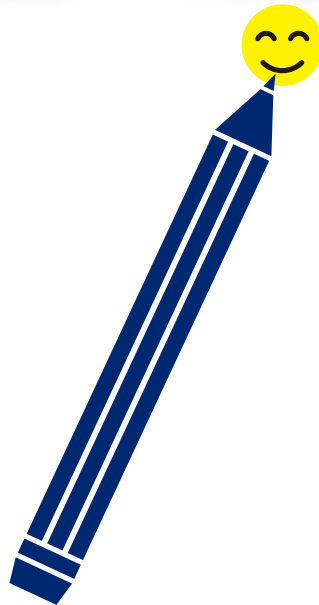


紙とペンでできる

# 認知症 診療術



笑顔の  
生活を  
支えよう

山口晴保 著

## ○まえがき

「エビデンスに基づく〇〇医療」という本が多い中で、本書のタイトルは『紙とペンでできる認知症診療術』としました。エビデンス一辺倒の医療への警鐘を込めてつけた……と述べると格好良すぎるのですが、エビデンスという「集団での根拠」に配慮しながらも、臨床経験を加味して「個々の症例に対応」していくことの大切さを本書では訴えたいのです。なぜなら、認知症の医療が基本的には対症療法ですし、また、認知症が脳の老化現象であり、完治を望めない病気だからです。

多くの医師が、「認知症の医療は面倒で嫌だ」「治らないからやりがいがいい」と感じているようです。そこで、本書を読むことによって、「認知症の医療は面白い」「生活改善に役立ち感謝される」と変わることを願って執筆しました。なお、日々の臨床経験により診療術が進化していくので、本書に書かれた内容は絶対ではありません。読者の皆さんの経験に基づいて、さらに進化させていただきたいと思っています。

私の目指す医療のアウトカムは、「患者本人とその家族が、笑顔で穏やかな在宅生活を続けられること」です。その願いを込めて、『笑顔の生活を支えよう』という副題をつけました。

病院や診療所という現場で、認知症の診療に関わるあらゆる分野の医師に役立つ本を届けたいという思いで原稿を書きました。

2012年6月に原稿を書き始めましたが、完成形を描けずに中断しました。この間、開発した問診票や簡易テストが論文化でき、ようやく「紙とペンだけの臨床スタイル」としてまとめ上げようと決意し、2015年に再開、原稿を仕上げました。

本書は、一度全体をお目通しいただき、その際に使えそうな診療術に赤線を引いてください。その後は診療機の片隅に置いて、時々確認しながら、診療術のレパートリーを広げるようにご活用いただければ嬉しいです。我が子をかわいがってほしいという親の気持ちのようです。

2016年4月 山口晴保

## ○はじめに

### 認知症の診療術

本書は認知症の実践医療（臨床現場）を念頭に置いています。認知症の専門医以外の先生方が、日々の診療で認知症の診断・治療・ケアを楽しく行えるようにということを、本書の一番の目標にしています。

「実践」は理論に対する語としても用いられます。よって、本書は理論の解説書ではなく、臨床現場で役立つ診療のコツとその背景となる**補足知識**を記したものです。アルツハイマー病を高額な治療薬で治療すると、莫大な医療費がかかり、さらに患者の余命が延長して（昔は診断から5～10年で亡くなるといわれたが、今は10～20年に延長）、患者数は厚生労働省の予測をはるかに超えて増大し、国家財政や年金基金に多大な影響を与えるだろうというようなことを憂慮しているのですが、このような医療経済学的な問題については、本書ではまったく触れません。目の前に認知症の患者が来たとき（多くは、本人は来たくないのに連れてこられる）、どのように診断し治療するか、その方略（診療術）を伝えたいと思います。

本書では、診療所の医師が、外来で認知症の患者に対峙する場面を想定して執筆しています。だからといって、入院・入所者への医療では役立たない内容かということ、決してそうではありません。解説しやすいように外来という場面設定で、認知症の診療術を解説しますが、その真髄は入院・入所者に対しても変わるものではありません。

