

本人の心が表出されたサインへの気づきからケアが始まる

良いケアを考える会
2026.10.9

群馬大学 名誉教授
ケアする病院ネットワーク・監事



19:45~20:30

山口晴保

神経病理(院)
→神経内科
→リハ医(PT・OT)
→認知症ケア

COI開示

該当項目はありません

山口晴保研究室

これまでの著作・評価用紙など
<https://www.yamaguchi-lab.net/>

本日の発表PDF掲載



ケアする病院ネットワーク: ケアするとは

私たちは、「QOLを高める全人的医療ケア ~ それは単なる感情や行為ではなく、相手の人生に寄り添い、その人が自分自身であり続けることを支援する過程です。たとえ意思の表明が困難な状況でも、その人らしさや内なる願いを丁寧に探り、尊重しようとする姿勢が求められます。これは一方向的な施しではなく、ケアする側も同時に成長していく相互的な関係性であり、これこそが、私たちの考えるあるべきケアです。」

- ① **人として尊敬し支援するケア**: 患者さんを単なる"病人"としてではなく、ひとりの人として尊敬し、治療とケアのあらゆる場面で、その人の意思形成・決定・表明・実現を支援する
- ② **その人に合わせたケア**: その人をできる限り理解し、その患者さんにとっての適切な医療だけでなく、個別のニーズや人生に合わせたケアを提供する。
- ③ **生活の質を重視するケア**: 生活環境への配慮、精神的安心を含む包括的支援によって、身体拘束の最小化や患者さんが「今日も幸せだった」と感じられる病棟生活を支援する

視点	良いケア・望むケア	良くないケア・陥りがちなケア
患者の意思	意思を確認し、形成・表明を支援する	意思を無視、あるいは表明させない
ケアの柔軟性	状況に応じた柔軟な対応(観察・調整)	決まった手順のみで一方向的に実施
まなざし	優しく目を合わせ、存在を尊重	無表情で目を合わせず業務に集中
もてなし	適度でさりげない配慮	無関心または過剰なサービス
QOL	幸福感・気持ちを大切に	生活の質に無関心、医学的問題のみ注視
拘束・抑制	対話・環境調整で拘束を予防	拘束や薬剤を当然視し対話しない
態度	共に良くなろうとする協働姿勢	面倒な作業として早く終わらせる
関係性	対等な人として接し、笑顔を交わす	指示命令に従わせる上下関係が前提 ²

ICD-11での認知症の考え方

↑ 死因・罹患率統計のための国際疾病分類11版

2018年6月WHO発表
2022年1月発効
2026年厚労省 訳

一般名称	ICD-11 カテゴリー	
	6 精神・行動又は神経 発達の疾患群	8 神経系の疾患 <原因疾患>
アルツハイマー型認知症	6D80アルツハイマー病による認知症(早発性、晩発性、脳血管疾患との混合型、他の混合型)	8A20アルツハイマー病 アルツハイマー型認知症の原因疾患
レビー小体型認知症	6D82レヴィ小体病による認知症	8A22レヴィ小体病
前頭側頭型認知症	6D83前頭側頭型認知症	8A23前頭側頭葉変性症
血管性認知症	6D81脳血管疾患による認知症	8BXX脳血管疾患
正常圧水頭症	6D85.6正常圧水頭症による認知症	8D64.D4正常圧水頭症

ダブルコーディング アルツハイマー型認知症では 6D80/8A20

3

認知症チェック 山口キツネ・ハト模倣テスト



キツネの正答



ハトの提示



3歳児の誤答

マニュアルは
山口晴保研究室
ウェブ掲載



ハトの正答



ハトの誤答(両手掌が外向き)
アルツハイマー型認知症に多い



ハトの誤答(親指の形が違う)
レビー小体型認知症に多い

第三者視点取得 メンタライゼーション

三つの山の立体模型を用意



課題

- 1) 正面の椅子に腰掛ける
- 2) 立体模型を正面から見る
- 3) 反対から見たらどのように見えるか
提示された写真から選ぶ(描く)

三年生の正解: 22% (8~9歳)

四年生の正解: 37% (9~10歳)



他者視点は
9歳頃に獲得

サイト: 空間認識の自己中心性はどう発達するか

<http://www1.s2.starcat.ne.jp/ryokichi/sub2%20htm%20docu/sub2-5.htm>

名古屋市立鶴舞小学校
伊藤亮吉先生の研究
2001年4月18日

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

もの忘れ+自覚ほぼ無しのBさん(認知症)

対応策を取れない

盗られないようにと通帳を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

山口晴保©

6

認知症初期症状11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

アルツハイマー病(AD)では本人のチェックが家族よりも少ない
うつでは本人のチェックが家族のチェックよりも多い

本人と家族が、同じ11項目にチェックすると

MCI 軽度AD うつ 3項目以上で認知症疑い、4項目以上で強い疑い

本人	家族	本人	家族	本人	家族	項目
○	○		○	○		同じことを何回も話したり、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、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

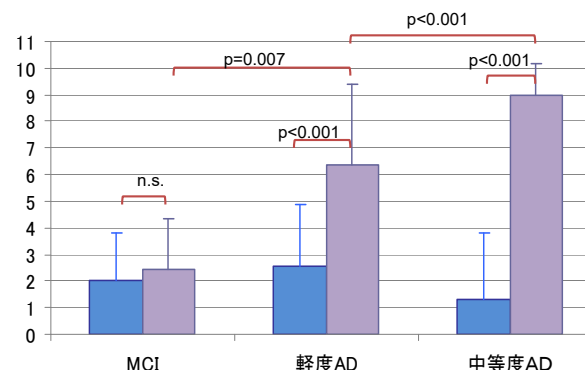
山口晴保研究室のホームページからダウンロード可能

<http://yamaguchi-lab.net/>へ移転

7
山口晴保©

認知症初期症状11項目質問票SED-11Q

107ペアでの解析
SED-11Qの介護者—本人間のずれ
(大きいほど病識が欠損)



