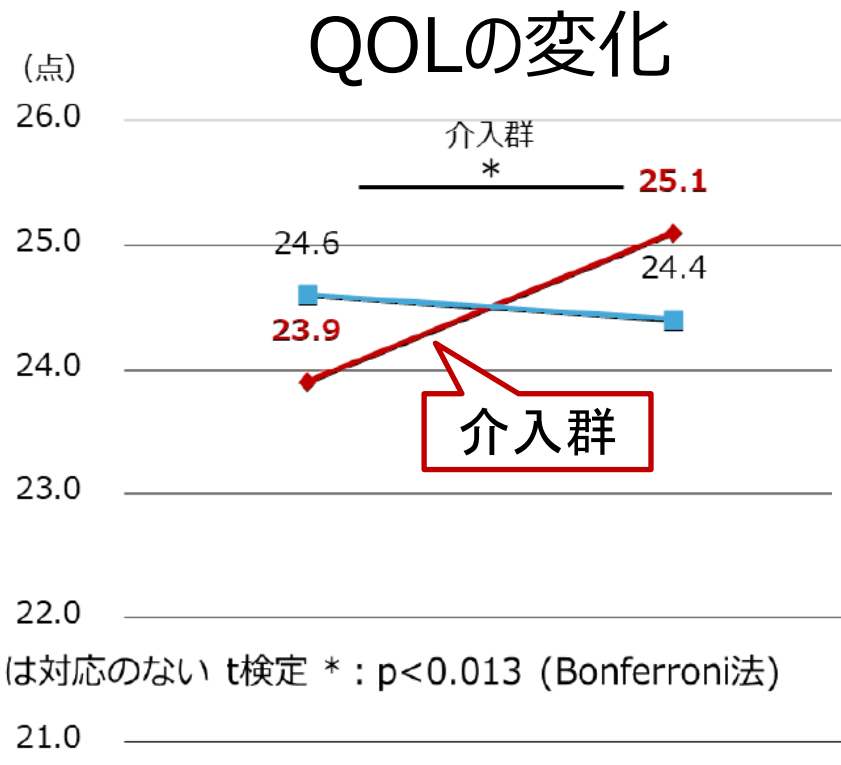


図 2-7 short QOL-D の介入前後における得点の変化

介入群 51名
対照群 54名
(各事業所2名)

認知症介護研究・研修東京センター「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 BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究報告書」2023.3

BPSD+Q / BPSD25Q

(認知症の行動・心理症状質問票)

サブカテゴリー

- * 過活動 13項目
 - * 低活動 6項目
 - * 生活関連 6項目
- 計25項目の
BPSD
→BPSD25Q
- せん妄 2項目 → BPSD+Q

過去1週間について、下記の全質問27項目に教えてください。
認められなければ0に○をつけ、認められれば重症度と負担度に点数を付ける。

重症度 1:見守りの範囲 2:対応したケアが可能で毎日ではない 3:対応したケアが可能だが毎日ある

4:対応に困難を伴うが毎日ではない
5:対応に困難が伴いつつ毎日継続する

負担度 0:なし 1:僅かな負担 2:軽度の負担 3:中度の負担

4:大きな負担 5:極度の負担

| 認められない | 認められる | |
|--------|------------|------------|
| | 重症度 1~5 | 負担度 0~5 |

認知症介護情報ネットワーク(DCnet)
ホームページからフリーダウンロード

BPSD+Q/BPSD25Q 記入日 年 月 日 ()

ID 評価者 (関係)

認知症の行動・心理症状質問票 対象者 年齢 歳 性別

過去1週間について、下記の全質問27項目に教えてください。
認められなければ0に○をつけ、認められれば重症度と負担度に点数を付ける。

重症度 1:見守りの範囲 2:対応したケアが可能で毎日ではない 3:対応したケアが可能だが毎日ある
4:対応に困難を伴うが毎日ではない
5:対応に困難が伴いつつ毎日継続する

負担度 0:なし 1:僅かな負担 2:軽度の負担 3:中度の負担
4:大きな負担 5:極度の負担

| | 認められない | 認められる | | 網羅は主治医 意見書に関連 するもの |
|-----------------|--------------------------------------|------------|------------|--------------------------|
| | | 重症度 1~5 | 負担度 0~5 | |
| 1 | 実際に見えないものが見えたり、聞こえたりする | 0 | | 幻視・幻聴 |
| 2 | 盗られたという、嫉妬する、別人という(選択して○:盗害、嫉妬、誤認、他) | 0 | | 妄想 |
| 3 | 他者を傷つけるような乱暴な言葉を発する | 0 | | 暴言 |
| 4 | 他者に乱暴な行いをする | 0 | | 暴行 |
| 5 | うろろろする、不安そうに動き回る | 0 | | 徘徊・不穩 |
| 6 | 家/施設から出たがる | 0 | | 無断外出 |
| 7 | 他者への性的に不適切な行為 | 0 | | 性的不適切行動 |
| 8 | こだわって同じ行為を何度も繰り返す 過活動 | 0 | | 常同行動 |
| 9 | 我慢ができない、衝動的に行動する | 0 | | 脱抑制 |
| 10 | 怒りっぽい | 0 | | 易怒性 |
| 11 | 忘れて同じことを何度も尋ねる | 0 | | 繰り返し質問 |
| 12 | ものをためこむ | 0 | | 収集 |
| 13 | 大声・鳴声が続く、さけぶ | 0 | | 大声 |
| 過活動スコア(1~13)計 | | | | |
| 14 | 悲観的で気分が落ち込んでいる | 0 | | うつ |
| 15 | やる気がない、自分からは動かない | 0 | | アパシー |
| 16 | 声かけに反応がない、興味を示さない 低活動 | 0 | | 無反応・無関心 |
| 17 | 心配ばかりする | 0 | | 不安 |
| 18 | 日中うとうとする | 0 | | 傾眠傾向 |
| 19 | 部屋・家から出たがらない | 0 | | 閉じこもり |
| 低活動スコア(14~19)計 | | | | |
| 20 | 夜間寝ないで活動する 生活関連 | 0 | | 昼夜逆転 |
| 21 | 異食や過食、拒絶 | 0 | | 食行動異常(異食) |
| 22 | 介護されることを拒否する(選択して○:更衣、整容、入浴、食事、他) | 0 | | 介護への抵抗 |
| 23 | 尿や便で汚す、何日も入浴しない(選択して○:風呂、異所排尿、弄便、他) | 0 | | 不潔行為 |
| 24 | タバコ、ガスコンロ等の火元不適切管理 | 0 | | 火の不始末 |
| 25 | 隠す、別な場所に置く、探し回る | 0 | | 物をなくす |
| 生活関連スコア(20~25)計 | | | | |
| BPSD25Q(1~25)計 | | | | |
| 26 | 幻覚妄想を伴い興奮状態が急激に出没 せん妄 | 0 | | 過活動性せん妄 |
| 27 | ボーッととして覚醒レベル低下が出没 | 0 | | 低活動性せん妄 |
| BPSD+Q(1~27)合計 | | | | |

