

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル

<医療用>



日本認知症学会

令和6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分）（区分番号）第82
認知症の背景疾患等の実態ならびに専門的対応マニュアルに関する調査研究事業

目次

はじめに	1
I. 認知症の人への医療	2
1. せん妄	2
2. 代表的な症状（BPSD）への対応	4
1) いらいら・興奮などへの対応	4
2) 幻覚・妄想への対応	6
3) うろうろと歩き回る事への対応	8
4) アパシー（意欲の低下・無関心）や抑うつへの対応	9
5) 不眠への対応	10
6) 排泄の問題への対応	10
3. 認知症の治療薬の使い方（プライマリケア医向け）	11
1) 興奮性の BPSD を鎮める抗精神病薬	12
2) 穏やかな抑制作用の抑肝散	15
3) 認知機能を高める薬剤	16
4) 抗うつ薬と抗不安薬	17
5) 抗てんかん薬（気分安定薬）	17
6) その他	18
4. 認知症を疑う徴候	18
5. 偽性認知症：認知症の症状を示すが回復可能で認知症ではない	19
II. 認知症の人の環境調整	20
1. ストレスをなくす環境調整	20
2. 混乱をなくす環境調整	21
3. うろうろと歩き回る事への環境調整	22
III. 家族介護者への支援	23
1. 家族介護者の不安	23
2. 相談役	24
IV. ケアスタッフへの心理サポート	24
V. お役立ち情報	26

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル<医療用> 日本認知症学会被災者支援マニュアル作成ワーキンググループ編

はじめに

このマニュアルは医療用です。被災され、避難所などで生活されている認知症の人と家族を支援するために、令和6年度老人保健健康増進等事業に於いて専門家が知恵を出し合い、現地で認知症医療に携わる医師や看護師など医療職の活動に役立つことを目標にして作られています。

マズローの欲求段階を基に人間の欲求を示すと、まず、「寝る場所と食べ物の確保」、次に「健康状態の保持」、そして次の段階が「仲間がいて安心して過ごせること」、そしてさらに「役割があり他者に認められること」、そして最上の段階が「自己実現」です。

このマニュアルでは寝る場所や寝具、および食べ物や水が確保されていることを前提にしています。認知症の人と家族がぐっすり眠れて充分食べられる環境が先決です。その上で、健康状態を維持する医療が提供され、認知症の人と家族が安心して生活し、役割と生き甲斐を持って生活できることを支援する“実践的な”医療マニュアルであることをめざしています。したがって、エビデンスに基づく標準的な医療ガイドラインではありません。

なお、本マニュアルは、被災現場での、認知症を専門としない医療職向けアドバイスを載せたものです。薬剤の処方に関しては、医師を対象としています。最終的な判断は、現場で認知症の人を直接診ている医師等に委ねます。

I. 認知症の人への医療

認知症の症状には、記憶障害、見当識障害（日にちや時間、場所などがわからない）や実行機能障害（段取りができない、手順がわからない）などの認知機能障害だけでなく、不眠、焦燥（いらいら）、幻覚、妄想といった種々の行動・心理症状（BPSD）【Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia】があります。被災地の現場では、認知機能を改善するための医療よりも、BPSD で困っている認知症の人や家族などにとって必要な医療を提供することが中心になると思います。また、認知症には「せん妄」がしばしば合併します。認知症の症状が急速に悪化したときは、せん妄の有無を見分けることが重要です。せん妄では、身体疾患が背景に隠れている場合があります、それに対する適切な医療・ケアで良くなることも多いからです。

そこで、このマニュアルは、せん妄と BPSD の治療を中心に記載しています。

1. せん妄

せん妄は、軽度の意識障害に精神活動興奮（まれに低下）を伴う状態です。ぼーっとして、反応が鈍く、会話にまとまりがない、何かに取り憑かれたような表情をしている、幻覚や妄想が認められる、動き回るなど無目的な行動を繰り返す、あるいは逆に急に食事を摂らなくなる、話をせずにじっとしているなど精神活動の低下を示す、といった様々な形を取る場合があります。

- * 認知症の人は、体調や環境のわずかな変化でもせん妄を引き起こしやすいという特徴を持っています。認知症の症状が急速に悪化したときは、まずせん妄の合併を疑う必要があります。

- * 被災による環境の変化や心理的不安そのものでもせん妄は生じます。温かく、安心できる環境設定が望まれるのは言うまでもありません。声をかけるだけで落ち着くこともあるので、優しい声かけをお願いします。
- * せん妄の誘因には、脱水や発熱、疼痛、便秘などがあります。このような全身状態のチェックをすることが大切です。ただし、認知症の人は、自分からは症状を訴えないことも多いので、「元気がない、食欲がない、お腹が張っている」などの様子がみられた時は要注意です。水分摂取量、食事摂取量、排便回数、体温のチェックが必須です。認知症の人は、夜寝られずに日中うとうとすることで昼夜逆転、さらに夜間せん妄に移行することが少なくありません。避難所など集団生活では睡眠の確保は難しいのですが、可能な限り夜間の睡眠時間を確保したいものです。
- * 誘因となる疾患：感染症（インフルエンザ、COVID-19（コロナ）、肺炎、尿路感染症、感染性胃腸炎など）、代謝障害（肝障害、腎障害など）、心不全、呼吸不全などでもせん妄を生じやすくなります。こうした疾患の有無のチェックも大切です。
- * 薬剤性のせん妄：抗コリン作用の強い薬剤（トリヘキシフェニジル《アーテン®等》、ソリフェナジン《ベシケア®等》；ほかにも頻尿・過活動性膀胱治療薬には抗コリン作用が強い薬剤が多い）、ブチルスコポラミン《ブスコパン®等》）や、抗不安薬、睡眠薬（ベンゾジアゼピン系薬剤・非ベンゾジアゼピン系薬剤）、三環系抗うつ薬、オピオイドを含む鎮痛薬、H2 ブロッカー、抗ヒスタミン剤などだけでなく、多くの薬剤がせん妄の引き金になる可能性があります。服薬状況をチェックしましょう。
- * せん妄の薬物療法：必要な場合は、夜間せん妄であればレンボレキサント（デエビゴ®）、スボレキサント（ベルソムラ®）等のオ