### 認知症医療のアウトカム

さて、その真髄とは何でしょうか？ 認知症外来診療の目指すところから始めましょう。認知症は認知障害に基づく生活（管理）障害です。独居生活の維持に何らかの援助が必要なレベルにまで認知機能が低下すると認知症というわけです。この認知症がどのような原因で生じているのかを診断し、適切な薬物や非薬物療法（リハ・ケア・家族指導など）を提供することで、「認知症という困難を抱えながらも、家族と一緒に楽しく穏やかな生活を維持できること」を認知症医療のアウトカムと捉えています。「認知機能の向上」「進行の遅延（延命）」がメインのアウトカムではありません。

なぜこのように思うのかを、エビデンスと臨床経験との対比を交えて説明します。

症例Aさんは3年前からもの忘れが始まり、徐々に進行しています。最近、しまい忘れた通帳を盗られたと訴えて、困った家族がもの忘れ外来に連れてきました。

B医師は、アルツハイマー型認知症と診断し、ドネペジルで治療を開始しました。し

ばらくすると、Aさんはイライラして怒りっぽくなり、通帳を返せと家族に殴りかかることもありました。家族はB医師に相談しましたが、「進行を遅らせるにはドネペジルが必要」という答えでした。家族は試しにドネペジルを中止してみると、Aさんの易怒性は減りましたが、活力も落ちてボーッとするようになりましたので、B医師を再受診しました。

ここで質問です。もし読者の皆さんがB医師だったらどのように対応しますか？

- ①医師の言うことを聞かずに勝手に薬を調整するようなら責任がもてないからもう来なくてよい。
- ②ドネペジルは進行を遅らせるというエビデンスがあるから、続けたほうがよい。きちんと続けて活力を維持してください。
- ③ドネペジルに比べるとリバスチグミンは易怒性を生じる可能性が少ないので、変えてみましょう。
- ④ドネペジルがダメなら、穏やかになるメマンチンに変えてみましょう。

皆さんは、どの対応を選んだでしょうか？

対応①は、権威派医師の「ホンネ」でしょうか？ でも、認知症医療は誰のためでしょうか？ 本来は本人のためですよ。これについてはあとで触れます。ちなみに筆者は、家族に薬剤の量の調整を任せる派です（例えば、「様子を見て半錠～1錠の間で調整してください」のように伝えます）。

対応②は、エビデンスに基づくものです。ドネペジルの効力を信奉し、「進行を遅らせること」だけが認知症医療のアウトカムと信じて疑わない医師（製薬メーカー主催の講演会講師によく見かけるタイプ）はこう対応するでしょう。ドネペジルを継続しながら、抑肝散やクエチアピン（認知機能を低下させる）を併用して易怒性を抑える派が多い気がします。

対応③は筆者の選択です。ドネペジルで易怒性が多い（約1割に発生）というのは筆者の経験に基づくものですが、エビデンスがあるわけではありません。そして、製薬メーカーはその事実をかかりつけ医に伝えたがりません。リバスチグミン少量では易怒性が少ないというのは、筆者の経験と他の医師からの有用な情報です。

対応④のようにメマンチンに変更すれば、易怒性もなく進行を遅らせることが可能かもしれませんが、メマンチンは経験上、活動性を低下させるリスクが大きいので、本例のようにドネペジルを中止して活動性が低下しているケースでは、まずはガラントミンやリバスチグミンを試し、それでも易怒性が出るようなときの選択肢です。このほか、ドネペジルを常用量の5mgから3mgに減量して投与すると、易怒性が減って活力も保たれることをしばしば経験しています（筆者は“3mgの投与期間を2週間”という縛り

を外すよう厚生労働省に働きかけました。結果、2010年の添付文書の改訂で「原則として」が入り、現在では3mgで長期投与してもレセプトで削られることは少なくなっていますが、地域によってはレセプトが戻ってきます。

