

# 認知症の包括的医療・リハ・ケアの秘訣

講師 群馬大学大学院保健学研究科 山口晴保

**略歴** 1976年群馬大医学部卒業。同大学院で神経病理学を学び、1980年に卒業（医学博士）。同年神経内科に入局し、アルツハイマー病の研究を開始して以降、病態解明を目指して脳βアミロイド沈着機序をテーマに30年にわたって研究を続けている。1986年に群馬大医療短大助教授、1993年に同教授。1996年に改組で群馬大学医学部保健学科教授。2011年4月より組織替えて現職。近年は、群馬県の地域リハビリテーション連携システム作り、介護予防、認知症介護研究の普及に注力。2008年、NHK「ためしてガッテン」、NHK教育「ここが聞きたい！名医にQ」に出演。2009年、NHK「ご近所の底力」、2011年NHK「クローズアップ現代」、NHK教育「福祉ネットワーク」、テレビ朝日「たけしの健康エンターテインメント！みんなの家庭の医学」、2014年Eテレ「きょうの健康」、NHK総合「NHKスペシャル」に出演

**現職**：群馬大学大学院保健学研究科リハビリテーション学講座・教授。

認知症専門医、リハビリテーション専門医

日本認知症学会副理事長、日本老年精神医学会評議員、ぐんま認知症アカデミー代表幹事、群馬県地域リハビリテーション協議会委員長、

<山口晴保研究室ホームページ> <http://orahoo.com/yamaguchi-h/>

山口晴保研究室の論文や、認知テストの用紙などがみられます。

- \* 認知症は高齢者の15%、450万人 5年長生きすると倍増 95歳以上の8割
- \* 長寿の成果：下流老人 独居で貧困女性の増加 認知症の増加も  
寿命が10年短縮すれば、認知症者数が1/3に 問題解決！
- \* 長さよりも豊かさを
- \* 廊下現象 二面性に気づく ポジティブ思考に
- \* ケンカ笑い（笑いヨガ） 怒りたいとき→笑い飛ばす 一人ストレス撃退法
- \* DSM-5の認知症定義：  
認知6領域：注意、学習と記憶、言語、実行機能、知覚-運動、社会的認知  
独居が困難、意識障害ではない、精神病ではない
- \* 認知症は生活（管理）障害 認知症者の8割以上が服薬管理困難
- \* アルツハイマー型認知症の進行過程 FAST 発達を逆行して赤子に
- \* 11項目質問紙の活用 本人<家族→認知症 本人>家族→うつ  
同じ事を何回も話したり、尋ねたりする  
出来事の前後関係がわからなくなった  
服装など身の回りに無頓着になった

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  
同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる  
薬を管理してきちんと内服することができなくなった  
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  
計画を立てられなくなった  
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  
前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった

判定：介護者が評価して3項目以上にチェックが付くと認知症が疑われる。

そのほかに、妄想や幻覚があれば受診を奨める

Maki Y, : Dement Geriatr Cogn Disord Extra 3: 131-142, 2013

\* **病識低下が認知症の本質** 本人評価と家族評価の差が病識低下の度合いを示す

Maki Y et al: Dement Geriatr Cogn Disord Extra 3:351-359, 2013

\* **山口式キツネ・ハト模倣テスト** 簡単な手指模倣（頭頂葉機能）がADでは早期から低下

Yamaguchi H et al: Dementia Geriatr Cogn Disord 2010; 29:254-258

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

\* **視点取得＝客観視** ADでは、早期から視点取得が困難

- ・ 視点取得ができないと、①自己の客観視不能＝病識を持ってない、②他者の意図・心の内をくみ取る＝心の理論（5歳までに発達）が困難
- ・ 自己モニタリングできない認知症の人のケアでは、介護者が本人の視点に立って考えること（本人の見えている世界を理解）が必須 例：+無い→盗られた