レキシン受容体拮抗薬を、またトラゾドン（レスリン®等）やミアンセリン（テトラミド®等）等を試みてもいいでしょう。これらの薬剤が無効な場合は、少量の非定型抗精神病薬が使われます。注意深く使う必要があるので、「認知症の治療薬の使い方」（11ページ）を参照してください。抑肝散も、せん妄が始まる前に一包（2.5g）内服すると有効なケースがあります。

- * 重度で興奮状態が収まらず、自傷・他害の危険性がある場合は、専門の医師に紹介しましょう。
- * 意識障害が徐々に進行する場合は、慢性硬膜下血腫などが隠れている可能性もありますので、精査が必要です。

2. 代表的な症状（BPSD）への対応

BPSD は、環境やケア、健康状態、心理状態などの影響を強く受けますので、薬物投与以上に、適切なケアや環境調整、健康チェックが大切です。BPSD が出現してからの対応では、徘徊の場合など、なかなか解決策が見いだせないことも多いです。BPSD を出現させない介護者教育や環境調整（尊厳を守り安心を与えるケア）が何よりも大切です（BPSD の予防）。不眠が続くときや、暴力行為や暴言、不安症状などの兆しがみられる段階で、迅速な対応を心がけ、それ以上の悪化を防ぎましょう。

1) いらいら・興奮などへの対応

- * 認知症の人が示す症状には意味があり、その理由があるはずです。その人の立場になって、その理由を考えてみる、そこに解決の糸口があります。興奮しているから、抗精神病薬で抑えようと考える前に、優しい態度で接し、その人の気持ちを探して下さい。そしていらいらの原因を取り除くことで、興奮が治まる可能性が

ります。本人や介護者に身体的な危険性がなく周囲が許容できるときには、好きなように怒ってもらうのも一つの方法です。自分の思いをはき出すことで、その後、精神的な安定が得られるかもしれません。そのとき、一緒になって怒らずに、その思いを受け止めてあげましょう。

- * せん妄に伴う興奮の場合は、せん妄の誘因を除去するとともに、せん妄の治療も必要になります。
- * アルツハイマー型認知症と診断されて投薬を受けていると、ドネペジル（アリセプト® アリドネパッチ® 等）、ガランタミン（レミニール®）、リバスチグミン貼付薬（イクセロン®・リバスタッチ® 等）が処方されていることが多いと思います。この場合はドネペジル等の減量～中止を試みるのも一つの方法です。ドネペジルは半減期が3日と長い薬剤ですので、3日間程度中止し、落ち着けば、その後半量投与かそのまま中止するか判断します。ドネペジル等は、認知機能や意欲を高めますが、いらいらや興奮を悪化させる可能性があります。他にも、内服薬が興奮（せん妄によるものを含めて）に関係していることがありますので、薬をチェックし、不急の薬剤は中止して様子を見ましょう。
- * 投薬が必要な場合は、抗不安薬や睡眠薬ではなく、非定型的抗精神病薬が選択されます。焦燥感、易刺激性、興奮に起因する、過活動又は攻撃的言動が見られるアルツハイマー型認知症患者に対しては、ブレクスピプラゾール（レキサルティ®）が保険適用となっており、0.5mg～2mg／1×で用います。これらに対してブレクスピプラゾールが無効であった場合や、アルツハイマー型認知症以外の認知症における同様の症状に対しては、リスペリドン（リスパダール® 等）0.5mg～1mg／1×、ペロスピロン（ルーラン® 等）4～12mg／1～3×などを用います。糖尿病がな

いことが確実な場合はクエチアピン（セロクエル®等）12.5 ～ 75mg / 1 ～ 3 ×も使用します（クエチアピンは高血糖をおこすので糖尿病には禁忌です。またリスペリドンやペロスピロンも糖尿病が増悪することがあるので注意してください）。非定型抗精神病薬は少量から使い始めます（安全のため、体格や健康状態によっては上記よりさらに少量から開始することも考慮しましょう）。認知症の人では統合失調症の用量より、かなり少ない量を使用します。なお、非定型抗精神病薬は、認知症に対してオフラベルの使用になります。抗精神病薬の使用に当たっては、必ず「認知症の治療薬の使い方」（11 ページ）を参照してください。

＊ 他者に危害を加えるような場合は、専門の医師に紹介してください。

2) 幻覚・妄想への対応

- ＊ 物盗られ妄想などの被害妄想は、アルツハイマー型認知症に多い妄想です。本人にとっては、ものが無くなったことは事実なので、まずはそれを受け入れて、訴えに耳を貸し、穏やかに対応します。物盗られ妄想の背景には、不安や喪失感が隠れています。安心できるケアが症状緩和に役立ちます。
- ＊ 妄想に対して、適切な対応（ケア）とともに、基本的には少量の抗精神病薬が有効です（詳しくは 11 ページの「認知症の治療薬の使い方」を参照）。それでも落ち着かなければ専門の医師に相談しましょう。
- ＊ あたかもそこに見えているかのようなありありとした幻視や、配偶者を別人と言うような誤認妄想があれば、アルツハイマー型認知症よりもレビー小体型認知症が疑われます。レビー小体型認知症であれば、抑肝散 5.0 / 2 ×朝夕などに即効性があり、非薬物的対応とともに試みることを勧めます。なお、ドネペジルは保険