これまで、エビデンス通りの画一的な治療から外れたことも行ってきたのは、少しでも本人と家族のQOLを高め、穏やかに在宅生活を継続してもらうために、本人や家族の声に耳を傾け、本人や家族が困っていることを少しでも減らそうとしてきたからです。本書では、この経験に基づく診療術を示しています。

ただし、薬剤添付文書に定められた効能や用法・用量と異なる投与については、それぞれの医師の責任で判断願います。

### エビデンスか経験か

医師の使う薬剤は、エビデンスに基づいて認可され、エビデンスのある適応症に使われるのが原則です。薬剤の場合、エビデンスには二重盲検が求められます。そのため、一定の診断基準を満たす多数の患者(集団)を対象に実薬とプラセボの投与が行われてエビデンスが示されます。しかし、医療の現場では目の前にいるのは一人の患者です。集団で60%の患者に効果があっても、目の前の患者では有効か無効のどちらかのはずです。ところが、エビデンスを信奉する医師は、エビデンスに従った医療、すなわち学会などが出す治療ガイドラインに則った治療を患者に強制します。

また、エビデンスがないからと、経験上有効な薬剤を使わない医師もいます。レビー小体型認知症の研究会で、ある大家が「抑肝散は使わない」と言うので、なぜかと質問したところ、「抑肝散は二重盲検のエビデンスがないから」という返事でした。アルツハイマー型認知症よりもレビー小体型認知症で抑肝散がより有効なことは筆者の経験では確実ですが、このような考えの医師もいると知りました。

### 研究のための医療と患者のための医療

臨床診断や治療技術の進歩にはエビデンスを示すことが不可欠です。そして、そのような責務が大学病院のような研究指向の医療機関にあります。エビデンスを示すには、基となる臨床診断が正確であることが不可欠です。そこで、脳血流SPECTやMIBG心筋シンチのような核医学診断、髄液診断、さらにはアミロイドイメージングなどを駆使して臨床診断を正確に行った上で、診断技術・薬物などの開発が行われます。

本書では、このようなエビデンスを作る、極力正確な診断に基づいて治療を行う研究目的の医療ではなく、診療所などでできる範囲で目の前の患者・家族の困難に立ち向かう実践医療を解説します。

## 認知症医療は対症療法＝実践医療

アルツハイマー病の根本的治療薬は未だ開発されていません(2016年現在)。どんなに正確に診断しても、根本的な治療法はないのです。認知症の診療では、患者の病歴・生活歴を詳細にチェックし、家族から生活状況を聴取し、本人・家族が困っている問題に対して“対症的な治療”を行います。認知症医療は対症療法なのです。

アミロイドイメージングと脳血流SPECT所見、髄液所見から「確実にアルツハイマー病です」と診断・告知し、ガイドラインに従ってコリンエステラーゼ阻害薬で治療するだけのエビデンス医療では、患者・家族のQOLを高めることはできません。一番危惧されるのは、「あなたはアルツハイマー病の初期です。早く見つかってよかったですね」という告知が、患者にとっては“早期診断＝早期絶望”となることや、易怒性などが出現してもガイドラインを頑なに守って薬剤添付文書通りの処方続ける医療になってしまうことです(添付文書に反する減量投与で易怒性が収まることが多い)。

正確な臨床診断にこだわりすぎると、例えば、アルツハイマー型認知症に前頭葉症状(脱抑制など)が加わっているのにコリンエステラーゼ阻害薬によって前頭葉症状を悪化させ、家族はさらに困っているのに医師は進行を遅延していると信じている状況が生まれます。正確な臨床診断よりも今の症状に目を向けてその症状を軽くする対症療法＝実践医療なら、「前頭葉症状を軽くすること」のほうが、「進行を遅らせること」よりもQOLを高めると考えます。診断は多少曖昧でも、患者・家族の声に耳を傾け、今困っている症状を改善する方法を探ることが大切です。