\* **認知症らしさ：取り繕い、振り向き徴候、ニュース：最近どんなニュースがありましたか？**

\* **レビー小体型認知症は家族が気づく** 見落とす医師もいる

リアルな幻視、幻の同居人、誤認妄想など、特徴的な所見

\* **パレイドリアテスト** 幻視（錯視）の誘発 東北大高次脳機能障害学講座 リソースから

\* **交互返還運動がスローで動きが小さく 固縮のチェック**

\* **レビー小体型認知症を疑う症状**

- ①頭がはっきりとしている時と、そうでない時の差が激しい 変動
- ②実際には居ない人や動物や物が見える 幻視
- ③見えたものに対して、話しかける・追い払うなど反応する リアル
- ④誰かが家の中に居るという 妄想
- ⑤介護者など身近な人を別人と間違える カプグラS・誤認妄想
- ⑥小股で歩く パーキンソニズム
- ⑦睡眠中に大声や異常な行動をとる REM睡眠行動障害
- ⑧失神（短時間気を失う）や立ちくらみがある 自律神経障害
- ⑨便秘がある 自律神経障害

⑩動作が緩慢になった（血管性認知症と共通） パーキンソニズム

⑪悲観的である（血管性認知症と共通） うつ

- \* 起立性低血圧 血圧計でチェック レビー小体型認知症は末梢自律神経障害
- \* 症状チェックリストで鑑別 見逃しを防ぐ 山口認知症分類シート ダウンロード可能
- \* アリセプトが保険適応 幻視、症状変動、認知機能低下に有効
- \* 行動障害型前頭側頭型認知症
  - \*足を組む、医師を見下す
  - \*なれなれしい態度（異性）、医師の身体を触る
  - \*カルテ・机上の文具などに手を伸ばす \*立ち去る
  - \*時計・ポスターなどを読み上げる \*実況中継を始める
  - \*質問にぶっきらぼうな答（知らん!） 考え無精
  - \*非協力的（ADは協力的） \*急に怒り出す
- \* 行動障害型前頭側頭型認知症にドネペジルは禁忌

## 認知症初期での病型診断のポイント

病型	一見(ヒトミ)の所見				病識	MRI/CT画像のポイント	臨床診断のポイント
	一瞥	歩行	会話	意識			
ADD <small>アルツハイマー</small>	明・笑	スタスタ	ペラペラ	はっきり	低	決定打無し(海馬・頭頂葉軽度萎縮)	健忘主体、盗られ妄想 他の病型を除外
DG嗜銀顆粒	ADD+FTD-bv、両者の中間的症状					扁桃体萎縮、左右差	BPSDの強いADD、80過ぎ
FTD-bv <small>前頭側頭型</small>	怒	スタスタ	ペラペラ	はっきり	無	前頭葉の限局性萎縮	社会性低下、激高など 臨床診断基準に合致
SD <small>意味性</small>	やや怒	スタスタ	ボソボソ・誤	はっきり	低	側頭極の限局性萎縮	語義失語、相貌失認や常同行動、臨床診断基準
DLB <small>レビー</small>	暗	遅・小刻みかち	細・少	変動	有	決定打無し	幻視、パーキンソニズム、RBD、臨床診断基準
VD <small>血管性</small>	暗	遅	少・遅	ややポー	有	多発性ラクナや広範な白質虚血	画像重視、アパシー、仮性球麻痺、感情失禁
iNPH <small>水頭症</small>	暗	遅・すり足	細・遅	ややポー	有	DESH	画像重視、思考鈍麻、小刻み・すり足、(尿失禁)
うつ	暗	スタスタ	暗・小	はっきり	過剰	病変なし	悲観的、軽度の記憶障害

語義失語:言葉聞いても、その言葉の意味がわからない(例:帽子、カバン)

RBD:レム睡眠行動障害(夢を見て活動・発声)

DESH:脳室拡大、シルビウス溝の開大、高位円蓋部の脳溝狭小化(くも膜下腔の不均等な拡大)