認知症が進行すると認知障害の自覚(病識)が低下して、介護者評価との解離が大きくなるが、不完全な病識(病感)はある。

11項目の簡便なSED-11Qで病識欠損の評価ができる

この結果を家族教育に活かして、

BPSDや介護負担が減るかどうかを研究中

8

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

病識保持事例と病識低下事例の比較

認知症初期症状質問票SED-11Qの評価の乖離から病識を評価

	病識保持	病識低下
障害の自覚	自覚あり	自覚に乏しく、できるという自信あり
ケア	受け入れる	拒否：受診、服薬支援、免許返納など
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
タイプ	レヴィ小体型、血管性	アルツハイマー型、行動障害型前頭側頭型

病識は有無ではなく、グラデーション

◎ 介護者が病識低下度を理解して、BPSDを予防することが大切
失敗や、できないことを指摘しない

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(4版)．協同医書出版，2023

9

認知症の人に内在する偏見・差別

～明治時代 呉秀三 2004年12月～ 2024年1月施行
癡狂・癡癲 → 癡呆 → 認知症 → 基本法
狂の一種・きちがひ 老耄性癡呆 自己決定・共生

認知症の人が「私は精神障害と言われたくない」と言いました
皆さんは、どう思う？

山口：これって、認知症の人による精神障害者の差別では？
認知症の人自身が、偉い順に健常 > 認知症 > 精神障害
という偏見(ヒエラルキー・階層)を持っている

キチガイ→違いを許さない日本社会
その閉鎖社会の中で順位づけを行う日本社会
賢い>バカ
みんな違ってみんなイイの欧州

山口晴保
編集

10

偏見：バカ/劣る vs 賢い/優れる

	脳卒中片麻痺	認知症
代表的な不自由	片手が動かない	生活管理ができない
見た目	麻痺が見て取れる	見た目ではわからない
他者の蔑視	なし(バカにされない)	あり(バカにされる)
杖	歩行には杖が必要	生活には人間杖が必要

認知症は、恥ずかしい？ ……内なる偏見
日本人に小学校から植え付けられた認知機能の神格化
普通に見える人が失敗すると→バカと評価
小学1年生が失敗すると→バカとは言わない

高齢者

バカとか賢いとかどうでもいいーという価値感＝超越
他者の目はどうでもいい
自分の生きたいように生きる → ポジティブライフ
人にはそれぞれの価値感がある みんな違って、みんないい

11

認知症カフェ おれんじドア from 2015.5

皆さんが笑顔で前向きになってもらうために、最初の一步
を踏み出し、不安な気持ちから逃れて、明るい未来への
人生の再構築をするためのドア<居場所でなく入り口>

私は思いきって病気(認知症)をオープンにしました。結
果的にオープンにしても、偏見を感じることはほとんどな
いし、逆にサポートしてくれる人たち(パートナー)がたく
さんできました。…偏見は自分自身の中にあるのだ。
踏み出したことで私の人生が変わり、多くの人と知り合
い、私の気持ちが「不安」から「安心」へと変わりました。

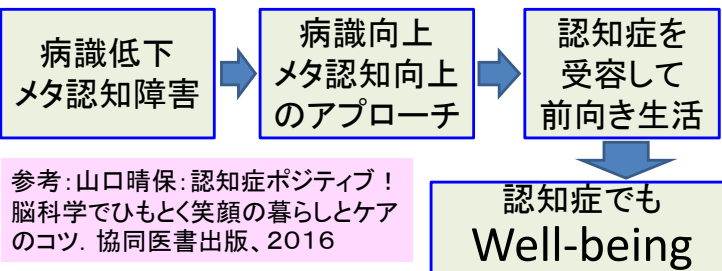
丹野智文：丹野智文笑顔で生きる～認知症とともに．文藝春秋、2017

12

提案 物忘れ外来はポジティブに

初診時：アルツハイマー型認知症と診断がついたので、
本人へ：今日から堂々と物忘れできます（恥ではない！）
家族へ：物忘れする病気なので、本人を咎めないでください
注意しても治りません。忘れることは、あきらめましょう
そして、**まだまだできることに目を向けましょう**
できたことを一緒に喜んでください。感謝を伝えましょう
本人へ：これで安心ですね。これからの人生を楽しんでください
認知症を受け入れると、周囲の支援で幸せに暮らせます

言い訳：ワンストップ外来（1回のみで再診無し）なので、全部話す
終了時：感謝を伝え、笑顔で帰ってもらう



パレイドリア：サル？？



モンキー・オーキッド

<https://www.pinterest.jp/pin/573434965027278910/>

認知症基本法

2023.6.14成立 2024年1月施行

共生社会の実現を推進するための認知症基本法

認知症の人が尊厳を保持し希望を持って暮らせるよう、認知症施策を推進 「共生社会」を実現することを目的

2. 基本理念 ①～⑦

今は 実現していない

- ① **全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。**
- ④ **認知症の人の意向を十分に尊重**しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。