適用となっていますが、避難所などでは投薬を開始しないか、投与する場合も少量（3mg まで）に止めておいておいた方が無難です。抗精神病薬をやむなく使う場合は、薬剤感受性の亢進があるので、前項で示した量よりもさらに微量から始めましょう。もし抗パーキンソン病薬が投与されていたら、その調整も必要かもしれません。

- * 認知症の人にみられる幻視への対応の基本として、本人に不快なものでないとき、周囲の人々に身体的な危険性がないときには、様子をみるのが一番よいでしょう。無理に薬剤で幻視を消失させようとする、薬の副作用によって状態をより悪化させる可能性が高いからです。本人の訴える幻視と上手につき合っていく方法を考えましょう。たとえば、「あそこに見える人は悪さをしませんから、しばらくこちらに来てお茶でも飲みましょう」などと声かけを行うと安心します。
- * レビー小体型認知症の幻視に対して、介護者は慎重に対応することが求められます。本人には見えていますので、あまり強く否定せず、しかし「私には見えないので、あなたに見えているのは幻覚かもしれませんね」と、それを『まぼろし』として客観視できるように導けると良いでしょう。本人も、周りの人には見えていないことを、わりと受け入れてくれます。「見えているけれど、そのままにしておけばいい」と本人に安心してもらうことが大切です。一方、レビー小体型認知症でみられる幻視は、視線を移動すると消失することが多いので、幻視を誘発する物を除いたり、視線や関心を他の方向に向けたりするようにするのも一つの方法です。
- * 幻覚・妄想は、せん妄でも出現します。普段と雰囲気が変わって目が据わっている、反応が鈍い、ぼーっとしている、無目的な行動をくり返すなどの症状が一緒に見られたり変動したりする場合

は、せん妄が疑われます。レビー小体型認知症では、このような状態と、とても明瞭な状態が短時間で入れ替わって出現することがしばしばあります。

3) うろうろと歩き回ることへの対応

- * 医療・介護者からみたら困った行動でも、本人には目的があります。まずは優しく接し、なんで動き回るのか（出て行こうとするのか）その理由を聞いてみてください。そして、「そうですね、〇〇できるといいね」などと声をかけます。理由が分かれば、対応の糸口になります。本人にとっての事実を否定しないようにしましょう。
- * 横に並んでしばらく一緒に歩いていると、心が通じ、会話に答えてくれるようになるかもしれません。座り心地の良さそうな椅子を探して「少し腰掛けて休みましょうか」などと声をかけると、安心を生むでしょう。
- * 背景には、その場所が自分の居場所ではないという思いや、自分の役割がないという思いが隠れています。日課や役割をすることも、解決につながります。
- * 薬物はあまり効果的ではありませんが、少しでも目を離すと飛び出してしまうなど薬物が必要な場合は、少量の非定型抗精神病薬が使われます。同じ経路を周回するタイプの場合は、SSRI（パロキセチン（パキシル®等）、フルボキサミン（デプロメール®・ルボックス®等）やセルトラリン（ジェイゾロフト®等）が有効と報告されています。抑肝散やタンドスピロン（セディール®等）が有効なこともあります。詳細は、治療薬の項（11-17 ページ）を参照してください。
- * 服の裏には、氏名、連絡先などを書いておきましょう。ポケットの中にも名前や年齢、連絡先などを書いた紙を入れておきましょう。

- * 日中は、なるべく身体を動かすように日課を作ったり、一緒に散歩をしたりしましょう。
- * BPSD が原因で、周囲の人たちから非難されて避難所に居られなくなることはないよう、周囲の理解を得ることや環境調整が重要です。

4) アパシー（意欲の低下・無関心）や抑うつへの対応

- * 被災や近親者との死別に伴う正常ストレス反応としてのアパシーや抑うつは、健常者だけでなく、認知症の人でも起こります。それは脳震盪のように一過性のもので終わることが多いので、温かく見守ることが大切です。
- * 被災に伴うトラウマ状況をきっかけとしてうつ病や抑うつ状態も生じますが、高齢者ではそれらの経過中に認知症が顕在化してくることがあります。一方、中等度から重度に進行した認知症の人にうつ病が合併した場合、その発見は難しく、見逃されて適切な治療が行われないケースが多くなります。認知症の進行に伴いコミュニケーションがうまくとれなくなり、また意欲低下や体重減少といった症状を伴うことが多いからです。
- * うつ病と認知症の見分け方については、偽性認知症（19 ページ）を参照してください。
- * これらのうつ病や抑うつ状態に対する薬物治療ですが、従来の抗うつ薬に比べ、SSRI が、副作用が少ない点から推奨されます。セルトラリン（ジェイゾロフト® 等）25mg の投与、フルボキサミン（デプロメール®・ルボックス® 等）25mg の投与、パロキセチン（パキシル® 等）5～10mg の投与などです。詳細は、17 ページの治療薬の項を参照。
- * レビー小体型認知症の初期では不安・抑うつが高い頻度でみられ、上記の SSRI が用いられますが、抗精神病薬だけでなく、抗うつ剤

に対しても薬剤感受性の亢進による副作用が出やすいので、より慎重な投与が求められます。

5) 不眠への対応

- * 認知症の人に比較的安全に使用できる睡眠導入薬としては、オレキシン受容体拮抗薬のスボレキサント（ベルソムラ[®]；高齢者には10～15mg。クラリスロマイシン・リトナビル含有製剤・ボリコナゾールやイトラコナゾールなどの抗真菌薬との併用禁忌）やレンボレキサント（デエビゴ[®]；高齢者には2.5～5mg）などをあげることができます。効果は弱いですが、メラトニン受容体アゴニストのラメルテオン（ロゼレム[®]）も高齢者に比較的安全に使える睡眠薬です（SSRIのフルボキサミン（デプロメール[®]・ルボックス[®]等）との併用禁忌）。また、トラゾドン（レスリン[®]等）25～50mgやミアンセリン（テトラミド[®]等）10～30mgを使ってもいいでしょう。作用時間の短い非ベンゾジアゼピン系のゾルピデム（マイスリー[®]等）5～10mg、ゾピクロン（アモバン[®]等）7.5mg、エスゾピクロン（ルネスタ[®]）1～2mgなど、を使うことを考慮してもいいかもしれませんが、転倒に留意する必要があります。また、作用時間が短くてもトリアゾラム（ハルシオン[®]等）は副作用の点からお勧めできません。なお、抑うつに伴う不眠にはミルタザピン（レメロン[®]等）7.5～15mgを使う場合があります。
- * 抑肝散 2.5g/1X 眠前が、昼夜逆転に有効な場合もあります。