認知症の人の多くは「いつまでも家で暮らしたい」という思いをもっています。その思いを大切にするには、家族の介護負担を減らし、本人と家族が穏やかに暮らせるよう支える医療が必要です。暴言・暴力や妄想などで家族が困っていればいるほど、すなわち困難が強い事例ほど、治療による改善効果(困る症状の減少・消失)が高いです。家族教育に力を注ぐことで家族が困る症状(行動・心理症状：BPSD)を予防すれば、本人と家族が穏やかな生活を継続できます。

現時点で認知症の根本的治療薬はありませんが、認知症を抱えて困っている患者は日本全国で500万人ほどいます(2016年現在)。これらの患者に適切な医療を提供するには、あらゆる分野の臨床現場の医師が認知症の診療術を理解・習得することが必要です。高度な診断機器がなくても、紙とペンがあれば大丈夫です。臨床診断のコツ、製薬メーカーの言いなりにならない処方のコツをつかめば、認知症の医療に関わることが楽しくなります。そして、本人・家族に平穏な生活がもたらされることで、医療者としてやりがいを感じ、本人・家族から感謝され、さらに嬉しくなります。

これが、筆者の考えている実践医療です。

## ○目次

まえがき	i
はじめに	iii
認知症の診療術	iii
認知症医療のアウトカム	iii
エビデンスか経験か	v
研究のための医療と患者のための医療	v
認知症医療は対症療法＝実践医療	vi

## 第1部 認知症の初診

第1章 病気を診る	2
-----------	---

〔臨床メモ〕 認知症って病気？ 2

A. 診察態度	4
B. 認知症に気づく	5
1. 気づき「変だな？」	5
1-1 医師の診察での気づき	5
1-2 看護師の気づき	7
1-3 受付での気づき	7
1-4 家族などの気づき	8
2. 認知症の確信を得る問診と徴候	9
2-1 問診	9
2-2 認知症のスクリーニングに役立つ徴候	9
C. 認知症の確定（認知症としての初回診察）	10
1. 介護者と本人からの病歴聴取	10
1-1 病歴	10
1-2 チェックリスト	12
1-3 行動・心理症状（BPSD）の問診	13
2. 認知機能を推測する問診	13
2-1 「お待たせしてすみませんでした。今日は何分くらい待ちましたか？」	14
2-2 「今日は暖かい（寒い）ですね。今、何月ですかね？」	14
2-3 「今日のご自分からここへ来ようと思われましたか？」（初診の場合）	14
2-4 「何か困ることはありませんか？」	15
2-5 「テレビなどで、最近どんなニュースがありましたか？」	15
2-6 「この方はどなたですか？ 紹介してください」	16

- 2-7 「昨晚はどんなものを召し上がりましたか？」 16
- 2-8 「ところで、お歳はいくつですか？」 16
- 3. 簡単な認知テスト 18
  - 3-1 山口キツネ・ハト模倣テスト 18
  - 3-2 「〈サルも木から落ちる〉ってどんな意味ですか？」 21
  - 3-3 落とし穴課題 (Pitfall task) 21
  - 3-4 時計描画 22
  - 3-5 立方体模写 23
  - 3-6 「1分間で、動物の名前をできるだけたくさん言ってください」 24
- 4. 認知機能全般を簡易評価する MMSE と HDS-R 25
- 5. 認知症の診断 25
  - [臨床メモ] 認知症の本質「病識低下」 28
- D. 認知症の臨床病型の鑑別：総論 30
  - 1. 介護者の症状チェックリスト 30
  - 2. 動作・姿勢と態度や表情 32
    - 2-1 診察室に入ってから着座までの動作と着座姿勢 32
    - 2-2 表情と態度 33
    - 2-3 会話 34
    - 2-4 介護者との関係性 34
    - 2-5 まとめ：認知症初期における各病型の臨床的特徴と鑑別診断のポイント 35
- E. もの忘れを主訴とする軽度認知症の初診 38
  - 1. アルツハイマー型認知症の特徴と鑑別 38
    - [臨床メモ] アルツハイマー型認知症初期に伴いやすいBPSD 41
  - 2. アルツハイマー型認知症と健忘性軽度認知障害 (aMCI) の鑑別 42
  - 3. アルツハイマー型認知症の本人と家族への説明 43
  - 4. アルツハイマー型認知症と MCI の補足知識 45
    - 4-1 アルツハイマー型認知症の成因 45
    - 4-2 MCI 45
    - 4-3 神経原線維変化優位型老年期認知症 47
    - 4-4 健忘発作 48
    - [臨床メモ] 糖尿病とアルツハイマー型認知症 49
- F. 幻視を主訴とする軽度認知症の初診 51
  - 1. レビー小体型認知症 (DLB) の特徴的症状 51
    - [臨床メモ] レビー小体型認知症初期に伴いやすいBPSD 57
    - [臨床メモ] レビー小体型認知症を鑑別する質問項目 Q-DLB9 57
  - 2. レビー小体型認知症の診断 58
  - 3. レビー小体型認知症の本人と家族への説明 60
  - 4. レビー小体型認知症の補足知識 62
    - 4-1 レビー小体型認知症 62