◎認知症本人の意思を尊重・尊厳を保持

認知症施策推進基本計画（国） 5年計画

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 に基づき2024年12月策定

前文：認知症の人が、**最期まで自分らしく暮らせる**よう、周囲の人の支えも得ながら、**認知症の人の尊厳を保持できる**

前文：認知症の人ができる限り**これまでの地域生活を継続**

本人の意思を尊重するケア

	自己決定剥奪	自己決定尊重
内服拒否 ドネペジル・レカネマブ	味噌汁に混ぜようか、ヨーグルトに入れるか	本人に理由を尋ね、医師に不可欠な薬か確認
治療開始	家族が決定	本人が決定 拒否権あり
デイサービスの利用拒否	家族が申し込む無理矢理行かせる	本人が希望を出す 楽しく通う
運転免許返納拒否	家族が車の鍵を隠す 家族が車を売る	本人の了解を得る努力をする
受診拒否	だまし討ち（付き添い）	了解を得る
入院	家族が決める	本人が同意する

ネガティブケア → ポジティブケア
これまでの日本 → これからの日本

認知症基本法：認知症本人の意思を尊重

認知症医療・ケアの日欧比較

項目	日本	欧州
認知症の人の意向の尊重	なし	あり
認知症の人に拒否権	なし	あり
医療やケアの決定権	家族	本人
帰宅願望行動	あり→投薬	なし
身体拘束	あり	なし
基本的人権	侵害 成年後見制度	保証
転倒は	事故	自己責任
認知症が死因になる認識	無し	あり
終末期の経管栄養・点滴*	あり	なし

*北欧の医療・介護施設では喀痰吸引無し、酸素無し

宮本礼子、他：認知症になっても私のことは私が決める。中央公論新社、2026

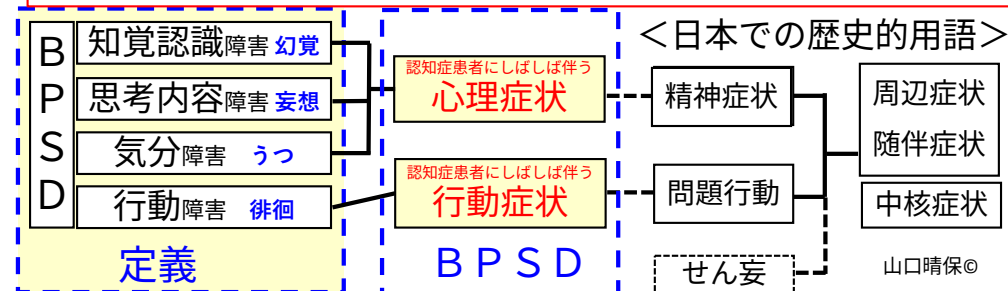
山口晴保
編集

17

BPSDの定義（国際老年医学会）

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。
- ②BPSDは「認知症患者にしばしば生じる、知覚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。



(例) 中等度のアルツハイマー型認知症の人が、同じ質問を繰り返す。これはBPSDか？ →BPSDです

18

BPSDは本人のSOSサイン

本人視点
の本→

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）	真実だという信念
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？

医療の対象は病気・症状 ケアの対象は病気ではなく人
サインへの気づきが第一歩

山口晴保©

他者視点取得・メンタライゼーション → 共感

19

認知症ちえのわnet 奏功確率 妄想

2025年10月25日閲覧

<https://chienowa-net.com/>より

物を盗られる・盗られたと言う	一緒に探す 一緒に探す	30件	93.3%	93%
	話を合わせて安心させる 話を合わせて安心させる	14件	85.7%	86%
	盗まれていることを一緒に確認 一緒に確認	6件	83.3%	83%
物を盗られる・盗られたと言う	本人の話を傾聴する 本人の話を傾聴する	26件	73.1%	73%
	話題を変える 話題を変える	19件	57.9%	58%
	そのようなことはない 説明する そのようなことはない説明	9件	33.3%	33%
	家族が管理していると伝える 家族が管理と伝える	13件	30.8%	31%
	本人の話を聞き、説明する 本人の話を聞き説明	7件	28.6%	29%
	事実ではないということ を論理的に説明する 論理的に説明	8件	12.5%	13%

20

ヒトが怒る時 その対応は？

- * 自分の価値観(「～すべき」)が相手から裏切られた時や理不尽な扱いを受けた時 マイルール、時間、マナー
患者の価値感を知ることがスタート、そして裏切らない患者は病院のルールに従うのが当然という価値感を廃棄
- * ストレスや不安などのネガティブな感情が蓄積した時
ポジティブ感情を増やす(賞賛・感謝・生きがい)、散歩
- * 自分の思い通りに物事が進まない時
今のままで素晴らしいと患者に伝える
- * 自分や大切なものが相手から攻撃・否定されたと感じ、身を守ろうとする時 患者の気持ちを知り・少し共感、仲間だと伝えて、好意的に接する(攻撃を正当としない)

できれば屋外で
セロトニン増加

応用行動分析学: 行動後に次の行動が決まる
怒る→相手が謝罪(好子)→怒る行動の強化
怒る→相手が無視(嫌子)→怒る行動が弱化

山口晴保編集

21

介護拒否と意思決定/拒否権

介護拒否の具体例

- ・声かけしても立ってくれない ・お願いしても着座してもらえない
- ・トイレに入っても下着を下ろしてくれない ・常に不機嫌
- ・おむつ交換させてもらえない ・リハビリを拒否
- ・入浴を承諾したのに風呂場に着いたら「嫌」と拒否