6) 排泄の問題への対応

- * 避難所などでは、安心して排尿・排便できる環境設定が最重要です。水洗機能を失ったトイレでの排泄回数を減らすために食事や水分摂取を減らす→脱水→せん妄や認知機能障害の悪化、という流れ

にならないような配慮が大切です。

- * 精神的なストレスや、トイレが少ない避難環境により便秘になりがちです。「水分を十分にとる」「からだを動かす」「可能であれば通じのつきやすい食物を摂取する」といった予防策が、便秘対策の基本です。
- * 薬剤を用いる場合は、適量の緩下剤が使われます。また、避難所などでは浣腸もしにくいので、ピコスルファート液（ラキソベロン[®]等）やビサコジル座薬（テレミンソフト[®]等）などが役立ちます。
- * アルツハイマー型認知症では、尿意はあるのにトイレの場所が分からずに排泄に失敗する場合があります。「便所」「トイレ」などと目の高さくらいの所に大きく書いた目印をつけてみましょう。人的な余裕のある場合には、（尿失禁の頻繁な認知症の方に対して）定期的にトイレに誘導すると尿失禁の回数減少が期待できます。
- * 対応で最も大切なことは、尿・便失禁を起こしても叱らないことです。排泄の失敗を、周囲の人々はどうしてもきつい口調で注意あるいは叱りがちです。叱る、とがめることで、逆に周囲が困るような行動が増える可能性があります（たとえば、怒られたくないから失禁で汚れた衣服を隠すなど）。

3. 認知症の治療薬の使い方（プライマリケア医向け）

認知症の薬物療法は、今のところ対症療法が基本です。どのタイプの認知症かを正確に鑑別診断することが困難な状況では、生活障害の中心が、記憶障害などの認知機能低下によるものなのか、幻覚・妄想なのか、興奮なのか、ガマンができない等の性格変化なのかといった大まかな傾向をみて対処します。また、BPSD に対しても、いらいらして多動な興奮状態なのか、やる気がなくぼーっとしている

鎮静状態なのかと分けて、興奮状態ならそれを鎮める薬剤を、鎮静状態なら賦活系の薬剤や抗うつ剤を主に使います。また、慎重に使う必要がありますが、賦活系の認知機能を高める薬剤によって状況判断できるようになり、興奮性の BPSD が軽減する場合があります。

とはいえ、薬剤による BPSD の治療はあくまでも一時的な対応策で、基本は適切なケアと環境調整です。本人や家族が困っていない症状や早急に身体的な危険性が迫っていない症状に対しては、無理に薬剤を使用することはありません。また、必要な薬剤がなかなか手に入らない状況下では、最小限の量で可能な限り短期間の使用に限る方がよいと考えます。

なお、認知症で使われる薬剤の多くは、認知症そのものが適応となってはいません（オフラベル → 下記〔※〕を参照）。とくに抗精神病薬は、死亡リスクを高めるとの報告もありますので、メリットがデメリットを上回ると判断された場合にのみ、本人・介護者の了解を得た上で、副作用に注意しながら用います。長期の投与は専門の医師に相談しましょう。

「かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン 第 3 版」（巻末の QR コードよりリンク）を参考にしてください。

〔※ここで挙げる抗精神病薬のうちリスペリドン、ペロスピロン、クエチアピンの適応外使用については『器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める』との通達があります（2011 年 9 月 28 日、厚生労働省保険局医療課長、保医発 0928 第 1 号。社会保険診療報酬支払基金、第 9 次審査情報提供）〕

1) 興奮性の BPSD を鎮める抗精神病薬

＊ メマンチン（メマリー®）が、興奮性 BPSD に有効な場合があります。5mg / × 1 から開始し、落ち着くまで、1 週間に 5mg ずつ、腎機能が正常の場合は 20mg まで増量します（クレアチニン・クリアランス < 30 では 10mg まで）。過量による眠気や、めまい・

転倒などに注意が必要です。

- * 抗精神病薬は、身体機能を抑制し、歩行が不安定になったり、転倒を引き起こしたりする可能性があります。また、認知症が進行しているケースでは誤嚥性肺炎のリスクを高めます。認知機能が低下して新たな行動異常が生じたりする場合もあります。したがって、適切なケアを第一選択として、必要な場合にのみ、少量の抗精神病薬を投与します。
- * 抗精神病薬は、少量から始め、数日～週単位で増量して有効量を投与し、効果が出たら徐々に減量するのが基本です。ブレクスピプラゾール(レキサルティ®)なら $0.5\text{mg} / \times 1$ 、リスパダール®等なら $0.5\text{mg} / \times 1$ 、ペロスピロン(ルーラン®等)なら $4\text{mg} / \times 1$ 、クエチアピン(セロクエル®等；糖尿病禁忌)なら $12.5 \sim 25\text{mg} / \times 1$ から開始します。審査情報提供事例(適応外使用)に記載はありませんが、ブロナンセリン(ロナセン®等)には貼付剤 20mg があり、経口投与が難しい場合でも使うことができます。やはり審査情報提供事例(適応外使用)に記載はありませんが、アリピプラゾール(エビリファイ®等) $1\text{mg} / \times 1$ 、オランザピン(ジプレキサ®等；糖尿病禁忌) $2.5\text{mg} / \times 1$ など使われることがあります。そのほか、チアプリド(グラマリール®等) $25\text{mg} / \times 1$ も短期間なら比較的安全です。
- * 上記はいずれも初期量を示しています。これらの薬剤に添付のDIシートには統合失調症の用量が書かれていますが、認知症の高齢者では、それよりももっとずっと少ない量を使うのが基本です。なお、緊急の場合は、この限りではありません。
- * 血糖値を測定できない場合はクエチアピンやオランザピンを使いません。また糖尿病禁忌ではない薬剤であっても、糖尿病を悪化させることがあるので注意してください。