自由回答欄:

主治医意見書の項目を網羅

BPSD評価尺度 BPSD13Q

BPSD+Q/25Qの13項目簡易版 頻度を加味した重症度と負担度の評価

重症度: 1~5

DCnet
ダウンロード可

負担度

0 なし 1 僅かな負担 2 軽度の負担
3 中等度の負担 4 大きな負担 5 極度の負担

【**著作権**】ウェブで無料公開しています。医療・介護の実践や研究には申請不要で自由にお使いいただけます。ただし文言等の修正は不可です。学会発表や原著論文、総説、教科書には下記文献を引用してください。商用目的の場合は、著作権を有する認知症介護研究・研修東京センター(soumu.tokyo-dcrc@dcnet.gr.jp)への申請・許諾が必要です。

【**文献**】Fuju T, Yamagami T, Ito M, Naito N, Yamaguchi H: Development and evaluation of the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Questionnaire 13 items version. Dement Geriatr Cogn Disord Extra 11, 222-226, 2021.

BPSD13Q

記入日 年 月 日 () 評価者 (関係)

ID 対象者 年齢 歳 性別 男・女

過去 1 週間について、下記の全質問 13 項目に答えてください。
認められなければ 0 に○をつけ、認められれば重症度と負担度に点数をつけます。

重症度 1:見守りの範囲 2:対応したケアが可能で毎日ではない
3:対応したケアが可能だが毎日ある 4:対応に困難を伴うが毎日ではない
5:対応に困難が伴いかつ毎日継続する

負担度 0:なし 1:僅かな負担 2:軽度の負担 3:中度の負担 4:大きな負担 5:極度の負担

| 例 | 認められない | 認められる | | |
|--|--------|------------|------------|--------|
| | | 重症度 1~5 | 負担度 0~5 | |
| 例 「ものをため込む」が毎日あるが対応できているので重症度は3。しかし負担は大きいので負担度は4。 「食べられないものを食べてしまう」はないのでゼロに○。 | | | | |
| 例 ものをため込む | 0 | 3 | 4 | 記入見本 |
| 例 食べられないものを食べてしまう | ○ | | | 記入見本 |
| 1 実際にはないものが見えたり、聞こえたりする | 0 | | | 幻視・幻聴 |
| 2 盗られたという、嫉妬する、別人という (選択して○:盗害、嫉妬、誤認、他) | 0 | | | 妄想 |
| 3 うろろする、不安そうに動き回る | 0 | | | 徘徊・不穏 |
| 4 こだわって同じ行為を何度も繰り返す | 0 | | | 常同行動 |
| 5 我慢ができない、衝動的に行動する | 0 | | | 脱抑制 |
| 6 怒りっぽい | 0 | | | 易怒性 |
| 7 忘れて同じことを何度も尋ねる | 0 | | | 繰り返し質問 |
| 8 悲観的で気分が落ち込んでいる | 0 | | | うつ |
| 9 やる気がない、自分からは動かない | 0 | | | アパー |
| 10 心配ばかりする | 0 | | | 不安 |
| 11 日中うとうとする | 0 | | | 傾眠傾向 |
| 12 夜間寝ないで活動する | 0 | | | 昼夜逆転 |
| 13 介護されることを拒否する (選択して○:更衣、整容、入浴、食事、他) | 0 | | | 介護への抵抗 |
| BPSD13Q (1~13)合計点 | | | | |

自由回答欄:

BPSD評価症例を例示

本人・家族の承諾を得て提示

80代、男性、意味性認知症疑い（語義失語、左側頭極～海馬に強い萎縮）

経過：1年前からアルツハイマー型認知症と診断されドネペジル等の処方。
易怒性や衝動性、徘徊、繰り返し行動などで家族が困窮してBPSD枠を受診

BPSD枠：家族などが困っている症例は1週間以内に受診、待たせない、30分で応急対応

対応：ドネペジル5mgの中止

BPSDの経緯（BPSD13Q評価）

BPSD13Q＜初回＞

重症度 30/65点

負担度 28/65点



BPSD13Q＜2週後＞

重症度 10/65点

負担度 12/65点

ドネペジルなどコリンエステラーゼ阻害薬服用者の5%程に易怒性や過活動が出現する。

ドネペジルの半減期は3.5日なので、中止して1週間ほど様子を見る→これで落ち着けば薬剤が原因。

ドネペジルを中止して2週後BPSDは薬剤調整のみで改善
抗精神病薬を加えるのではなく
引き算がコツ。

まずは試して反応を見る。

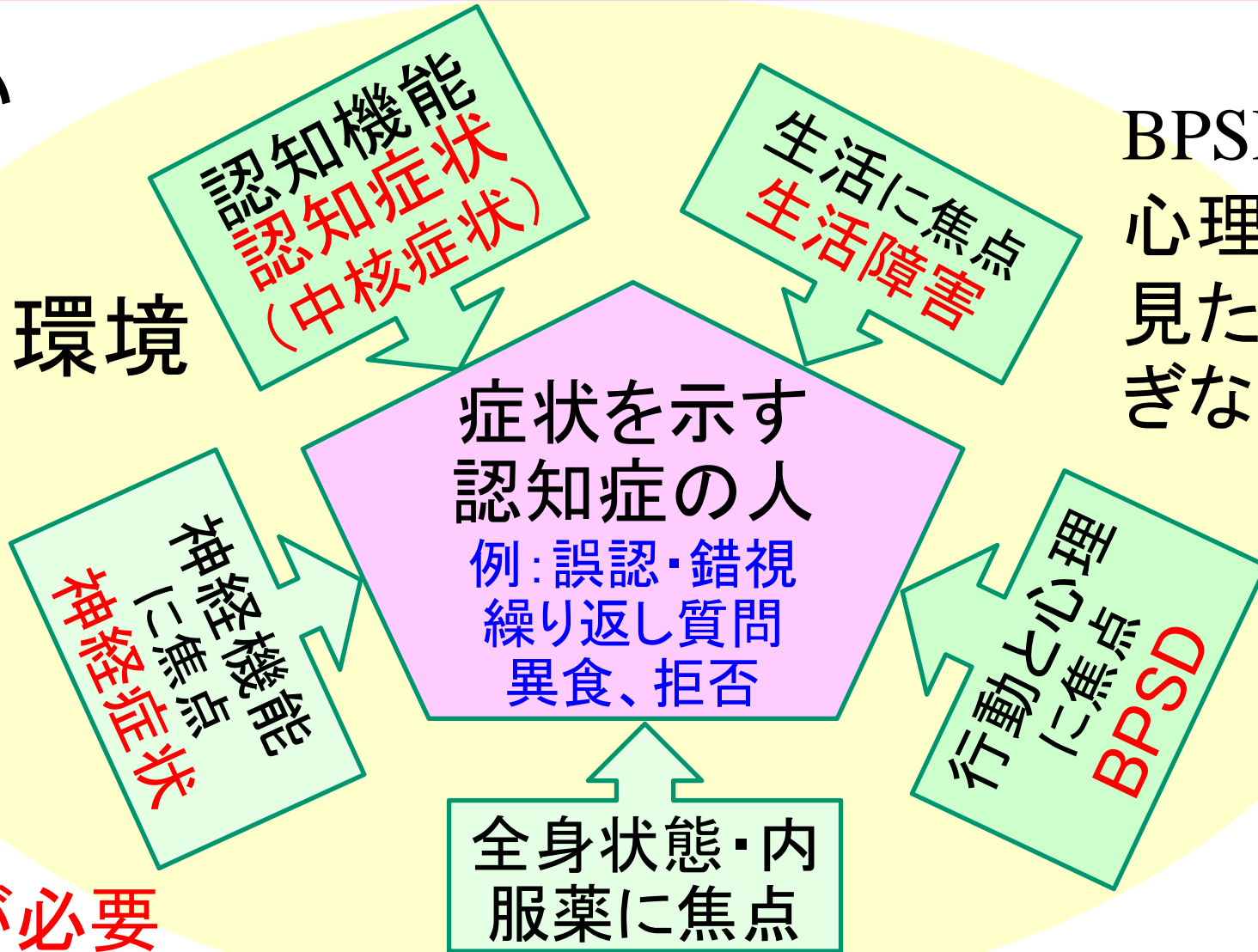
注）うまくいった症例を提示している。うまくいくとは限らない。

症状を6+1の視点で捉える

症状を分類しない
どっち？ではなく
視点で捉える

本人の声
意思
決定支援

認知症ケアには
すべての視点が必要



BPSDは行動と
心理の視点で
見た症状に過
ぎない

③ BPSDを予防する良質な認知症ケアとは

認知症ケアの分類 by 山口晴保

| | 無くすべきケア | BPSD低減ケア | BPSD予防ケア |
|------|-------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 分類 | ネガティブケア | ニュートラルケア | ポジティブケア |
| 概念 | ネガティブを封じ込め No Negative | ネガティブ→中立 Negative to Neutral | 中立→ポジティブ Neutral to Positive |
| 方法 | 能力を奪うケア、拘束や制限、叱責：暴力的解決法 | 問題の原因を探り、解決するケア | 快、安心、日課や役割、感謝、関係性や尊厳を配慮したケア |
| BPSD | BPSDを封じ込める | BPSDを無くす | BPSDを予防する |
| 捉え方 | BPSD＝問題 | BPSD＝困りごと | BPSD＝SOSサイン |
| 残存能力 | 奪う、残存能力未発見 | 能力発揮の阻害因子を除去 | 能力発揮促進、発見して伸ばす |
| 文化 | 古い文化 Old culture | 医学的因果モデル | ポジティブ心理学 Person-centred care |

認知症ケアの理念

- **パーソン・センタード・ケア**：「一人の人間として認められ、尊重され、信頼されること」 & 「本人・介護者の良好な関係性・互恵性」 — Tom Kitwood, 1990s
- **ユマニチュード®**：知覚・感情・言語のマルチモーダルコミュニケーションに基づいたケア技法。「一人の人間として大切にケアされている」と本人が感じている状態 — Gineste & Marescotti, 1995
- **理にかなったケア**：『痴呆を持ちながらも一生懸命に生きようとしている姿』としてとらえ、『少しでも豊かに楽しく生き生きと人間らしく暮らしてゆけるようにという「生きれる人間へ」の治療像をめざす』 — 室伏君士、1985

人として復権：尊厳保持、大切にされていると実感、楽しく生き生き

BPSD予防の基本的対応

ワーキンググループの実践から

- 体調を整える(痛みや痒みなどを確認する)
- 安心につながる環境調整を行う(本人が大切にしている物が見える配置にする、トイレやリビング、自席がわかるように張り紙や名札を貼る、自宅と居室の環境を近づける)
- 安心につながる関わり方を心掛ける(いってくれてありがとう、誤魔化さずに本人へ説明、各職員と本人の関係性の中ですり合わせて職員間で視点を揃えるチームアプローチ・同一のケア、本人のペースに合わせる)
- 自由な暮らしを送る(お金やお風呂の時間を管理しない、外出、習慣の継続)
- 役割を持ってもらう(家事をすることで暮らしの場になる)
- 趣味活動を行ってもらう(本人の得意・興味のある活動をする)
- 身体活動量を確保する(動物の世話や様子を見に来る)
- 職員との関係を構築する(交換日記を行う、キーパーソンは職員で、時には本音を言える関係性、本人に関する深い情報を持つ)
- 家族との関係を再構築する(家族との写真や手紙を見る、一緒に外出や面会の時間を設ける)

認知症介護研究・研修東京センター「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
BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究報告書」2023.3

生活安寧指標24⇒11項目短縮版 (解説と用紙をDCnetで公開)

| 因子 | 質問項目 (「高い希望」と回答した者の割合) |
|--|---|
| 1 高希望率 本人の 9割以上 基本必須 6項目 | 家(施設)の中に落ち着ける居場所がある (96.3%) * 実現90%# |
| | 夜ぐっすり眠れる (96.4%) 実現76% |
| | 話を聞いてくれる人がいる (97.1%) 実現90% |
| | 家族(スタッフ)や親戚、親しい人たちとのつながりが保たれている (97.1%) 実現95% |
| | トイレに行く (97.8%) 実現90% |
| | 食事がおいしい (96.4%) 実現88% |
| 2 低希望率 本人の 8割以下 先進 5項目 | 地域の一員として社会参加する 例) 地域の清掃等 (76.8%) 12% |
| | 家族や周りの人の役に立つことをしている (65.1%) 実現31% |
| | 家(施設)の外になじみの場所がある (62.2%) 実現53% |
| | 趣味やレクリエーションなどたのしい活動をする (74.3%) 50% 例) 読書、音楽鑑賞、旅行など |
| | いろいろな行事を楽しむ (73.0%) 実現66% 例) 誕生日、正月、花見、七夕、クリスマスなど |