他者はこちらの言うことを聞いてくれない→これが原点
こちらの言うことを聞いてもらったら感謝を伝える→が基本

基本: 拒否権を認める そこがスタート
スタッフが落ち込む必要はない
うまくする工夫が必要/一部は諦めが必要

男性のご利用者様が、風呂上がりに「性器を手で持って丁寧拭き」と女性スタッフに命じる
→毅然とした態度が必要 応じると、その行動が強化されるから

介護スタッフにも拒否権がある

22

介護職向け講演で気づき: 拒否というが

- 1) 健常者に対してはお客様として対応するのがよいと思うが、認知症が進んだ人は、お客様ではなく、仲間・友人・家族として対応するのが良い 対等な互惠性
- 2) 認知機能が子供レベルになった人と仲良しになるコツは、子育てのコツと一緒に(愛着・共同注意) × 子供扱い
- 3) 介護職の命令に従わないと「コミュニケーションがとれない」と感じているが、「視線が合う」「隣に座っていられる」だけでもコミュニケーションがとれている 非言語
- 4) 利用者に「拒否する権利は無い」と勘違いしている介護職のなんと多いことか……
- 5) 介護拒否がデフォルト(スタート地点) 他者(You)が私(I)の言うことを聞き入れないのは当たり前 そこからが始まり まずは仲間(We)の関係性作りから

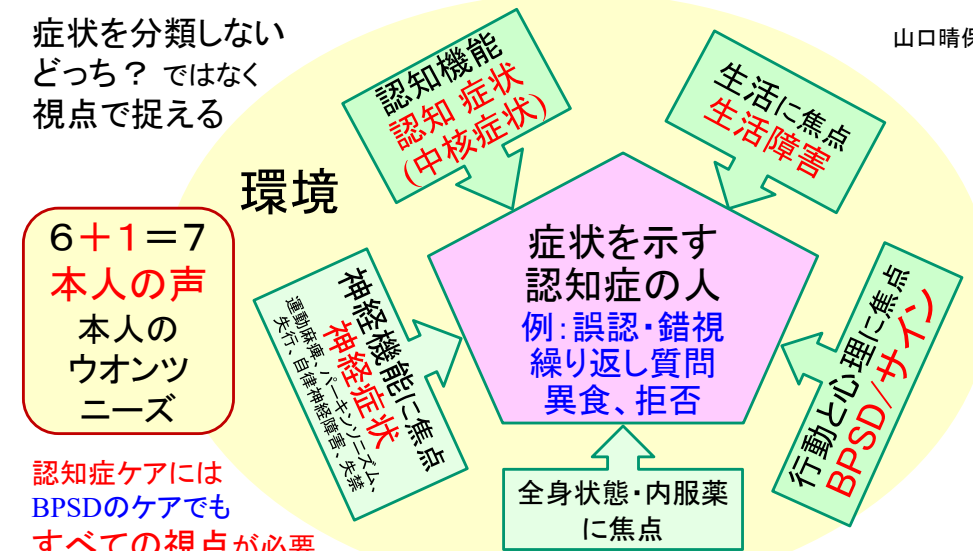
「そんな理想論を言われても、現場には役立たない」という反論 想定しています

23

症状を6+1の視点で捉える BPSDは行動と心理の視点で見た症状に過ぎない

症状を分類しない
どっち？ ではなく
視点で捉える

山口晴保©

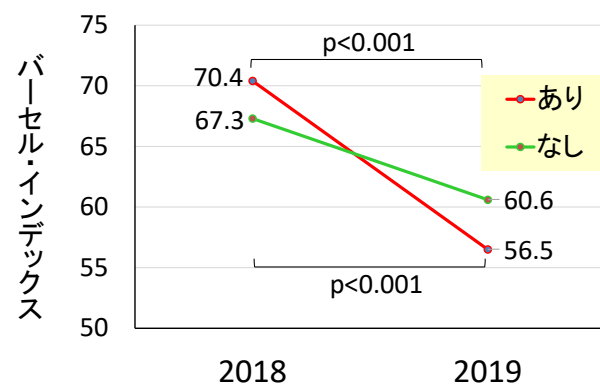


山口晴保、藤生大我: Dementia Japan 35(2):226-240, 2021 (フリーダウンロード)

24

GH継続調査:ADLの変化と抗精神病薬

2018年と2019年でもに抗精神病薬あり群 54名 平均86.5歳 男性15%
2018年と2019年でもに抗精神病薬なし群246名 平均88.4歳 男性16%



両群とも有意に低下

*なし群低下量

6.7点/年

*あり群低下量

13.9点/年

交互作用

F=8.359

P=0.004

両群間で、年齢、性別、重症度に有意差は無いが

抗精神病薬使用群のADL低下量(BI変化量)は
未使用群よりも有意に大きい(約2倍)

藤生大我、他:ADL低下と抗精神病薬投与の関連:認知症グループ
ホーム継続調査から. Dementia Japan 35(2):241-250, 2021

山口晴保◎

25

精神科病棟での拘束具:誤嚥性肺炎↑、深部静脈血栓↑

対象:1,308名の精神科入院患者;拘束群110名、非拘束群1,198名(1病院)
(統合失調症が入院の4割を占める)

対照群との群間比較

	頻度 拘束群vs非拘束群	オッズ比	95%信頼区間
誤嚥性肺炎	15.4% vs 4.3%	OR = 4.1	95%CI: 2.1-7.6
深部静脈血栓	9.3% vs 1.7%	OR = 6.0	95%CI: 2.4-13.9

群内比較 身体拘束群 (n=110)

拘束中vs拘束前後期間の比較

	頻度 拘束中vs拘束前後
誤嚥性肺炎	15.4% vs 7.4%
深部静脈血栓	9.3% vs 1.6%

➡2倍増

➡6倍増

対象者は認知症ではなく
精神疾患だが、身体拘束
で誤嚥性肺炎と深部静脈
血栓が確実に増えることを
示した貴重な研究論文
(山口コメント)