- * 眠気～傾眠、嚥下障害、呂律不良、ふらつきなどの副作用が認められたら即座に中止するように介護者に伝えてください。投与前からこれらの症状があったら使わない方が良いでしょう。
 - * 抗精神病薬を使う前に、鎮静を目的としてトラゾドン（レスリン®等）25～75mg／×1～3を試したり、背景に脱抑制があると考えられる場合にSSRI（セルトラリンであれば25～50mg／×1）を試したりすることもあります。
 - * 抗精神病薬などを使用する際には、夕食後あるいは就寝前（以下、夜と記載）の1回投与から開始するのが安全です。朝あるいは昼の服薬は可能な限り避けるほうがよいと考えます。ただし、せん妄状態になる時間が夕方～夜の場合には、その2時間程前に投与するとせん妄を抑えるのに有効です。
 - * 薬剤を急激に中止することによって、悪性症候群（発熱や筋痛が持続して死亡率が高い）を生じるリスクがあります。中止が必要な場合は、漸減してからの中止が望まれます。また、被災地では、低栄養・脱水・過労状態にある方、肺炎などの感染症を起こしているけれど発熱が認められずに見逃されている方などがいるかも知れません。そのような人では、抗精神病薬が状態を悪化させ、最悪の場合は悪性症候群を招く可能性がありますので、投与前に全身状態のチェックが必要です。
 - * 抗精神病薬を投与しても、自傷行為や他者に危害を加えるような状況の場合は、専門の医師に相談しましょう。
- ① ブレクスピプラゾール（レキサルティ®）
分類：非定型抗精神病薬 最小剤形：0.5mg 錠
初期量 0.5mg 治療域 0.5～2mg 分1
 - ② リスペリドン（リスパダール®等）
分類：非定型抗精神病薬
最小剤形：0.5mg 錠（0.5mg に包された液剤もある）
初期量 0.5mg 治療域 0.5～1mg

分 1 眠前（または夕）～ 分 2 朝夜

抗幻覚妄想作用は強いが高齢者に長期連用すると蓄積による効果増強が起こることがある。

③ ペロスピロン（ルーラン[®]等）

分類：非定型抗精神病薬 最小剤形：4mg 錠

初期量 4mg 治療域 4～12mg 分 1 眠前（または夕）～分 3 食後

④ クエチアピン（セロクエル[®]等）

分類：非定型抗精神病薬 最小剤形：12.5mg 錠

初期量 25mg 治療域 25～75mg 分 1 眠前（または夕）～分 3

高血糖に注意、糖尿病では禁忌。

⑤ オランザピン（ジブレキサ[®]・ザイディス[®]等）

分類：非定型抗精神病薬 最小剤形：2.5mg 錠

初期量 2.5 mg 治療域 2.5～7.5mg 分 1 眠前（または夕）

高血糖に注意、糖尿病では禁忌。

⑥ ブロナンセリン（ロナセン[®]等）

分類：非定型抗精神病薬 最小剤形：2mg 錠

（貼付剤 20～40mg もある）

初期量 2mg 治療域 2～8mg（経口剤）分 1 眠前（または夕）～分 2 朝夜

⑦ アリピプラゾール（エビリファイ[®]等）

分類：非定型抗精神病薬 最小剤形：1mg 錠

初期量 1mg 治療域 1～3mg 分 1 眠前（または夕）～分 2 朝夜

投与早期の不安、焦燥、アカシジアに注意。

⑧ チアプリド（グラマリール[®]等）

分類：定型抗精神病薬 最小剤形：25mg 錠

初期量 25mg 治療域 25～50mg 分 1～2

パーキンソニズムや過鎮静に注意。原則として夕食後あるいは就寝前に 25mg の服薬から開始するとよい（高齢者では半錠でも効果を示すことがある）。認知症の人には 1～2 錠で効果を期待できる。3 錠ではしばしば過鎮静になり要注意。

2) 穏やかな抑制作用の抑肝散

＊ 抑肝散は、興奮性の BPSD の鎮静やせん妄の改善を目的に使われます。効果は弱いです。

＊ 軽い焦燥であれば、抑肝散 5.0/2X 朝夕、昼夜逆転であれば抑肝散 2.5/1X 眠前（夕）を試します。

- * 甘草を含むので低カリウム血症に注意します。7.5g で 1 か月以上の長期投与ではカリウムの測定が必要です。避難所などで食事や野菜の摂取が少ない状況や、下痢などが続くとき、フロセミド（ラシックス®等）などカリウムを低下させる利尿剤の併用時は要注意です。利尿剤はスピロラクトン（アルダクトン®A等）に切り替えるとカリウム低下を防げます。

