

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル<医療用> 2版

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

目次

はじめに	2
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	3
3. 認知症の治療薬の使い方（プライマリケア医向け）	6
4. 認知症を疑う徴候	9
5. 偽性認知症：認知症の症状を示すが認知症ではない	9
II. 認知症の人の環境調整	10
1. ストレスをなくす環境調整	10
2. 混乱をなくす環境調整	11
3. 徘徊対策の環境調整	11
III. 家族介護者への支援	11
1. 家族介護者の不安	12
2. 相談役	12
IV. ケアスタッフへの心理サポート	12
V. 情報提供やサポート体制	13
さいごに	13

はじめに

このマニュアルは**医療用**です。このたびの震災で被災され、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、日本認知症学会の専門医が知恵を出し合い、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。そして、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**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・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、幻覚、妄想、暴言、徘徊、焦燥（イライラ）といった種々の**行動・心理症状（BPSD）**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へ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、認知症の人には「**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。なぜかという、せん妄は適切な医療・ケアで良くなるからです。

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。ボーッとして、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であったり、動き回るなど無目的な行動を繰り返すこともあります。逆に急に食事を取らなくなった、話をせずにじっとしているなど精神活動の低下がせん妄の主な症状になる場合もあります。

- * 認知症の人は、**脳が脆弱**で、わずかな変化でせん妄を引き起こしやすい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がまず大切です。ただし、認知症の人は、自分から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れば、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。

- * **誘因疾患**：感染症（インフルエンザ、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**：抗コリン作用を持つ薬剤（アーテン、ベシケア、ブスコパンなど）、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ剤、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、少量の非定型抗精神病薬などが使われます。注意深く使う必要があるため、「認知症の治療薬の使い方」（5 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、薬物投与よりも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) 興奮・暴言・暴力への対応

- * **認知症の人が示す症状には意味があります**。大声を出しているなら、その理由があるはずで、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、抗精神病薬で押さえようとする前に、優しい態度で接し、その人の気持ちを探ってください。そして興奮の原因を取り除くことで、興奮が治まる可能性があります。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、怒鳴り散らし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）**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せんが、介護環境が悪いと易怒性や暴言・暴力など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。
- * 薬物が必要な場合は、抗不安薬や睡眠薬ではなく、**抗精神病薬**が選択されます。リスペ

リドン(リスパダール等)なら0.5mg/1X夜、クエチアピン(セロクエル等)なら25mg/1X夜、オランザピン(ジプレキサ・ザイデイス)なら5mg/1X夜など、非定型抗精神病薬を少量から使い始めます(さらにこの半量ならより安全です)。認知症の人では統合失調症の用量より、さらに少ない量を使用します。クエチアピンとオランザピンは高血糖をおこすので糖尿病には禁忌です。血糖値が測れない状況では使わない方が良いでしょう。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」(5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

- * もの盗られ妄想などの**被害妄想**は、アルツハイマー病に多い妄想です。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。もの盗られ妄想の背景には、**不安や喪失感**が隠れています。安心を与え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5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ような**リアルな幻視**や、配偶者を別人と言うような**誤認妄想**があれば、アルツハイマー病よりも**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**5.0/2X朝夕が幻視などに即効性があります。レビー小体型認知症に対してアリセプトが有効ですが、適量には個人差が大きく、また、**薬剤感受性の亢進**を示すので、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。
- * レビー小体型認知症の幻視に対しても、まずそれを受け入れる態度が求められます。そして、「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。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、視線や関心を他の方向に向けるようにするのも一つの方法です。
- * 認知症の人にみられる幻視への対応の基本は、本人や周囲の人々に身体的な危険性がないときには、様子を見るのが一番良いでしょう。無理に薬剤で幻視を消失させようとすると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。
- * 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、ボーッとしている、無目的な行動をくり返すなどが一緒に見られたら、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ケースがしばしばあります。

3) 徘徊への対応

- * 医療・介護者からみたら徘徊ですが、**本人には動き回る目的**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)その理由を聞き出してください。そして、「そうだね、〇〇できるといいね」などと声かけします。理由が分かれば、対

応の糸口になります。その人にとっての事実を否定しないでください。

- * 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でしょう。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。
- * 徘徊の背景には、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。日課や役割を作ることも、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（6-7ページ）を参照してください。
- * **服の裏**には、氏名、連絡先携帯電話番号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、散歩をしたりしましょう。
- * 徘徊が原因で、周囲から非難されて避難所に居られなくなることを防ぐよう、環境調整が重要です。