山口晴保編集

Funayama M, et al: Psychiatric inpatients subjected to physical restraint
have a higher risk of deep vein thrombosis and aspiration pneumonia.
General Hospital Psychiatry 62:1-5, 2020

26

「身体拘束最小化」を実現した松沢病院長 齋藤正彦が病院経営者としてコミットしたこと

図3 2011~2019年度の身体拘束数(1日当たりの平均人数)推移(年間平均)



「身体拘束最小化」を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開. 医学書院、2020

27

「身体拘束最小化」を実現した松沢病院の 方法とプロセスを全公開 齋藤正彦

麻痺していた倫理観を覚醒させる

精神科病棟における患者の意思に反した隔離・拘束は、患者自身を守るため、
患者の暴力から職員の身を守るため、あるいは離院等の事故を防ぐために
行われる。したがって、行動制限の大部分は「治療者側の論理」で正当化され
る。しかしこれを患者の側から見たらどうだろう。あらゆる行動制限は、その意
味を理解しない患者にとって、極めて不合理な心的外傷に他ならない。
精神保健福祉法による行動制限の手続きは、患者の人権を守るための規定
と考えられている。しかし一方で、正しい手続きを踏んでいるということ、定時
の観察記録を診療録に残しているということが、行動制限をする側が本来感
じるべきためらいを薄め、私たちの倫理観を麻痺させている。
松沢病院の行動制限最小化は、麻痺していた私たちの倫理観を覚醒させ、
1人の人として患者を遇するという精神医療の基本中の基本を思い出させるも
の、そして患者を傷つけない精神医療の実践を目指すものであった。

→医療者の視点から、本人視点(極めて不合理な心的外傷を受けている)へ
の転換を明確にしている。そして、医療者の麻痺した倫理観を覚醒させる

28

「身体拘束最小化」を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開 齋藤正彦

病院経営者として(齋藤院長が)コミットしたこと

① 事故のリスクを管理する

…専従リスクマネージャーに求められる役目は、事故が起こった時に張り切って調査に入り、責任を追及することではない。何もないときにIAレポートを集め、分析し、大きな事故の兆しを察知し、それを避けることである。

② 自分たちの仕事を評価される機会を積極的につくる

- * 患者への退院時アンケートで隔離・拘束の有無を尋ね、有の場合は自由記載で感想を求めた。→本人の感じた苦痛を医療者が知ることの効果
- * 「面会に来られた家族を可能な限り病棟内に導く」、また、「院外からの研修、見学等を積極的に受け入れる」。看護労力の絶対的な不足という日本の精神医療の実情を知ってもらうことも→家族の目が入る効果
- * 「第三者評価制度を導入」。→外部委員との議論も大切
- * 学会発表、論文、講演、ホームページ、その他のメディアを通じて「病院が情報を発信すること」にも努めてきた。



29

「身体拘束最小化」を実現した松沢 齋藤正彦が病院経営者としてコミットしたこと

③ 患者の声を聴く工夫

患者とのコミュニケーションを深めるため、「診察室やナースステーションから出よ」「拘束した患者のそばに座って患者の罵声を聴け」という目標を掲げた。些細なことでも、患者からの問いかけには、看護ステーションを出て向き合って話そうという意味である。ナースステーションのモニターを通じて隔離室で拘束されている患者を観察し、マイクで患者に話しかけていては、患者の痛みがわからない。拘束された患者のそばにいて、罵声を浴び、つばを吐きかけられなければ拘束された人の気持ちはわからない。興奮する患者を多人数で押さえ込み、拘束して薬で鎮静するというプロセスに、ふと、これでよかったのだろうかと心によぎる不安や揺らぎが、私たちの臨床を強いものにする。

→精神科病院のスタッフルームは鍵のかかるドアで仕切られている。スタッフは患者から手の届かないところで安全に(皮肉)仕事をしている。その人たちをスタッフルームから追いだして入院患者に寄り添わせたいのは、相当な困難だったろう。「拘束された患者のそばにいて、罵声を浴び、つばを吐きかけられなければ拘束された人の気持ちはわからない」とまでは、山口は言えない。

「身体拘束最小化」を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開. 医学書院、2020 30

「身体拘束最小化」を実現した松沢 治療の開始時に身体拘束しないことが、平均在院日数も下げる

図1 松沢病院の1日あたり身体拘束数と退院患者の平均入院期間



暴力行為があって入院に至るケースが多々あります。このような状態で身体拘束を行うと、入院初期のラポール(良好な治療関係の構築)を妨げてしまうことになります。

→身体拘束しないことで、入院時から良い関係性が構築され、その後もスタッフがスタッフルームにいないで患者に寄り添い、患者の声を聴くことで、在院日数が減る。デイルームには看護師が常駐して転倒事故防止の監視をしながら寄り添う24時間体制を作っている

「身体拘束最小化」を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開. 医学書院、2020

31

身体拘束についての法解釈のあいまいさ 「安全帯」も「安全ベルト」も患者にとっては「拘束」

行動制限の法的根拠は「精神保健福祉法第36条、第37条」(1988年)。「告示130号」(1988年)に身体拘束の基本的考え方、対象者、遵守事項等が定められています。厚生省精神保健福祉課から2000年7月31日「精神保健福祉法改正に関する疑義照会に対する回答」が出された。そして次に示す3つは「指定医の指示が必要な行動制限とはしない」と回答された。(山口編集)

- ① 車椅子移動の際の転落防止を目的とした安全ベルトによる固定
 - ② 就寝時にベッドから転落を防止するための短時間の身体固定
 - ③ 身体疾患に対する治療行為としての一時的な点滴中の固定
- ①が重要。車椅子にY字型拘束帯で指定医の許可なく拘束しているのは「移動時のみ」。そもそも車椅子は移動手段であって、長い時間座る椅子ではない