実現率
76~95%

在宅の認知症の本人が
支援を受けながらも望む生活

実現率
12~66%

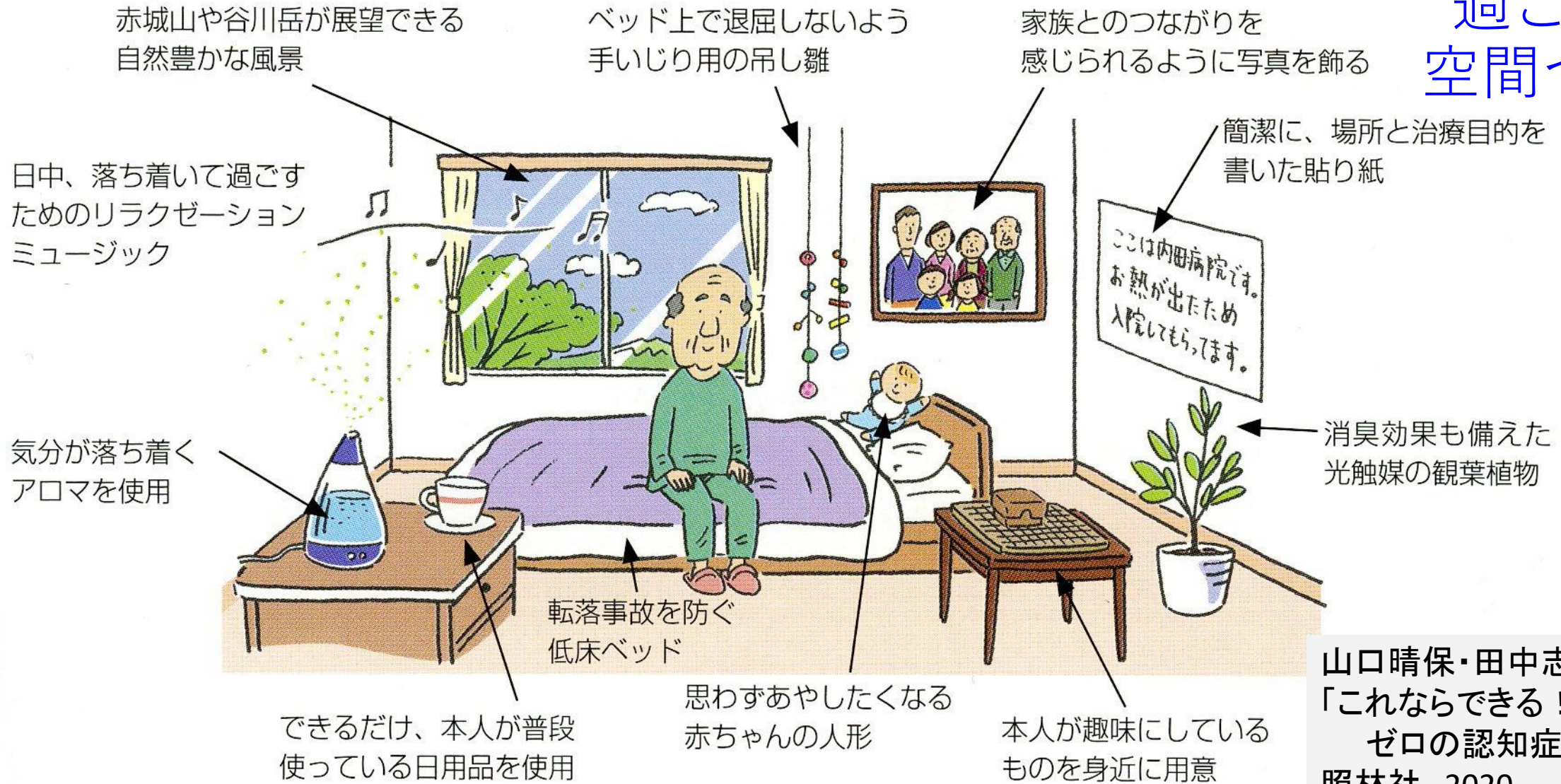
元24項目の作成
在宅認知症の人が、支援を受けながらも実現したい生活
(花田ら、2018)