4-2 認知症を伴うパーキンソン病 62

4-3 進行性核上性麻痺 63

4-4 参考：人物誤認(妄想) 64

## G. 易怒性を主訴とする軽度認知症の初診 66

1. 前頭葉症状のチェックと前頭側頭型認知症(FTD) 66
  - [臨床メモ] 行動障害型前頭側頭型認知症とBPSD 69
2. アルツハイマー型認知症の前頭葉症状? : 鑑別診断 70
  - 2-1 前頭葉症状を伴うアルツハイマー型認知症 70
  - 2-2 行動障害型前頭側頭型認知症の診断基準 70
  - 2-3 意味性認知症の診断 71
3. 前頭葉症状に関する家族指導 73
  - 3-1 前頭葉症状を伴うアルツハイマー型認知症 73
  - 3-2 行動障害型前頭側頭型認知症 73
  - 3-3 意味性認知症 74
4. 前頭側頭型認知症の補足知識 74
  - 4-1 前頭側頭型認知症の種類 74
  - 4-2 嗜銀顆粒性認知症 75

## H. 歩行障害のある軽度認知症の初診 77

1. 血管性認知症 77
  - 1-1 血管性認知症の症状 77
    - [臨床メモ] 血管性認知症初期に伴いやすいBPSD 80
  - 1-2 血管性認知症の診断 81
  - 1-3 血管性認知症に関する家族指導 81
  - 1-4 血管性認知症の補足知識 82
2. 特発性正常圧水頭症(iNPH) 84
  - 2-1 特発性正常圧水頭症の症状 84
    - [臨床メモ] iNPH初期に伴いやすいBPSD 85
  - 2-2 iNPHの診断と治療 85
  - 2-3 脳室拡大所見“DESH” 86

## I. 悲観的・不安の強い軽度認知症の初診 87

1. うつと認知症の見分け方 87
  - 1-1 うつの鑑別 87
  - 1-2 うつとアパシーに関する家族指導 89
2. 抗不安薬によるもの忘れや意識障害 90
3. うつの基礎知識 91
  - 3-1 うつ病とうつ状態(症状) 91
  - 3-2 うつは認知症のリスク因子 92

## J. せん妄と認知症の区別 94

1. せん妄と認知症の見分け 94

1-1	せん妄の鑑別	94
1-2	せん妄に関する家族指導	96
2.	せん妄の基礎知識	97
K.	告知、説明	98
<b>第2章</b>	<b>生活を診る</b>	<b>101</b>
	[臨床メモ] 認知症の生活障害がリハ・ケアのターゲット	102
A.	生活状況の把握の重要性	103
1.	IADL	103
1-1	予診	103
1-2	診察	104
1-3	認知症とIADLの困難	105
	[臨床メモ] 実行機能障害	106
2.	基本的ADL	107
2-1	予診	107
2-2	診察	107
2-3	認知症と基本的ADLの困難	108
3.	社会生活を診る	108
3-1	診察	108
3-2	介護者への問診	109
	[臨床メモ] 社会脳	109
B.	BPSD	111
1.	BPSDの基礎知識	111
2.	BPSDの診察	111
	[臨床メモ] BPSD診察枠のすすめ	114
3.	BPSDと介護負担の定量的評価	115
4.	BPSDの治療	116
4-1	抗認知症薬が処方されていない場合の薬剤	117
4-2	抗認知症薬がすでに処方されている場合	118
4-3	ケアと環境へのアプローチ	118
4-4	効果評価	120
5.	BPSDの予防	121
<b>第3章</b>	<b>補助診断</b>	<b>122</b>
A.	画像診断	122
1.	形態画像：MRI・CT	122
2.	脳機能画像	123
2-1	脳血流SPECT	123
2-2	MIBG心筋シンチグラフィとDATスキャン	124