「拘束」「固定」「抑制」「安全帯」など、言葉は違いますが、実施していることは同じ患者さんの身体を制限する言葉に自分たちの“都合のよい”解釈をつけていないでしょうか？ 患者さんに対する不利益を“真摯に”受け止めているのでしょうか？

「身体拘束最小化」を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開. 医学書院、2020

32

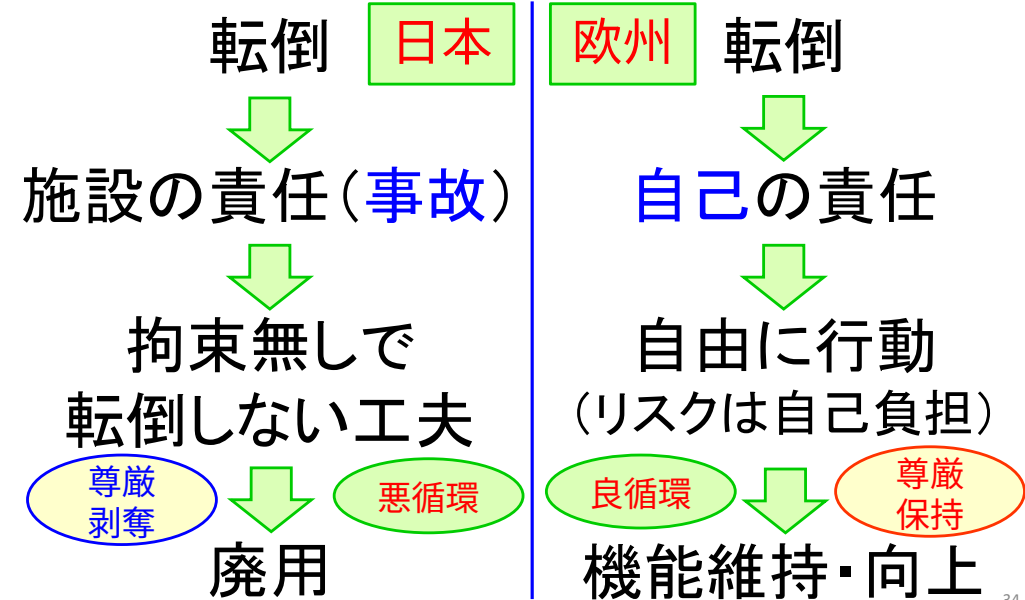
「身体拘束最小化」を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開 齋藤正彦語録

僕は、患者さんを人として尊重することが大事なのであって、だとしたら縛るのは論外だということです。入院したら拘束されると思えば、いくら困っても入院しようとは思わない。だけど、入院しても人として尊重された経験があれば、何かあった時にはまた病院に行こうと考えます。それがひいては精神障害を持つ人の長期予後を改善するのだと思います。

→心ある精神科医が増えることを願っている
麻痺していた倫理観を覚醒させる

「身体拘束最小化」を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開. 医学書院、2020 33

国民の常識を変える



34

脳活性化リハビリテーション5原則



脳活性化リハビリテーション施行の5原則

- * 快刺激 → 笑顔とやる気
- * 褒め合う(感謝) → やる気
- * 双方向コミュニケーション → 安心
- * 役割を演じる → 生きがいと尊厳
- * 失敗を防ぐ支援 → 自信とやる気

認知症ポジティブ

前向きに
意欲的に
安心して
楽しく
生きる支援

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. 4版、協同医書, 2023

ウェブサイトは 山上徹也: 脳活性化リハビリテーションの5原則 - 群馬大学 山上徹也研究室 (jimdoofree.com)

脳活性化リハ5原則
YouTubeで解説動画
「山口晴保」で検索
漫才形式で楽しく紹介
前半7分間

ユーチューバーデビュー!

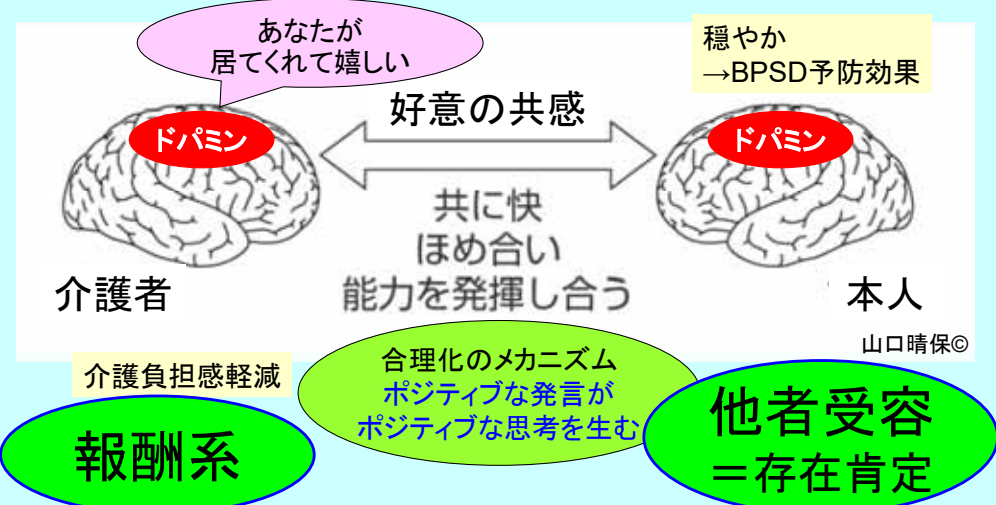


もうすぐ4版発売

35

ほめ愛効果: 共に快・やる気アップ

浄土真宗→「南無阿弥陀仏」を唱える→救われる
ケア宗山口派→「あなたが居てくれて嬉しい」→救われる?