4) アパシー（無為無欲）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えます。それは脳しんとうのように**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障害され、また意欲低下や体重減少といった症状が伴うことが多いからです。
- * うつ病と認知症の見分けについては、偽性認知症（8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**が副作用の軽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、7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見られ、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

- * 認知症の方に比較的安全な睡眠導入薬は、作用時間の短いタイプです。非ベンゾジアゼピン系の**ゾルピデム（マイスリー等）**5～10mgや**ゾピクロン（アモバン等）**7.5mgなどが使われます。ベンゾジアゼピン系では**プロチゾラム（レンドルミン等）**0.25mgが使われます。ただし、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。新しく開発された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）。

- * 抑肝散 2.5/1X 眠前は、昼夜逆転にしばしば有効です

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→せん妄や脳循環低下による認知機能障害の悪化**を引き起こさ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、**ビスコルファート液(ラキソベロン等)**や**ビスサコジル座薬(テレミンソフト等)**などが役立ちます。
- * アルツハイマー病では、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」などと大きく書いた**目印**をつけることが有効です。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。
- * 尿失禁への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、なじらない**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。なじる、叱る、とがめることで、逆に排便・排尿行動に異常がみられることが多くなるのです(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、興奮やガマンができない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、イライラして多動で暴言や暴力がある**興奮状態**なのか、やる気がなくボーッとしている**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。ただし、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思います。

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おりません(オフラベル)。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、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(厚生労働省ホームページ)を参考にしてください(第二版は老年精神医学会のホームページでパブリックコメント募集用をダウンロード可能)。

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に有効な可能性が高いです。5mg/1X夕から開始し、落ち着くまで、1週間に5mgずつ増量します。過量による過鎮静や、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。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、**少量からはじめ**、数日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が基本です。リスペリドン（リスパダール等）なら 0.5mg/1X 夜、クエチアピン（セロクエル等；糖尿病禁忌）なら 25 mg/1X 夜、オランザピン（ジプレキサ・ザイデイス；糖尿病禁忌）なら 5 mg/1X 夜から始めます（さらにこの半量ならより安全です）。チアプリド（グラマリール等）25mg も短期間なら比較的安全です。薬剤に貼付のDIシートには統合失調症の用量が書かれています。認知症の高齢者では、こ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。
 - * 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。
 - * 抗精神病薬を使用する際には、夕食後あるいは就寝前の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思います。ただし、せん妄状態になる時間が夕方の場合には、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**（発熱が継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 **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：1mg 錠 0.5mg に分包された液剤もある
初期量 0.5mg 治療域 0.5～1mg 分1 眠前（夕）～分2 朝夜
 - ② **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：25mg 錠
初期量 25mg 治療域 25～50mg 分1 眠前（夕）～分3
高血糖に注意、糖尿病では禁忌
 - ③ **オランザピン（ジプレキサ・ザイデイス）**
分類：非定型抗精神病薬 最小剤形：2.5mg 錠
初期量 5mg (2.5 mg で有効な場合もある) 治療域 2.5～7.5mg 分1 眠前（夕）
高血糖に注意、糖尿病では禁忌
 - ④ **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

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押さえて、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、徘徊が強くなるなど興奮性の症状がみられることが希にあります。このような場合は、薬剤の半減期は約3日なので、3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に対して安易に使わないのが原則です。なぜならば、抗コリン作用のためにせん妄や昼夜逆転を惹起するからです。ただし、軽度の不安や不眠に対して有効な場合もあるので注意深い使用は可能です。
- * 不安やうつ症状が強いときはSSRIが有効ですが、せん妄を引き起こす可能性には留意しておく必要があります。パニック発作や不安症状が一過性に出現するときには、ロラゼパム(ワイパックス等)0.5mgあるいは1mgの舌下使用(頓用)が、速効性があり有効です。頓用だと習慣性になりにくいのでお勧めです。ふらつきや眠気などの副作用が出現したら直ぐにやめるよう介護者に伝えます。
- * 不安・焦燥による多動や繰り返し質問などにミルタザピン(リフレックス・レメロン)が経験上有効です。

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）

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、バルプロ酸（デパケンR・バレリンR等）を200mg～400mg処方して様子を見ます。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」などと言いつつ誤りをいうのも特徴です。
- * 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分の針を書かせるテストは、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。上手に描けないとほぼ確実に認知症ですが、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、些細なことで怒りっぽい、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。
- * 認知症では症状がある程度進むと薬を自分で管理できない場合が多いので、服薬の見守りを行うか、家族や周囲の方々が服薬の管理をするほうが安全です。