① 抑肝散（ツムラ抑肝散エキス顆粒）

分類：漢方 最小剤形：2.5g 包

初期量・治療域とも 2.5 ～ 7.5g 分 1 ～ 3 食前

添付の用法通りに 1 日 3 回服薬するのではなく、症状に合わせて服薬量を適宜調整。

3) 認知機能を高める薬剤

- * 賦活系の代表はドネペジル（アリセプト®等）です。脳内のアセチルコリン分解を抑えて、認知機能や意欲を高めます。通常は 3mg で開始し、1 ～ 2 週後に 5mg に増やします。生活が落ち着いてから投与開始する方が無難でしょう。このほか、ドネペジル貼付剤（アリドネパッチ®）、ガランタミン（レミニール®）やリバスチグミン貼付薬（イクセロン®・リバスタッチ®）があります。
- * 我慢できない、じっとしてられない、頑固で他人のいうことを聞かないなどの前頭葉機能障害を示唆する症状がみられる場合は、新たに投与しない方が良いでしょう。
- * 介護環境が悪い場合などでは、易怒性が高まる、うろうろと落ち着かないなど興奮性の症状がみられることが稀にあります。このような場合は、ドネペジルの半減期は約 3 日なので、3 ～ 7 日間休薬して、穏やかになるかどうか様子を見るのも一つの方法です。
- * ドネペジル（アリセプト®、アリドネパッチ®等）、ガランタミン（レミニール®）、リバスチグミン貼付薬（イクセロン®・リバスタッチ®）などのコリンエステラーゼ阻害剤は全身の副交感神経系にも働く

ので、下痢や腹痛、食欲不振などの消化器症状、徐脈、喘息（気管支の収縮）などの副作用をもたらす可能性があります。

4) 抗うつ薬と抗不安薬

- * ベンゾジアゼピン系の抗不安薬や睡眠薬は、BPSD に対して使わないのが原則です。なぜならば、筋弛緩作用による転倒、せん妄、昼夜逆転などを惹起するからです。
- * 不安やうつ症状が強いときは SSRI やミルタザピン（リフレックス®・レメロン® 等）を使用します

① SSRI セルトラリン（ジェイゾロフト® 等）、フルボキサミン（ルボックス®・デプロメール® 等）

分類：抗うつ薬 最小剤形：25mg 錠

初期量 25mg 治療域 25～75mg 分 1～3

多動などの興奮性の BPSD の背景には不安が隠れており、抗うつ剤が奏功する場合があります。SSRI がせん妄を誘発する危険性もあるので、レビー小体型認知症では要注意です。

② ミルタザピン（リフレックス®・レメロン® 等）

分類：抗うつ剤 最小剤形：15mg 錠

初期量 7.5mg（半錠）治療域 7.5mg～15mg 分 1（夕）：眠気あり

5) 抗てんかん薬（気分安定薬）

- * 認知症が重度になると、けいれん発作（てんかん）を併発することがあります。通常は重積状態にはならないので、レベチラセタム（イーケプラ®）500～2000mg / × 2 を投与して様子をみます。気分安定薬（→*）としても作用するとの報告があるバルプロ酸（デパケン®・バレリン® 等）200mg～400mg / × 2 を投与することもあります。それでも治まらなければ、専門の医師に相談しましょう。
- * BPSD の治療において、バルプロ酸などの薬剤が、焦燥や攻撃性に有効であるとの報告もありますが、専門の医師に相談して使い

ましょう。

6) その他

- * レビー小体型認知症では、自律神経機能障害があり、起立性低血圧による失神を生じやすいのですが、横になっていると、脳血流が回復します。慌てずに数分間様子を見ましょう。降圧剤を処方されている場合もありますので、内服薬をチェックします。

4. 認知症を疑う徴候

- * どうも様子がおかしい、おちつかない、ぼんやりしている、適切な回答が得られないなど、「変だな」と思ったら、認知症を疑いましょう。
- * 内服薬を正しく答えられない、娘や息子などの名前や家族構成を正しく言えない、いつからそこで暮らしているかわからない、などがサインです。年齢を尋ねたときに、3歳以上間違える、歳ではなく生年月日を答える、「忙しくて考えていなかった」などと言いつけるのも特徴です。
- * 質問に答える度に、家族の方を振り向いて答えの確認を求める「振り向き徴候」も、認知症のサインです。
- * 時計描画（Clock drawing）テストで、文字盤（○の中に1～12の数字）と10時10分の針を書くテストは、うつ病（描ける）と認知症（描けない）の比較的簡単な鑑別に使えます。上手に描けないと認知症の可能性が高いですが、認知症でもしばしば上手に時計を描けます。失敗に診断的意味があるテストです。
- * 家族が気づく症状としては、同じことを何度も尋ねる、置き忘れて探し回ることが多い、出来事の前後関係がわからなくなった、些細なことで怒ることが増えた、意欲がない・自発性が低下してきたなどがあります。震災に遭遇したという大きな出来事すら忘

れていたり、避難所にいるということが分からなかったり、大きな環境変化のもとで、通常でない記憶障害に初めて気付かれることがあります。

- * 被災後の混乱状況では、本人が薬を自分で管理できない場合も多いので、家族や周囲の人たちと服薬管理できる方法を考えましょう。

5. 偽性認知症：認知症の症状を示すが回復可能で認知症ではない

- * 大きなショックを受け、避難所の中で不活発な状態でいると認知症の症状が現れることがあります。しかし、適切な医療・ケアで回復する場合も多いので、ただちに認知症と判断しないようにしましょう。
- * うつ病でも認知症と似た症状になります。やる気がなくなって、身の回りのことなどができなくなりますが、認知症と違って、今いる場所や時間などの状況がわかっている（見当識が良い）、隣の人の状況などを正しく判断しているといった特徴があります。また、それらを質問すると、アルツハイマー型認知症の取り繕い現象とは異なり、「わかりません」などと即答する傾向があります。上記の時計描画テストも鑑別に有用です。
- * うつ病では、身体症状として食欲低下や不眠が大部分の人でみられます。一方、認知症では、身体疾患がなければ食欲低下がみられることはそんなに多くはありません（不眠はあるかもしれませんが）。うつ病では、気持ちが内向的、悲哀感、不安、焦燥感、自分を責める、罪業感などの症状が目立ちます。認知症では、どちらかという他人の責任にしたがる傾向がみられます。
- * 偽性認知症は、本人が安心できるような適切な声かけなどのケア、低栄養状態の改善、熟睡できる環境の調整、過量投与されている薬剤の調整、あるいは適切な投薬などで回復します。認知症と決