2-3 アミロイドイメージング 125

2-4 タウイメージング 125

B. 血液検査 127

## 第2部 治療とフォローアップ

第1章 実践医療 ..... 132

A. 心構え 132

1. 有効な質問「困り事」 132
  - 1-1 本人の困り事 132
  - 1-2 介護者の困り事 132
2. 本人と介護者の関係性 133
  - 2-1 本人への質問 133
  - 2-2 介護者への質問 134
3. 診察に必要な薬剤の予備知識 134

B. アルツハイマー型認知症の薬物療法と経過 135

1. 軽度：健忘や見当識障害が中心のステージ 135
  - 1-1 第一選択薬 135
  - 1-2 アセチルコリンを増やす3剤からの選択 135
  - 1-3 アセチルコリンを増やす薬剤と興奮性BPSD 136
  - 1-4 メマンチンの併用 137
  - 1-5 興奮性BPSDへの薬物療法 138
  - 1-6 生活障害への対応 138
  - 1-7 介護者教育 139
2. 中等度：実行機能障害で生活困難 140
  - 2-1 認知症治療薬 140
 

[臨床メモ] 中期以降の認知症治療薬の効果 141
  - 2-2 BPSDへの薬物療法 142
  - 2-3 生活障害・介護負担 143
  - 2-4 支援拒否への対応 144
  - 2-5 熱中症対策 144
3. 重度：基本的ADLの困難 145
  - 3-1 薬剤の再検討 145
  - 3-2 生活障害 146
4. 終末期 147
  - 4-1 薬剤の再検討 147
  - 4-2 誤嚥 147
  - 4-3 経管栄養 147

- C. レビー小体型認知症の薬物療法と経過 149
  - 1. 幻視や認知障害への対応 149
    - 1-1 アセチルコリンを増やす薬剤 149
    - 1-2 抑肝散 149
    - 1-3 メマンチンと向精神薬 150
    - 1-4 環境調整と心理状態 150
    - 1-5 説明「事実の伝達」 151
  - 2. パーキンソニズムへの対応 151
  - 3. 自律神経症状や転倒への対応 151
    - 3-1 便秘 151
    - 3-2 起立性低血圧と失神、転倒 151
  - 4. REM睡眠行動障害 152
  - 5. 経過 152
- D. 前頭側頭型認知症の薬物療法と経過 154
  - 1. 行動障害型前頭側頭型認知症の薬物療法 154
    - 1-1 認知機能を高める薬剤 154
    - 1-2 興奮性BPSDへの薬物療法 154
  - 2. 行動障害型前頭側頭型認知症の経過 155
    - 2-1 軽度 155
    - 2-2 中等度 155
    - 2-3 重度 156
    - 2-4 車の運転 156
  - 3. 意味性認知症の治療と経過 156
- E. 血管性認知症の薬物療法と経過 157
  - 1. 薬物療法 157
    - 1-1 薬剤 157
    - 1-2 アパシーとうつ 157
    - 1-3 興奮性BPSDの薬物療法 158
  - 2. 経過 159
- F. 特発性正常圧水頭症 (iNPH) の治療と経過 160
  - 1. シェント手術 160
  - 2. 薬物療法と経過 161
- G. MCIの薬物療法と経過 162
  - 1. アセチルコリンを増やす薬剤 162
  - 2. 運転免許と薬剤治療開始 162
  - 3. 発症を遅らせるライフスタイル 163
  - 4. サプリメント 164