本調査 n=139
予備調査 n=58

設問を聞き取る過程で、本人は『この人に希望を話してもいいんだ』と感じ、設問以外の希望・本心を聞き取ることができる

認知症の人が落ち着く環境設定

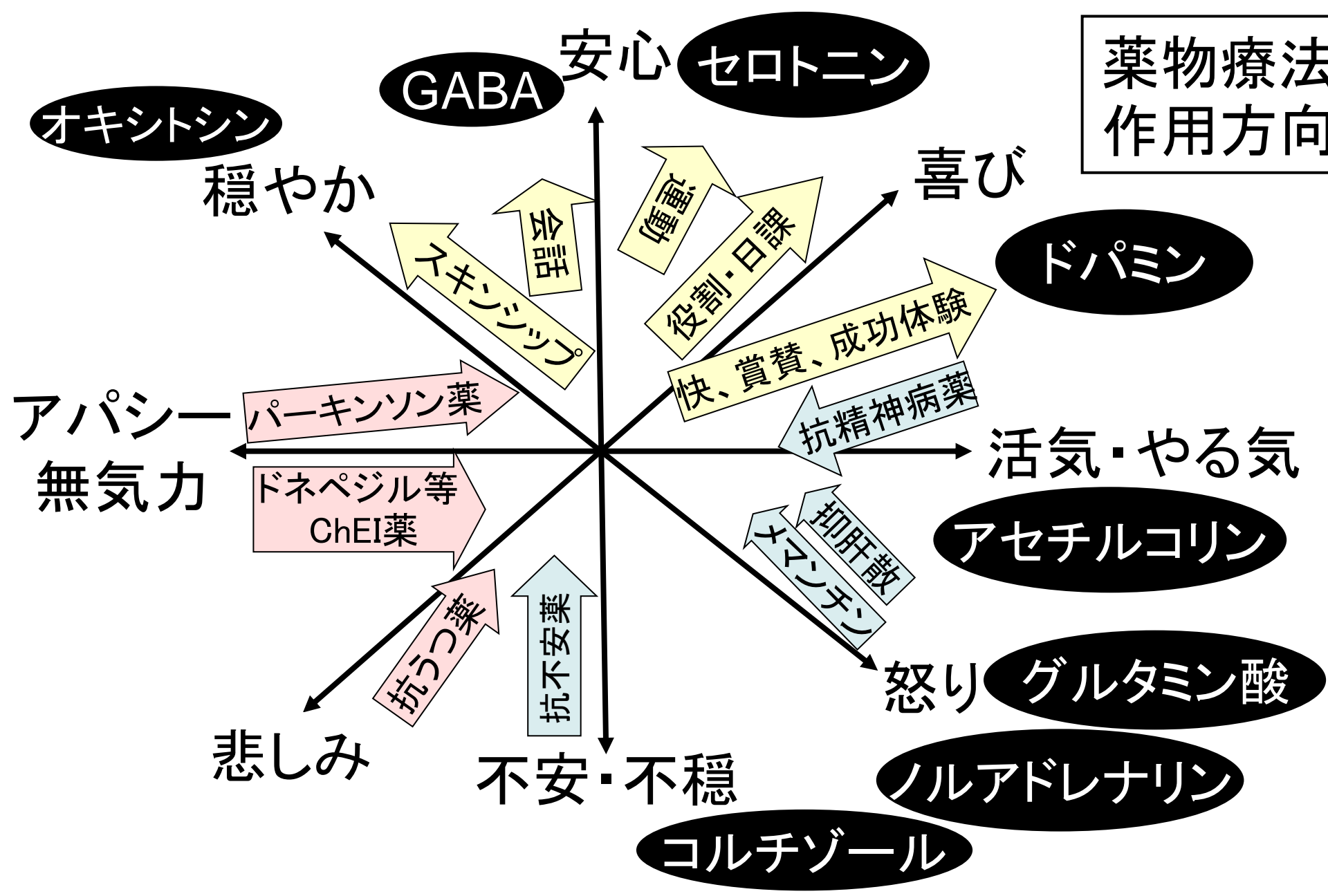
安心して
過ごせる
空間づくり



山口晴保・田中志子(監修)
「これならできる！身体拘束ゼロの認知症医療・ケア」
照林社、2020

図1 身体拘束ゼロを実現する当院の病室風景

薬物療法と非薬物療法の作用方向と神経伝達物質



認知や感情に関与する薬物は、神経伝達物質の賦活/阻害として働く。

非薬物療法も同様に神経伝達物質に働く。

(例) 抗うつ薬でも運動でもセロトニンが増える。

山口晴保©

元図：山口晴保著「紙とペンでできる認知症診療術—笑顔の生活を支えよう」協同医書出版,2016

やる気作戦1 招待状・迎車 VIP

〇〇様 あなたをリハ室に特別招待します。

日時: 12月2日(金)19時~21時

たくさんの楽しいメニューを取りそろえてお待ちしております。きっと、ご満足頂けます。ぜひ、お越してください。

OT 山口晴保

または 日時を入れずに、毎日招待
見えるところに置く・貼る
特別扱い(例)
お迎いの車椅子に「クラウン号」

やる気作戦2 ご褒美

参加証

| | | | | |
|------|---|---|---|-----------|
| スタート | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | ゴール 報酬 |

トークンエコノミー

- * 行動後に好子(報酬)を提供
- * 次も行きたくなる(健常者の場合)
- * 認知症が進むと忘れるが
よい情動記憶は残せると思う
- * 認知症では毎回報酬提供が有効

参考: 山口晴保編著「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第4版」協同医書出版,2023

ほめ愛効果：共に快・やる気アップ

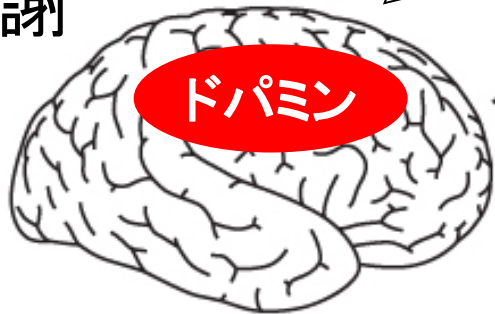
「あなたが居てくれて嬉しい」 共に笑顔の呪文

山口晴保©

褒めるところがない



存在に感謝



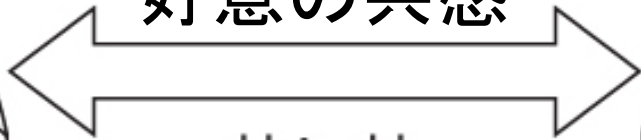
介護者

介護負担感軽減

報酬系

あなたが居てくれて嬉しい

好意の共感



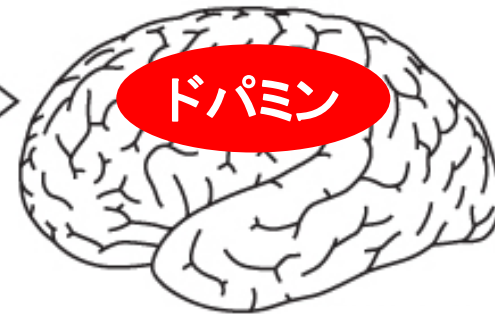
共に快
ほめ合い

能力を発揮し合う

合理化のメカニズム
ポジティブな発言が
ポジティブな思考を生む

穏やか

→BPSD予防効果



本人

他者受容
= 存在肯定

診察室で褒める・感謝する 医師・スタッフの受容・共感

本人は受診したくなかったのに連れてこられ、認知テストで嫌な思いをして、少しご立腹の様子→**本人の視点で考え対応（認知的共感と受容）**

本人視点：どこも悪くないのに連れてこられて、テストで嫌な思い

- 今日には連れてこられちゃったのですか？（辛い気持ちに共感；医師）
→「そうだ」なら、病識低下（自覚に乏しい）＝認知症の疑い濃厚
- 「本日はお越しいただきありがとうございました」（医師）
と、対面し頭を下げて**感謝を伝える 本人の言い分を傾聴（受容）**
- **賞賛のコツ**：「素敵なお洋服ですね。こんな素敵なお洋服を選ぶとはお目が高いですね」or「手作りですか？凄いですね」（スタッフ）
- 診察終了後「また笑顔を見せてくださいね」（医師・スタッフ）