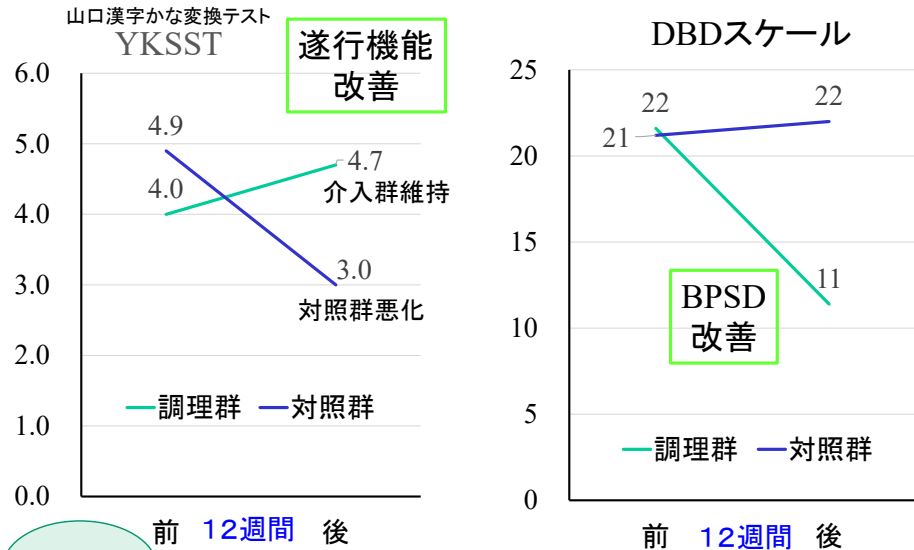


山口晴保: 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント. 第4版、協同医書出版社, 2023.

36

老健施設の調理プログラム介入

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)



RCT

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

37

タイムカードで出勤気分(城東病院デイケア)



デイへの通所を休みがちの3名に導入
自身で打刻し、デイケアの一員だと実感する
同時に役割・仕事(簡単な作業)を提供
参加意欲が高まり、休むことが減った

中澤祐介(介護福祉士/理学療法士)談:タイムカード導入によって、デイケアでの自身の役割を見出し、そこには自分が必要な存在であると、感じてもらえる効果がみられました。

佐藤仁美院長談:役割を持つことで、体が元気になる(栄養、身体機能も向上)、ニコニコしている、生活リズムができて、本人も不安な要素が減っているなどの効果がみられました。

山口晴保編集

慶友会 城東病院 (山梨県甲府市) 2026年4月スタッフ撮影

38

口癖の法則

日頃からネガティブな言葉を口にしているとネガティブ思考となり、ポジティブな言葉を口にしていると前向きになれて、人生が豊かになる

理由:①脳は単純だから

②「幸せ」は脳が作り出す幻想だから

∴脳がときめく言葉を送り続ける(言語化→発語/筆記)
利他行為や社会のため・自己の成長・夢を語る口癖で
幸運を呼び込める⇒Well-being

茂木健一郎:茂木健一郎の脳がときめく言葉の魔法:幸運は脳が連れてくる!、かんき出版、2014

山口晴保
編集

アンミカの呪文: Happy, Lucky, Love, Smile, Peace, Dream

39

脳は単純: 実習

脳は単純。口に出したことを正当化します。
理由の後付けです。

実習1: 鏡の前で笑顔を作る
「いい笑顔だね」と言う
すると楽しくなる

山口晴保
編集

実習2: ガッツポーズで
「頑張るぞ」と発声
するとやる気が出る

だから<ポジティブケア>が○ 指さし笑い

山口晴保©

40

認知行動療法で不安をストップ

言語と動作で1セット:ストップの動作で、
不安をストップしようと脳が働く



ストップ!
今は考えない
後にしよう

脳は
簡単にだまされる
ガッツポーズ
↓
元気が出る

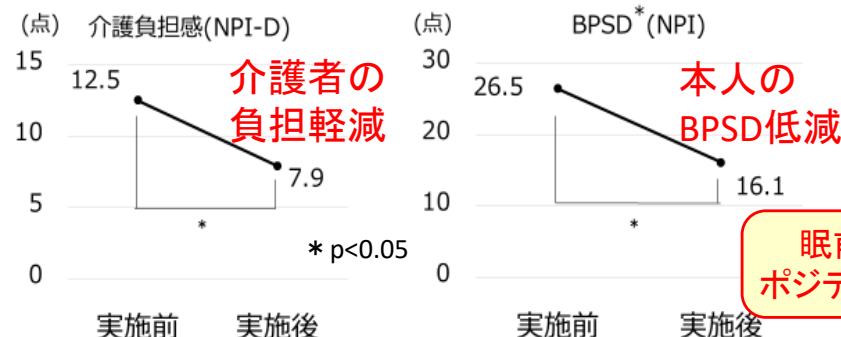
Chat GPT

41

ポジティブ日記の効果

眠前が有効

- ① その日にあった **3つの良いこと** を思い出して書き出しましょう。
- ② それぞれの理由を考えて **自分をほめるよう** に書いてみましょう。



眠前に
ポジティブ!