## 第2章 基盤知識 ..... 165

### A. アルツハイマー型認知症治療薬 167

1. アセチルコリンを増やす薬剤(コリンエステラーゼ阻害薬) 167
  - 1-1 3剤 167
  - 1-2 他剤への変更 168
  - 1-3 アリセプト<sup>®</sup>減量投与 168
  - 1-4 スキンケア 170
2. グルタミン酸受容体に働く薬剤 171
3. 認知症治療に使われるその他の薬剤 173
  - 3-1 シロスタゾール 173
  - 3-2 ニセルゴリン 173
  - 3-3 ドパミン製剤 174
  - 3-4 漢方薬 174

### B. BPSDと生活障害の治療薬 175

1. 抑肝散 177
2. 抗精神病薬 178
  - 2-1 クロルプロマジン(コントミン<sup>®</sup>、ウインタミン<sup>®</sup>)〈定型〉 179
  - 2-2 チアプリド(グラマリール<sup>®</sup>、チアリール<sup>®</sup>)〈定型〉 179
  - 2-3 ハロペリドール(セレネース<sup>®</sup>)〈定型〉 179
  - 2-4 リスペリドン(リスパダール<sup>®</sup>)〈非定型〉 179
  - 2-5 クエチアピン(セロクエル<sup>®</sup>)〈非定型〉 179
  - 2-6 ペロスピロン(ルーラン<sup>®</sup>)〈非定型〉 180

[臨床メモ] コウノメソッド流 定型抗精神病薬少量投与 181
3. 抗てんかん薬 182
  - 3-1 バルプロ酸 182
  - 3-2 クロナゼパム 183
4. 抗うつ薬 183
5. 不眠・昼夜逆転への対応 184
6. 抗不安薬 185
7. 食欲低下、嚥下障害の薬剤 186
8. 頻尿への対応 187
  - 8-1 夜間頻尿 187
  - 8-2 過活動膀胱治療薬 188
  - 8-3 心因性 189
  - 8-4 溢流性 189

[臨床メモ] 処方のポイント 189

### C. エビデンスと物語 191

## 第3部 BPSDと生活障害への対応

### 第1章 実践医療 ..... 198

#### A. BPSD対応の原則 198

1. 医師の本人への対応 198
2. 医師の介護者への対応 198
  - [臨床メモ] BPSD対応に必須な「認知症の本質理解」 200

#### B. BPSDと生活障害各論 203

1. 受診を嫌がる 203
2. 寝てばかりいる 204
  - 2-1 ほめる作戦 204
  - 2-2 日中活動作戦 204
3. 怒りっぽい 204
4. 盗られた！ 205
5. 嫉妬妄想 207
6. 目を離すと出て行く 208
  - [臨床メモ] 認知症の人の賠償責任 209
7. 廊下で排尿 210
8. 着替えない・入浴しない 211
9. 集める 212
10. 転ぶ 213
  - 10-1 薬剤 213
  - 10-2 環境調整 214
  - 10-3 筋トレ・廃用予防 214
  - 10-4 安全かQOLか 215
11. 食べない 216
  - 11-1 食べ物の認知不良、味覚や嗅覚の低下 216
  - 11-2 薬剤による胃腸障害 217
  - 11-3 唾液分泌の低下 217
  - 11-4 咀嚼・嚥下機能の低下 217
  - 11-5 拒絶 218
    - [臨床メモ] 胃薬としてプロトンポンプ阻害薬を安易に使わない 219