参考書：虫明 元・山口晴保「認知症ケアに活かすコミュニケーションの脳科学20講」協同医書出版,2023

参考書：山口晴保著「紙とペンでできる認知症診療術—笑顔の生活を支えよう」協同医書出版,2016

アルツハイマー型認知症の人のwell-beingをめざして

山口晴保医師の外来

HY式3段ロケット支援



三段目：参加の支援

日課や役割 → + 社会参加

認知症ポジティブ：能力を発揮&共生

二段目：受容の支援（文化への介入）

認知症は恥 → 本人に内在する差別・偏見の打破

認知症だと知られるとバカにされる → バカだと公言

人に迷惑をかけるなら死にたい → 互助・互惠こそ人間社会

ネガティブ感情（下線） → ポジティブ感情に

一段目：病識獲得の支援（メタ認知へのアプローチ）

自己の認知機能を過信（自信過剰） → 自己洞察を促す

認知症だと思っていない人（年相応） → 認知症だと自覚

地位による
関係者は離散
真の友人は
支援者に

ポジティブ心理学

喜び 感謝 興味 希望 誇り 愛 安らぎ など

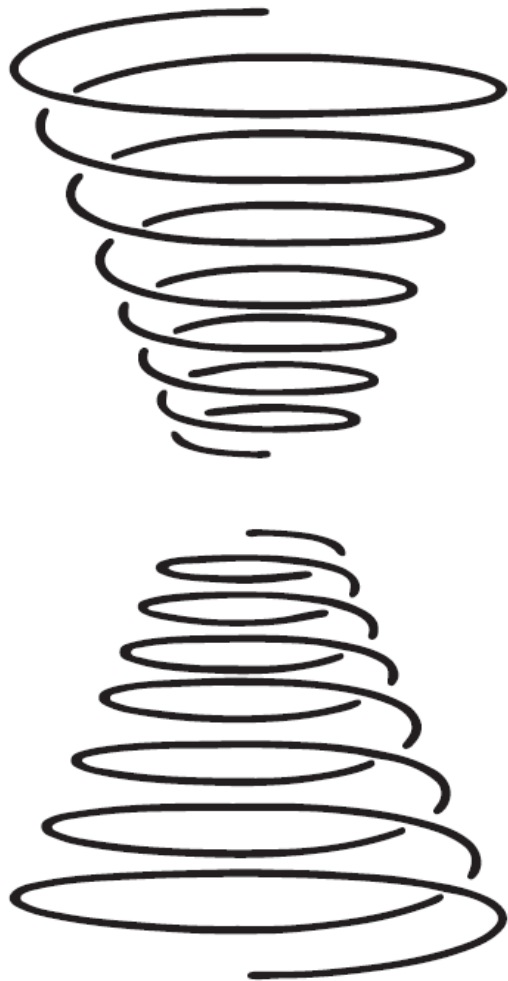
well-being

ポジティブ
心理学

健全

従来の
心理学

うつ・不安



ポジティブ感情
上昇スパイラル

能力↑ レジリエンス↑
幸福感 フロー 創造性

認知症(不自由)があっても
楽しく暮らそう

ポジティブ感情の拡張・形成理論
(フレドリクソン B)

ネガティブ感情
下降スパイラル

認知症は恥
バカにされる
他者に言えない
迷惑をかけるなら死にたい

HY式3段ロケット支援

もの忘れ外来

山口晴保まとめ

Well-being理論 PERMAモデル

Seligman (2011) 持続的幸福 flourish

脳活5:脳活性化リハ
5原則(山口晴保 &
山上徹也)

Well-beingな
人生の5要素
Meaningful lifeを

脳活5:快刺激/笑顔
P: positive emotion
ポジティブ感情

E: engagement
エンゲージメント
没入・フロー

脳活5:褒められて
やる気アップ

認知症になっ
ても、ありのま
まの自分を認
めて、楽しく、
役割を持ち、生
きがいを感じて
幸せに暮らす。

A: achievement
達成

脳活5:失敗回避支援
エラーレス

M: meaning
Meaningful life

(生きる)意味・意義
脳活5:役割・生きがい

R: relationship
関係性 利他・互惠

脳活5:コミュニケーション
褒め愛

PERMAモデル: マーチン・セリグマン「ポジティブ心理学の挑戦」ディスカヴァー・トゥエンティワン、2014

山口晴保編著:認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント. 第4版, 協同医書出版, 2023