認知症家族介護者10名がポジティブ日記を4週間実施し
介護負担感(特にうつ)とBPSD(特に妄想)が減った。

ポジティブ日記はここからダウンロード可能↓
<https://htt-ponkitiger.wixsite.com/ponkitin/blank-4>

山口晴保©

42

藤生大我、山上徹也、山口晴保：認知症ケア学会誌 16(4):779-790, 2018

Well-being理論 PERMAモデル

Seligman (2011) 持続的幸福 flourish

脳活性化
リハ5原則

Well-beingな
人生の5要素
Meaningful lifeを

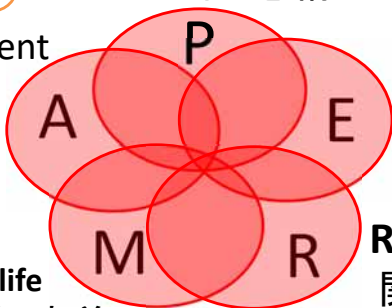
脳活5: 快刺激/笑顔
P: positive emotion
ポジティブ感情

A: achievement
達成
脳活5: 失敗回避支援
エラーレス

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

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



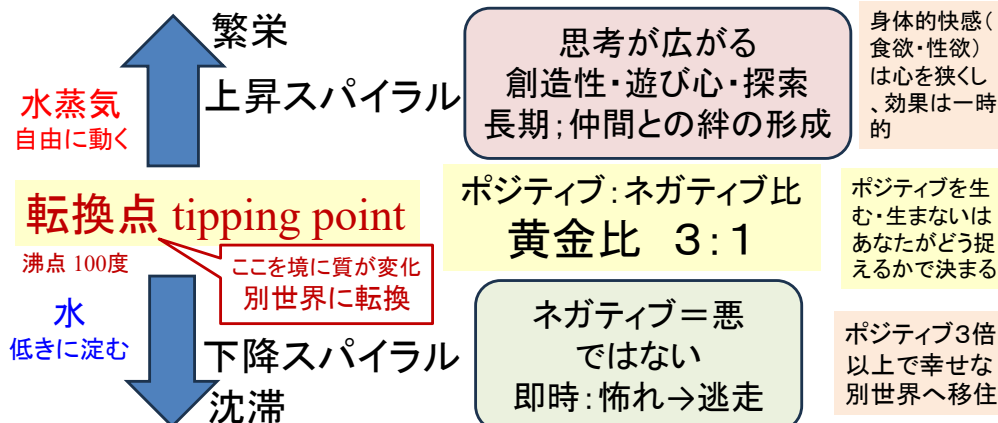
脳活5: 脳活性化リハビリテーション5原則 (山口晴保&山上徹也)

43

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

ポジティブ: ネガティブ=3:1が境界

自分の人生と自分の周りの世界をよい方向に変
化させる能力「ポジティブティイー」が誰にもある
ポジティブティイーは「枯れない泉」である
ポジティブティイーは人生の成功を生み出す



フレデリクソン B: ポジティブな人だけがうまくいく3:1の法則. 日本実業出版社, 2010

44

認知症でも 私のことは私が決める ～日本の不自由と スウェーデンの自由 認知症の人の意思の尊重とは？ 北欧との対比から知る

日本	スウェーデン
認知症は恐ろしい病気	新しい人生の始まり
超高齢患者の4割に認知症の薬	薬より生活の質を重視
終末期に人工栄養で延命	枯れるように静かに逝く
安全第一で施設に施設	リスクがあっても自由に
介護で家族が犠牲になる	家族に介護の義務はない

宮本礼子 医師
長谷川佑子 スウェーデン在住看護師
山口晴保
中央公論新社
2026年9月18日出版
2,035円



講師 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年に神経内科に入局し、アルツハイマー病の研究を開始。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。2016年10月～2023年6月認知症介護研究・研修東京センター・センター長。
日本認知症学会・名誉会員、認知症専門医
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」、2023－2025年Eテレ「ようこそ 認知症世界へ」などに出演

「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント」(4版)協同医書出版、2023

「認知症ケアの達人をめざす－予兆に気づきBPSDを予防して効果を見える化しよう」協同医書出版、2021

「認知症予防」(3版) 協同医書出版、2020

「楽になる認知症ケアのコツ」改訂版、技術評論社、2025

「認知症の本人・家族の困りごとを解決する医療・介護連携の秘訣～初期集中支援チームの実践20事例に学ぶ」協同医書出版、2017 (事例中心)

「紙とペンでできる認知症診療術」協同医書出版、2016(医療職向)

「認知症ケアに活かすコミュニケーションの脳科学20講:人のつながりを支える脳のしくみ」協同医書出版、2023

「楽になる認知症ケアのコツ」協同医書出版、2019(一般)

「認知症ポジティブ! 脳科学でひもとく笑顔の暮らしとケアのコツ」協同医書出版、2019(一般)

- 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」(4版) 協同医書出版、2023
- 山口晴保「紙とペンでできる認知症診療術」協同医書出版、2016
- 「楽になる認知症ケアのコツ」改訂版、技術評論社、2025
- 山口晴保「認知症予防」(3版) 協同医書出版、2020
- 前橋市認知症初期集中支援チーム:「認知症の本人・家族の困りごとを解決する医療・介護連携の秘訣～初期集中支援チームの実践20事例に学ぶ」協同医書出版、2017
- 山口晴保:「認知症ポジティブ! 脳科学でひもとく笑顔の暮らしとケアのコツ」 協同医書出版、2019
- 山口晴保他「認知症の人の主観に迫る」協同医書出版、2020
- 山口晴保他「認知症ケアの達人をめざす－予兆に気づきBPSDを予防して効果を見える化しよう-、協同医書出版、2021
- 虫明・山口「認知症ケアに活かすコミュニケーションの脳科学20講:人のつながりを支える脳のしくみ」、協同医書出版、2023
- 宮本礼子、長谷川佑子、山口晴保:認知症でも私のことは私が決める. 中央公論新社、2026