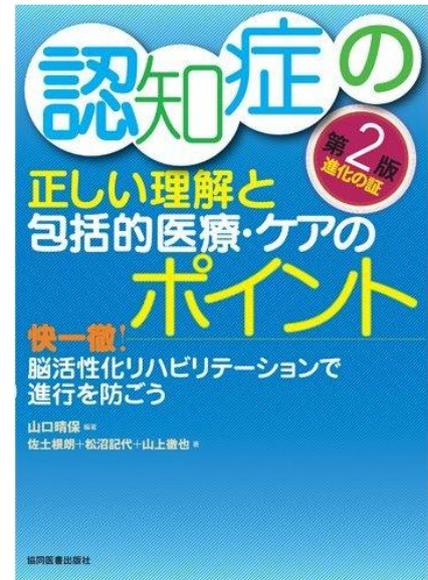
山口晴保◎

- \* アルツハイマー型認知症治療薬の使い方 ひとりひとりの症状や生活状況を把握してさじ加減

- \* アルツハイマー病でマイネルト核の神経細胞が減少  
マイネルト核から大脳全体にアセチルコリンが降り注ぐ  
アセチルコリンの分解を防ぐ薬→覚醒レベル上昇→行動障害（多動・徘徊）が強くなることも
- \* アリセプト有効例 ボランティアとしてデイサービスを利用した 60 代の発症ADD
- \* 抗認知症薬にはレスポonderと非レスポonderがいる 反応を見ながら処方
- \* 5mg 以下の少量投与が有効な例もあるが、エビデンスはない
- \* ドネペシルで易怒性 前頭葉症状のあるケースでは要注意
- \* ドネペシルは進行を遅らせる薬剤 限界あり 有効なら使う ときどき切る
- \* 認知症の症状は認知症状（なおりにくい）と行動・心理症状（BPSD；治る可能性大）に分類
- \* 抗精神病薬を使わないように摺る方法→BPSDの予防 拘束しない 家族指導
- \* 認知症治療薬のアルゴリズム：穏やかか元気過ぎかで対応を変える 内服支援対象も重要
- \* 服薬管理のコツ：薬の種類・回数を減らす（1日1回数剤） 予防薬はカットが基本  
介護保険サービスを活用して管理
- \* 「食べない」への対応：原因に応じて スルメイカで咀嚼強化
- \* 嚥下・咳反射誘発 →誤嚥性肺炎の予防 FAST  
サブスタンスP を高める 肺炎予防に
  - ①上位中枢のドーパミン系を刺激（シンメトレル）
  - ②分解を阻害して作用増強（カプトリル；ACE阻害剤というタイプの降圧剤）
  - ③歯茎のブラッシング ④カプサイシン 胡椒 唐辛子
- \* PEGを～2年間遅延させた成功例：抗パ剤、ACE阻害剤、六君子湯  
六君子湯で蠕動亢進 Yamaguchi H: J Am Geriatric Soc 58(10):2035-2036, 2010
- \* マドパーで名医に 嚥下機能向上 表情が出る 言葉が出る 意欲が出る
- \* 食欲低下に六君子湯が有効
- \* 認知症終末期のPEGは無益な医療 無益な延命 認知症が死因という認識  
トレンドを見極める 最後の1週間は水を入れない→吸引も不要 在宅での穏やかな看取り
- \* （作業）回想法 古い道具や物品の使用（認知症でも古い記憶は比較的維持されている）  
主客逆転 役割 → 生き甲斐  
自分史の再認識（ライフレビュー） 輝いていた自分の過去を認識 → 自信  
効果：見当識の獲得や情動の安定、前向きに生きる意欲