脳活性化リハビリテーション5原則

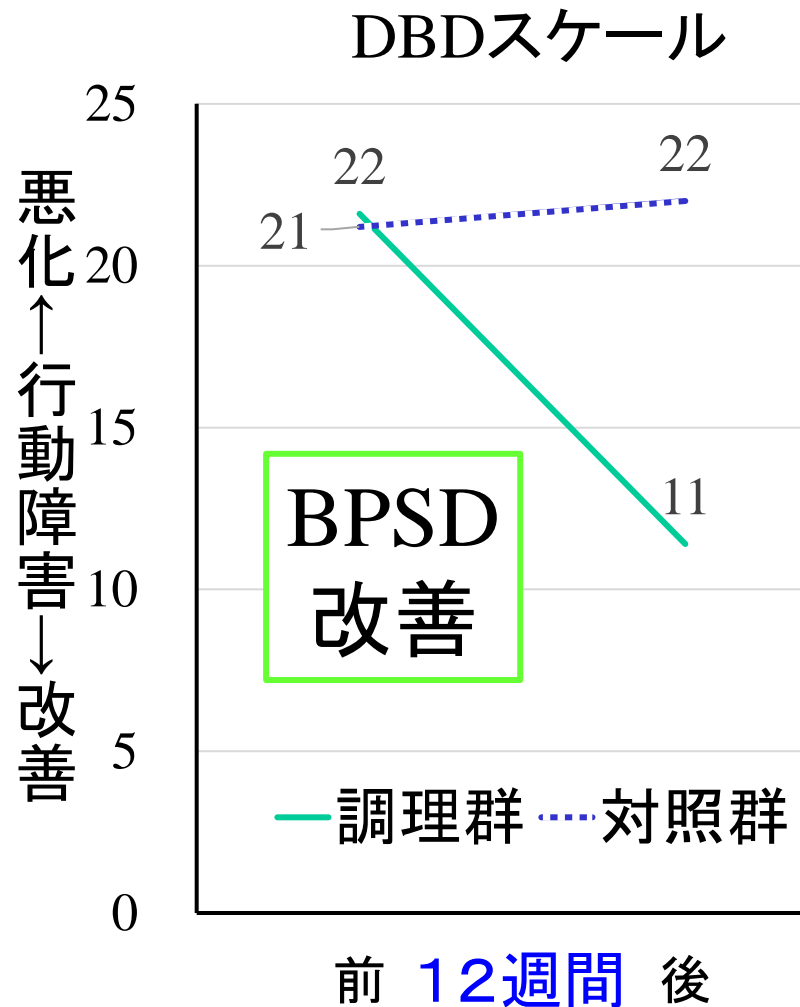
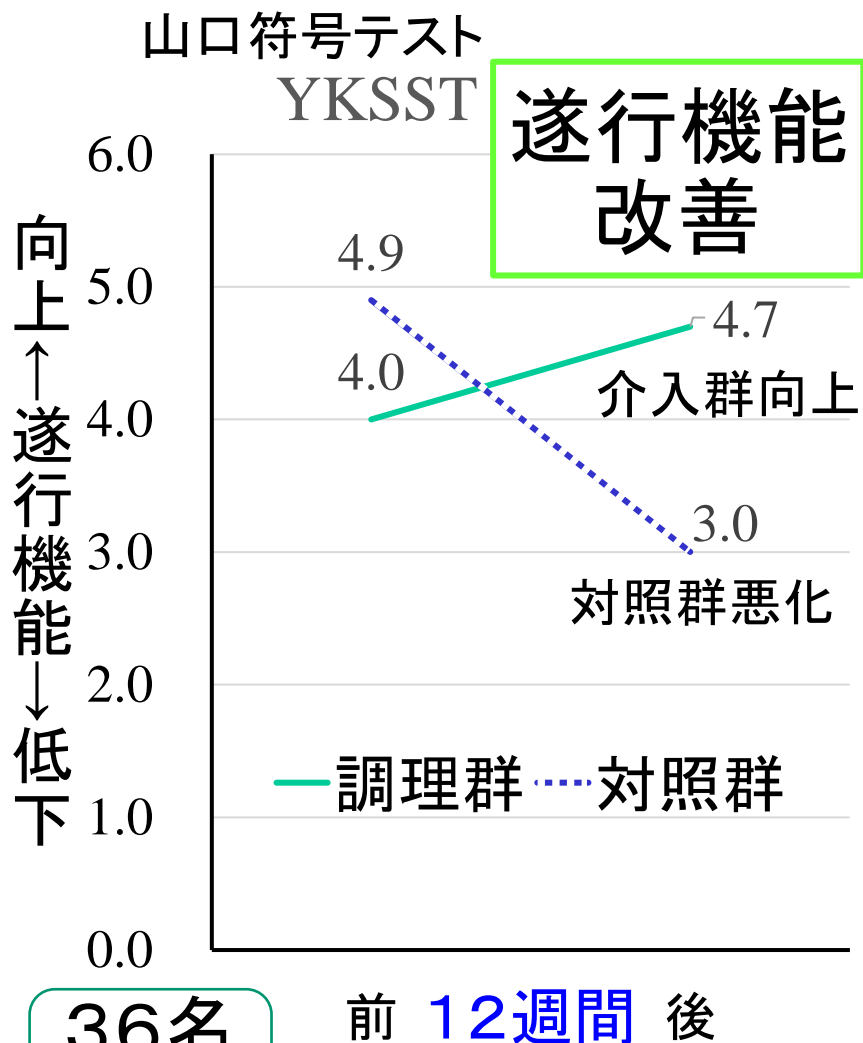
山口晴保 & 山上徹也©

認知症の人へのリハビリテーション実施時の原則として開発→ケアにも、医療にも

| 項目 | 概要 |
|-----------|---|
| 快刺激 | プログラムを楽しく実施して、参加者が笑顔でいる (ドパミン・セロトニン) |
| 褒め合い | 褒め合うことで、参加者・スタッフともに報酬系 (ドパミン)が働く 感謝も有効 |
| コミュニケーション | 双方向コミュニケーションで社会性を高める 不安低減 (社会的認知・オキシトシン) |
| 役割 | 参加者に役割があるプログラムで、主体的な参加を 促進 (生きがい、生きる意欲) |
| 失敗を防ぐ支援 | 失敗体験による意欲低下を防ぐプログラム エラーレス・ラーニング (尊厳) |

日課・役割の効果：老健施設の調理プログラム

週1回90分、12週間、脳活性化リハ5原則（楽、交流、役割、賞賛、エラーレス）で調理介入



効果の評価指標

- 1) **遂行機能の評価**
山口符号テストYKSST
漢字→符号 作業スピード
→山口晴保研究室ウェブ
解説と用紙を掲載
- 2) **行動障害を評価**
DBDスケール(13項目)
→科学的介護情報
システムLIFEに採用

36名
RCT

Murai T et al: Prog Rehab
Med 2007, 2:20070004

④ 尊厳保持と自立・自律支援 well-being

認知症とは：介護保険法第五条の二に規定する認知症

「アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態として政令で定める状態をいう」

Aさん：もの忘れするが、その自覚があり、メモ帳を付けて対策を講じていて、生活には全く支障がない → **健常**

Bさん：最近もの忘れが進み、自覚はあるが、約束を忘れたり、同じ話を繰り返す。生活管理はできる → **軽度認知障害(MCI)**

Cさん：薬を飲み忘れるようになった。支援しようとする、もの忘れの自覚に乏しく支援を拒否する → **(アルツハイマー型)認知症**

認知症は生活障害 初期は生活管理(IADL)障害

山口晴保◎

認知症は生活障害をもたらす 全ての認知症者に生活支援が必須

- 初期には生活管理障害（IADL；道具的ADL）
- 中期以降は日常生活動作（ADL）障害
→ 生活状況から認知症かどうか分かる
地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント DASC-21
- できる？ できない？
→ 自立、見守り、一部補助、全部補助、代行 のどれ？
リハビリテーションの視点
- 自立（independence）と自律（autonomy）

21項目を各1～4点で評価、合計31点以上で認知症疑い
認知機能9項目(記憶、見当識、問題解決・判断力)

家庭外・家庭内のIADL6項目

- * 一人で買い物はできますか
 - * バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか
 - * 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか
 - * 電話をかけることができますか
 - * 自分で食事の準備はできますか
 - * 自分で、薬を決まった時間に決まった分量を飲むことはできますか
- 初期から低下

身体的ADL6項目

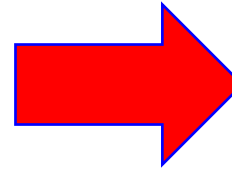
- * 入浴は一人でできますか
 - * 着替えは一人でできますか
 - * トイレは一人でできますか
 - * 身だしなみを整えることは一人でできますか
 - * 食事は一人でできますか
 - * 家のなかでの移動は一人でできますか
- 中期以降から低下

生活障害を12項目で評価

生活障害を減らす 服薬管理

認知症初期集中支援チームの支援例
(軽度アルツハイマー型認知症)