5. 偽性認知症：認知症の症状を示すが認知症ではない

- * 大きなショックを受け、避難所の中で不活発な状態に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く、回復すればそれは偽性認知症と言えます。
- * 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）、隣の人々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。ただ、それらを質問すると、アルツハイマー病の様に取り繕って答えようとするのではなく、「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、自分を責める、罪業感などが目立ってきます。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、安心を与える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などで回復します。認知症と決めつけないで、まずは**安心と快適を与える環境調整**を行ってみましょう。うつ状態の場合もありますので、少量のSSRIや抗不安薬が有効かもしれません。
- * ただし、震災のストレスや不安がきっかけで、**隠れていた認知症**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、進行性の場合には精査が必要です。

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、周りの人がイライラしているとイライラしてしまいます。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間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、落ち着ける場所が望まれます。刺激が多いと落ち着かなくなります。特に罵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のです。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すると、BPSDに結びつきます。**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。認知症の方は一人にされると、非常に不安になりやすいのです。家族の方が用事でその場を離れるときには、認知症の方も一緒に移動するか、あるいは認知症の方と精神的に親しい人に傍に付き添ってもらふことが必要です。それが無理な場合は、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、生きる力が失われます。また、行動・心理症状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、**落ち着いて過ごせ**、しかも必要な介護を受けられ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**大声**を出したら諫めるのではなく、「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、**相手の気持ちをくみ取**ります。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。
- * テレビで**衝撃的な映像**が何度となくくり返し放映されますが、認知症の人にはあまり見せない方が良いでしょう。健常な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。
- * 避難所では認知症の人に**役割**がありません。そしてただじっと座っているだけだと、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、片付け作業など、**日課**を作ることが**生き甲斐**となり、認知機能の維持やBPSDの予防に役立ちます。
- * **肩たたき**などの非言語的コミュニケーションのすすめ: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。認知症の人に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を集めて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**が大切です。
- * 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りますので参考にして下さい。

3. 徘徊対策の環境調整

- * 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**を手伝ってもらする必要があります。
- * 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。
- * 徘徊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

認知症の方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**をされています。認知症の人にさまざまなBPSDが認められても、医療者はまず家族と同盟関係を結んで、**安心感を与えてあげるような言葉**をかけてあげることが最も大切です。

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。介護者に対して、不安が強い場合は、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などの処方が有効なケースもあります。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6-8ページを参照して下さい。
- * **医療が必要な介護者**も多いと思います。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あるいは不安定化させます(それが、認知症の介護に悪影響を与えます)。介護者の方にこそ、睡眠薬などの薬物療法を考慮したほうが良いかもしれません。
- * 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**の情報を12ページに掲載しています。

IV. ケアスタッフへの心理サポート

被災された認知症の人を、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**ですね。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**や**休息をとることの必要性**を伝えなければなりません。抗不安薬や睡眠導入薬の処方が必要になることもあるでしょう。

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。「つらい」「大変」「苦しい」「疲れた」などネガティブな言葉は口にしないように心がけましょう。スタッフ同士で積極的にほめ合いましょう。
- * 「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。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。

V. 情報提供やサポート体制

- * 日本認知症学会ホームページで、**専門医リスト**を閲覧できます。
<http://dementia.umin.jp/>
- * 日本老年精神医学会ホームページで、**専門医リスト**を閲覧できます。
<http://www.rounen.org/>
- * 認知症の人と家族の会の**電話相談**
 - ・ 0120-294-456（通話料無料）、携帯やPHSは075-811-8418で有料
 - ・ 土・日・祝日を除く毎日、午前10時～午後3時
- * 認知症介護情報ネットワーク（DC ネット）の**災害時における「支援ガイド」**
<https://www.dcnet.gr.jp/earthquake/>
- * **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）：米国で開発された震災被害者のこころのケアマニュアルです。兵庫県こころのケアセンターのホームページ <http://www.j-hits.org/psychological/>からダウンロードできます。
- * **日本内科学会の災害医療活動**：時間経過を追って有用な情報を掲載してあります。
<http://www.naika.or.jp/saigai/>
- * **介護支え合い電話相談** 03-5941-1038
 - ・ 電話相談は平日月～木曜日 午前10時～午後3時
 - ・ 認知症介護研究・研修東京センターを運営する社会福祉法人浴風会が開設

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医療職の人に敬意を表します。このマニュアルが少しでも現場の医療に役立てば幸いです。

なお、このマニュアルは、日本認知症学会のホームページ (<http://dementia.umin.jp/>) からダウンロードできます。日本認知症学会では、このほか、家族介護者と介護者向けの支援マニュアルも作成・掲載しています。

なお、2版は東日本大震災で作成した1版を改訂したものです。

発行 一般社団法人日本認知症学会

事務局 〒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)