めつけしないで、まずは安心できる快適な環境調整を行ってみましょう。うつ状態の場合は、少量の SSRI や抗不安薬などが有効かもしれませんが。

- * ただし、震災のストレスや不安がきっかけで、気づかれていなかった認知症が顕在化する場合もあります。
- * 全身疾患や慢性硬膜下血腫などが隠れていることもありますので、進行性の場合は精査が必要です。

Ⅱ. 認知症の人の環境調整

1. ストレスをなくす環境調整

- * 認知症の人の心は、周囲の状況の鏡です。周りの人が穏やかだと落ち着きますが、周りの人がいらいらしているといらいらしてしまいます。あなたは1人ではないのですよ、周りにあなたのことをよくわかっている、あなたのことを気に掛けている人がいますよということを、言語を通してあるいは非言語的な手段を用いて本人に伝える努力が周囲の人々に求められています。
- * 避難所で過ごす場合は、部屋の隅の方などの、落ち着ける場所が望めます。刺激が多いと落ち着かなくなります。特に大きな声が聞こえると不安が強くなります。
- * 安心して眠れる環境が必要です。本人と最も近い家族が横で寝ることで安心して睡眠に入ることができるでしょう。不眠はせん妄を誘発します。
- * 認知症の人を見知らぬ人の中で一人にしないようにしましょう。知り合いが近くに居る環境が必要です。手を握ったり、優しく声をかけたりすることが有効です。認知症の人は一人にされると、非常に不安になりやすいのです。家族が用事でその場を離れるときには、一緒に移動するか、あるいは精神的に親しい人に傍らに

付き添ってもらおうようにしましょう。それが難しい場合は、近くの人に時々声をかけてもらうように頼んで下さい。

- * 認知症の人が安心して排泄できる場所を確保してください。安易におむつを当てると尊厳が損なわれ、生きる力が失われることがあります。また、BPSD に結びつくこともあります。
- * 重度の認知症の人は、いろいろなものを口に入れる可能性があります。危険なものは戸棚にしまう、高いところに置くなどの注意が必要です。
- * 認知症の人は、避難所から、必要な介護を受けられて落ち着いて過ごせる所になるべく早く移れるよう、優先的な手配が必要です。

2. 混乱をなくす環境調整

- * 認知症の人が落ち着かなくなったら、叱るのではなく、「どうしたの」と優しく声をかけてください。あなたの声の調子が相手の心に影響を与えます。穏やかに話しかけ、なぜ怒ったのか原因を聞き、そしてその原因となっているものを取り除くように努めます。
- * 散歩も有効です。律動的な運動は、うつ的な気分を弱めます。また、ずっと座っていると下肢の静脈血栓を誘発します。
- * 繰り返し放映されるテレビの衝撃的な映像は、認知症の人の不安を強くする可能性があります。健常人でも心的外傷後ストレス障害（フラッシュバックなど）になりやすいといわれます。
- * 避難所で役割がないと、ただじっと座っているだけになり、廃用性の認知機能低下を来す可能性があります。認知症の人にもできる作業があるはずで、できることをさがし、日課を作ることが生き甲斐となり、生活意欲を高めて、BPSD の予防や認知機能を含めた心身の機能維持に役立ちます。
- * 肩たたきなどの非言語的コミュニケーションはおすすめです。避

避難所生活では身体活動が低下しがちです。相互に肩を叩く、足のマッサージを行うなどの行為は受ける方の気持ちだけでなく、提供する方の気持ちも和みます。認知症の人も他人の役に立つ喜びを感じ、BPSDの予防に役立ちます。

- * 可能であれば傾聴ボランティア（話を聞く人）を避難所の中で募りましょう。傾聴ボランティアをする人も一緒に元気になります。生活には役割が必要です。
- * とくに、体育館のような広い避難所では、道具置き場のような小さな部屋を利用して、デイサービスのように認知症の人に集まっていただき、ケアできると良いでしょう。仲間がいて話をするだけでも構いません。人とのふれ合いは大切です。
- * 避難所が学校であれば、教室の1つをデイサービス＆ショートステイとして確保し、認知症の人が落ち着きを取りもどしているケースがあるので参考にしてください。

3. うろうろと歩き回ることへの環境調整

- * 避難所では、周囲の人や管理者に認知症であることを知らせ、行方不明にならないよう見守りを手伝ってもらう必要があります。
- * 夜間に動き回ったとしても、外には出られないような工夫が必要です。認知症の人の生活スペースを部屋の隅にして衝立などで区切る、夜間は出入り口の前に衝立を置くなど、条件に応じて適切な対処方法をとれるよう、管理者と相談して対応しましょう。
- * BPSDが原因で避難所に居られなくなることがないように、周囲の人達の理解を得ることが必要です。また、上記のようにデイサービスを確保できると良いでしょう。
- * 避難所の中で、認知症の人の役割や居場所を作ることが有効です。

Ⅲ. 家族介護者への支援

認知症の人を介護している家族は、家族自身もゆとりがない上に、避難所では周囲の人からいろいろ苦情を言われたり、間借りしている親族の家でも同様の経験をしたりで、とても肩身の狭い思いをしています。認知症の人にさまざまな BPSD が認められても、医療者は、本人を責めないことはもちろん、家族も安心できる言葉をかけましょう。まず、家族が穏やかな状態であることがとても重要です。