### 第2章 基盤知識 ..... 220

#### A. 本人への非薬物療法 220

1. 認知症の人の感覚世界を理解して共生するケア 220
2. 脳活性化リハビリテーション5原則 222
  - 2-1 快 222

- 2-2 双方向コミュニケーション 223
- 2-3 ほめ合い 223
- 2-4 役割 226
- 2-5 失敗を防ぐ支援 227
- 3. パーソン・センタード・ケア 227
- 4. ユマニチュード® 229
- B. 介護者指導 233**
  - 1. 医師の仕事 233
  - 2. BPSDを防ぐ介護者教育 233
  - 3. 精神的・肉体的支援 234
    - 3-1 介護負担 234
    - 3-2 燃え尽きない 235
      - [臨床メモ] 看護師が感じる困難 238
      - [臨床メモ] ケアのコツ：笑い飛ばし(笑いヨガから) 239
    - 3-3 介護者のエンパワメント、そして障害との共存 239
- C. 認知症の病院・施設ケア 241**
  - 1. 医師の仕事 241
  - 2. 施設ケア 241
    - [臨床メモ] 認知症終末期には経皮内視鏡的胃ろう造設術(PEG)は行わない 243
- D. スタッフ教育 244**
  - 1. 医師の仕事 244
  - 2. スタッフに求められるもの 244
    - 2-1 MMSEやHDS-Rができる 244
    - 2-2 スタッフが認知症に気づける 245
    - 2-3 介護者指導・教育ができる 245
    - 2-4 ほめることができる 245
    - 2-5 介護保険の説明ができる 246
    - 2-6 地域包括支援センターを紹介できる 246
    - 2-7 研修会には医師とスタッフで参加する 246
  - 3. 筆者のチームのパワー 247

## 第4部 ステージアプローチ

### 第1章 実践医療 ..... 250

- A. 健常者の認知症予防 250**
  - 1. 生活 250
  - 2. もの忘れ 250
  - 3. 予防のライフスタイル 250

B. MCIステージ	252
C. 軽度認知症	254
1. 生活	254
2. 薬物療法	254
3. 運動	254
4. 家族指導	255
5. 介護保険サービス	255
6. ご近所	255
D. 中等度認知症	257
1. 生活	257
2. 医療	257
3. 介護保険サービス	257
E. 重度認知症	259
1. 生活	259
2. 医療：認知症治療薬の中止	259
3. 医療：抗精神病薬の中止	259
4. 医療：抗痙攣薬の減量・中止	260
5. 介護保険サービス	260
6. 家族	260
F. 終末期	261
1. 生活	261
2. 医療	261
3. 看取り	261
[臨床メモ] 口から食べるための経管栄養(PEG)	262
G. 発症年齢(年代)を考慮した医療	264

## 第2章 基盤知識 ..... 265

A. 進行過程	265
B. 終末期ケア	268
1. アルツハイマー型認知症は高齢者の重要な死因	268
2. 診断後の生存期間は約10年	268
3. 多くの人が望まないPEG	268
4. 看取りの判断〈イベントとトレンド〉	269

## 第5部 地域連携

### 第1章 実践医療 ..... 276

A. 地域のリソース	276
------------	-----



1. 認知症疾患医療センターを活用	276
2. 地域包括支援センター	276
3. 認知症初期集中支援チーム	276
4. 認知症の人と家族の会	276
5. 認知症カフェ(オレンジカフェ)	277
6. 行方不明	277
7. 地域資源マップ	277
8. インフォーマルサービス	277
[臨床メモ] 高齢者の居場所づくり「近隣大家族」	278
<b>B. 介護保険サービスの利用</b>	279
1. 主治医意見書	279
2. 訪問調査への対応	279
3. 介護支援専門員(ケアマネジャー)	280
[臨床メモ] ケアマネジャーの困った行動	280
<b>C. 成年後見制度と日常生活自立支援事業</b>	281
[臨床メモ] 成年後見監督人体験記	282
<b>第2章 基盤知識</b>	283
<b>A. オレンジプランと新オレンジプラン</b>	283
1. 認知症疾患医療センター	283
2. 認知症初期集中支援チーム	283
3. かかりつけ医認知症対応力向上研修と認知症サポート医	287
4. 認知症カフェ(オレンジカフェ)	287
5. SOSネットワーク	287
6. 認知症ケアパスと地域資源マップ	288
7. コールセンター	288
最後に	291
あとがき	293
索引	295
巻末資料	301