- \* 役割 → 生きがい      会話 → 安心  
三世代交流共生住宅「ひかりの里」 三重県桑名市 多湖医師
- \* 役割：デーサービスをボランティアのつもりで利用 進行遅延
- \* 能力を引き出すケア バリアフリー モチベーションを高める
- \* 待つケア デンマーク 山口晴保研究室 HP からダウンロード可能
- \* 家族が患者を褒めると 患者は嬉しくなる ほめた家族も嬉しくなる
- \* 褒め愛で共にやる気アップ 存在を褒める あなたが居てくれて嬉しい（意味を考えないで）
- \* ポジティブ：ネガティブ比＝3：1 ポジティブを増やして、会社も結婚もうまくいく
- \* ネガティブインパクト 1 失敗＝10 成功
- \* 積極的・建設的な応答を心がけよう
- \* 脳活性化リハの原則  
快刺激 → 笑顔                      ほめる → やる気  
コミュニケーション → 安心      役割を演じる → 生きがい  
失敗を防ぐ支援 → 成功体験      認知症でも楽しく過ごせる環境づくりを同時に行う
- \* 地域包括ケア 認知症初期集中支援チーム  
医師会との連携が大切 本人・家族が困っていることに対応が基本  
前橋市の実践 前橋市ホームページからマニュアルをダウンロード可能  
地域包括→チーム→主治医に連絡して評価→チーム員会議→介入（医療や介護と家族教育）
- \* 日常生活自立支援事業 独居継続にきわめて有効
- \* 名医妄想：交流が大切
- \* 在宅生活の継続を可能にする支援 最低限の ADL の保持 適切な医療と有能なケアマネ
- \* アルツハイマー型認知症の人の気持ち 記憶が欠けると時間軸を失う 役割も失い未来がない  
→ 賞賛、役割、共感が必要
- \* 相手の話を聞く 価値観を共有する 相づち、共感を示す
- \* もの盗られ妄想への対応 共感的態度 リフレージング（繰り返し）が有効  
根本的対応は不安や寂しさを無くし、役割や居場所を作る

- \* スキンシップでドパミン放出 セロトニンも  
認知症 背中さすって さすられて 共に楽しく 穏やかに逝く
- \* 家族指導 家族は叱っている自覚がない  
「しっかりして」で叱られていると感じる
- \* ユマニチュード：4つの柱 人間の尊厳を取り戻すために 究極の愛と優しさの技法  
見る：ポジティブな見方 視線を掴む  
話す：実況中継 赤ちゃんに対する優しさ  
触れる：広い面積を、ゆっくりと 優しく 掴まない  
立つ：一日20分、立位でのケア 持ち上げない  
デジタルセンセーション

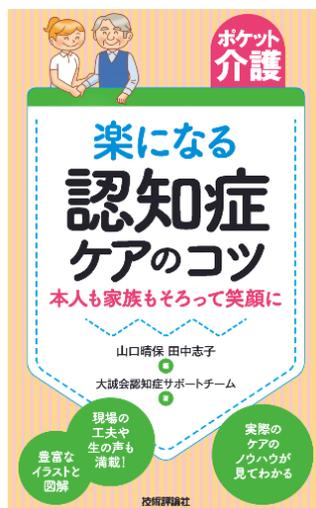
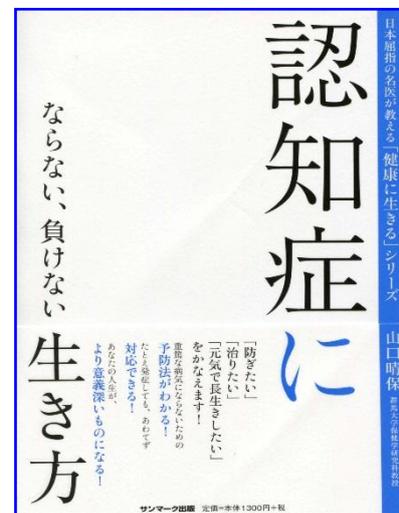


**参考図書**：認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイントー快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごうー。2版  
山口晴保編著 協同医書出版、2010、3,564円（税込み）



**参考図書**：  
認知症予防一読めば納得！脳老化を防ぐライフスタイルの秘訣。2版  
山口晴保著、協同医書出版、2014、  
定価 1,944円（税込）

**参考図書**：〈一般向け〉 山口晴保著、  
認知症にならない・負けない生き方。  
サンマーク出版、2014年11月、  
定価 1,404円（税込）



〈認知症介護の本〉  
山口晴保監修  
楽になる認知症ケアのコツ 本人も家族もそろって笑顔に  
技術評論社、定価 1,490円（税込み）