1. 家族介護者の不安

- * 認知症の人を避難所で介護する人は、今後の不安に加えて、目を離せない、二人分の生活の確保など、ストレスの多い生活を余儀なくされています。不安が強い場合は介護者に、抗不安薬としてロラゼパム（ワイパックス®等）0.5mg あるいは 1mg の舌下使用や 1mg/X2 などの処方があるケースもあります。うつ状態の場合は、少量の SSRI は比較的安全に処方できます。抑肝散が介護者の不安や不眠に有効なケースもあります。詳しくは 15 ページを参照して下さい。
- * 介護者が倒れないよう、介護者の健康チェックと、降圧剤の投与などの持病に対する治療も重要です。
- * 介護者もぐっすり眠れる環境が必要です。不眠は、介護者の精神状態を悪化させ不安定にします（それが、認知症の介護に悪影響を与えます）。つい、自分のことは後回しにしていまいがちですが、介護者が遠慮しないで、自分の状態を相談して必要な診察を受けられるようにする必要があります。
- * 家族をたくさんほめて、ねぎらってください。介護者の笑顔は本人に反映されます。

2. 相談役

- * 家族が親身に相談できる人が居ることが介護負担を減らします。
- * 介護者が親戚や友人と連絡が取れる情報環境（電話など）が必要です。
- * 電話相談等のお役立ち情報を巻末に掲載しています。

Ⅳ. ケアスタッフへの心理サポート

被災した認知症の人を、定員をオーバーして受け入れている介護施設では、環境変化によって落ちつかなくなった人を、少ない人数で長時間勤務によって介護しています。また、スタッフ自身ないしその家族が被災者であっても、使命感から自分の疲労に気づかないか、無視しがちになっています。本来なら、過労や燃え尽き症候群を未然に防ぎましょう、休息をとりましょうというべきですが、スタッフの不足による過重な労働は避けがたく、安易に休息をすすめることで、逆に追いつめてしまう恐れもあります。それでも、やはり、倒れるまでがんばらずに支援を求めてほしいと伝えたいです。そして、専門職であるが故の使命感、それからくる精神の高揚や緊張感の持続から、休息がとれる状況になっても無理をして仕事を続けているスタッフを見きわめて、健康管理をすることや休息をとれるように手配することの必要性を管理者に伝えなければなりません。不安や緊張などに対して治療が必要になることもあるでしょう。現在は様々な災害チームがありますので、積極的に支援を求めるよう促してください。

ケアスタッフのストレスの軽減には、介護している認知症の人が心身ともに落ちつくことが重要であることは、言うまでもなく、それに対する支援も忘れてはなりません。

- * 挨拶や声かけは前向きに：「大変だね」という挨拶はやめて、「や

り甲斐があるね」「少し進んだね」と、前向きな言葉を口にしましょう。脳には、自分の言ったことを正当化する働きがあります。ただし、つらさを感じたときはそれを押し込めることなく、言葉にして他のスタッフや支援者に聞いてもらいましょう。また、「つらい」「大変」「苦しい」「疲れた」などの言葉を口にするスタッフがいたら、それは過労や燃え尽きのサインかもしれないので、共感的に話を聞き、支援を要するかどうかを考えましょう。

- * 「がんばってね」ではなく「がんばってるね」と互いに声かけしましょう。前者はもっとがんばれとがんばりを認めていないので禁句、後者は相手のがんばりを認めています。他人から認められることが心の支えになります。大変な生活の中にも小さな幸せがあるはずです。それに気づくことで心理ストレスが和らぎます。

◎ **市町村スタッフの心理ストレス対応**：認知症と直接関連ありませんが、市町村のスタッフも、住民からの様々な要望を受けながら、国や県の対策とのギャップに悩み、劣悪な環境の中、不眠不休の活動を続けていると思います。これらの方々にも、上記Ⅳ項の記載は当てはまるでしょう。

.....

さいごに

被災地で、認知症の人と家族のために奮戦している多くの人に敬意を表します。このマニュアルが少しでも現場に役立てば幸いです。

V. お役立ち情報

* 厚生労働省：認知症施策

- ・ 認知症に関する各種情報を掲載

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/index.html

- ・ 震災関連

<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/hisai.html>

自治体向け「災害時精神保健医療福祉活動マニュアル」

- ・ 詳細参照用（9.7MB）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000772550.pdf>

- ・ 手持ち用（869KB）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000772549.pdf>

* 日本認知症学会：専門医リストや各種被災した認知症の人と家族の支援マニュアルを掲載

<https://dementia-japan.org/>

- ・ 被災した認知症の人と家族の支援マニュアル医療版
- ・ 被災した認知症の人と家族の支援マニュアル介護用簡易版



* 日本老年精神医学会：専門医リストを掲載

<http://www.rounen.org/>

* 認知症介護情報ネットワーク（DC ネット）：

<https://www.dcnet.gr.jp/earthquake/>

「避難所での①認知症の人や高齢者の健康管理、②認知症の人と家族支援ガイド、③同：支援者用」「避難所でがんばっている認知症の人・家族等への支援ガイド」等

* 認知症の人と家族の会の電話相談

0120-294-456（通話料無料）、携帯・スマホは 050-5358-6578（通話料有料）
＜ 土日祝、夏季・年末年始除く、10:00 ～ 15:00 ＞

* サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き（日本語版）：

米国開発の震災被害者のこころのケアマニュアル

https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/pfa_ja.pdf

* 日本内科学会の災害医療情報（サバイバルカード・アクションカード等）

<http://www.naika.or.jp/saigai/>

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル

〈医療用〉

2025 年 3 月 31 日 改訂版発行

作 成：令和 6 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分)
「認知症の背景疾患等の実態ならびに専門的対応マニュアル
に関する調査研究事業」 マニュアル作成部会

発 行：一般社団法人日本認知症学会
〒 169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12 新宿ラムダックスビル
(株) 春恒社 (内)