電波時計 & お薬カレンダーで
毎日内服できた



内服は1日1回で一包化
処方医の一元化
かかりつけ薬局で一元化

繰り返し質問には
電波時計 + ホワイトボード



参考 山口晴保編著「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第4版」協同医書出版,2023

コントラストを上げて 認知症の人に優しく

月井直哉

「認知症の人が理解しやすい環境調整の手引き マークを用いたトイレまでの移動支援」

<https://researchmap.jp/Naoya-Tsukii/works/40773058>

(フリーDL)

トイレ動作の支援

聴覚指示

↓
視覚指示

↓
手を取って



認知症でも明快
マーク+文字

ピクトグラムは福岡市開発

夜は
スポットライト
中を点灯し
ドアを開ける

このマークは
認知症だと
男と女？



明瞭化
白い背景に
赤いバー

明瞭化
レバーに
赤テープ

明瞭化
手を置く
位置に
赤テープ

明瞭化
紙の先端
を垂らす

明瞭化
便座を青く

明瞭化
白い背景に
赤いバー

明瞭化
赤い背景に
白いバー

不明瞭
赤い背景に
赤いバー

写真は 大誠会 (群馬県沼田市; 田中志子理事長) 提供

入浴を例に自立・自律支援を

- **ステップの分析**：支援者の視点
準備、脱ぐ、洗う、流す、拭く、着る、…………
- 入浴を拒否するので困る → 本人視点で検討すると
本人視点では：昨日入った、こんな時間はいや、
裸になりたくない、服を盗られる…………
- 本人の能力の発揮：**自立支援** 能力を奪わない！
Use it or lose it
- 本人の意思の尊重：**自律支援**
- 医療者の視点と本人の視点の脳科学：**社会脳・共感脳**

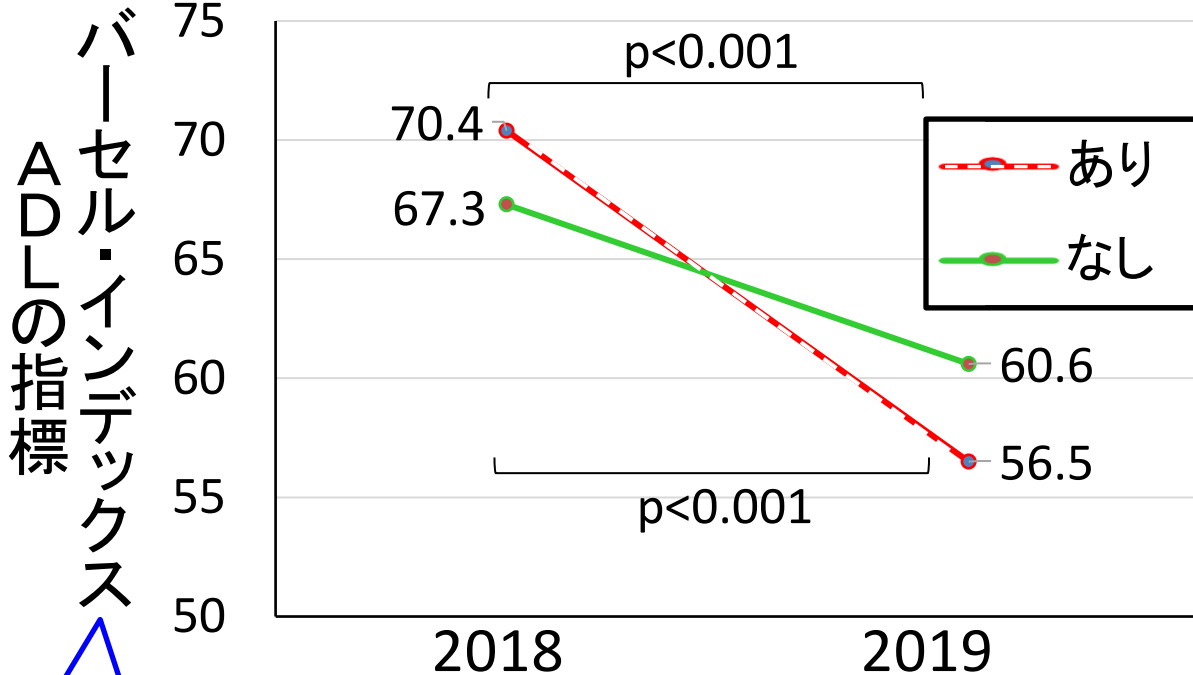
参考書：虫明 元・山口晴保「認知症ケアに活かすコミュニケーションの脳科学 20講」協同医書出版,2023

GH継続調査：ADLの変化と抗精神病薬

2018年と2019年でともに抗精神病薬あり群 54名 平均86.5歳

2018年と2019年でともに抗精神病薬なし群246名 平均88.4歳

投与群の
低下点数が
ほぼ倍



両群とも有意に低下

* 抗精神病薬なし群低下量 6.7点/年

* 抗精神病薬あり群低下量13.9点/年

交互作用 F=8.359 P=0.004と有意

**抗精神病薬の継続使用により
日常生活機能の低下が増大
→薬物よりも非薬物療法が大切**

科学的介護
情報システム

LIFEの
指標

抗精神病薬(クエチアピン・リスペリドン等)使用群の
ADL低下量は 未使用群よりも有意に大きい(約2倍)

藤生大我ら：ADL低下と抗精神病薬投与の関連. Dementia Japan 35(2):241-250,2021

修了試験

合格しないと残り勉強

老夫婦の物語です。

認知症の人にお茶を淹れて煎餅を出しました。

本人は、湯飲み茶碗に煎餅を入れてしまいました。

さあ、あなたが介護者だったらどう言う？
本人視点で考えれば、正解は自明

選択肢

1. そんなこととしてはダメでしょ
2. あらら、やっちゃったね
3. 柔らかくなって食べやすいね
4. へえ、おいしそうだね

山口晴保©

1. 講義のサマリー： おわりに 多くの教科書に載っていない

- ① 認知症の本質： **メタ認知と病識**および**社会脳**の障害
- ② 認知症ケアのアセスメントー**本人視点の重視**
- ③ **BPSDを予防**する良質な認知症ケアとは
- ④ **尊厳保持と自立・自律支援ー生活機能維持とwell-being**
を解説。 能力発揮 自己決定

BPSDは
生じてからケア
⇒生じないケア

2. 講義の内容：

- (1) 認知症ケアのアセスメントの実際や、BPSDを予防する良質な認知症ケア
- (2) BPSDに対しては非薬物療法が基本であり、効果的であることの周知を達成。

3. 最重要点：「**本人視点・本人の気持ち**」の**理解・共感・受容**