

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル

<介護用 詳細版>



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

このマニュアルの目的と対象	1
I. 本人への支援＜介護家族や介護職等が提供する支援＞	2
1. 代表的な症状への対応	2
1) 不安への対応	2
2) いらいら・興奮などへの対応	3
3) 幻覚・妄想への対応	4
4) うろうろと歩き回ることへの対応	6
5) アパシー（意欲の低下・無関心）や抑うつへの対応	6
6) 不眠への対応	7
7) 排泄の問題への対応	7
2. 認知症介護に必要な医療の知識	8
1) せん妄	8
2) 認知症の投薬の基本	10
3) 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	11
4) 認知症を疑わせる症状	12
3. 認知症の人の環境調整	12
1) ストレスを減らす	12
2) 混乱をなくす	13
3) うろうろと歩き回ることへの対応	15
II. 家族介護者への支援	15
1. 家族介護者の不安	15
2. 相談役	16
III. ケアスタッフへの支援	16
IV. お役立ち情報	19

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル＜介護用詳細版＞

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

このマニュアルの目的と対象

このマニュアルは、このたび被災され、避難所などで生活されている認知症の人と家族、およびその介護職の人達などを支援するために作られています。

また、このマニュアルは、既に認知症の診断を受けている方を想定して書いています。これまで診断されていない方でも、認知症を疑わせる症状（12 ページ参照）が出てきたら、認知症なのか一過性の症状（偽性認知症やせん妄）なのか、経過を見て、きちんと診断を受ける必要があります。

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。人間の欲求を、必要度を元にして順に示すと、まず「寝る場所と食べ物の確保」、次に「健康状態の維持」、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。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整備が先決です。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介護マニュアルをめざしています。

なお、本マニュアルは、被災現場での介護のアドバイスを載せたものです。最終的な判断は、現場で介護している方々に委ねます。

I. 本人への支援＜介護家族や介護職等が提供する支援＞

1. 代表的な症状への対応

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、^{しょうそう}焦燥（いらいら）、幻覚、妄想など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。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るので、薬物投与よりも、まずは適切なケアや環境調整、健康チェックが大切です。

また、BPSDは発現を未然に防ぐこと、あるいは出現時に早期に対応することが大切です。普段の生活の中で、本人の言うことを否定せずに聞く、共感を示す、^ほ褒める、など本人が安心する介護を心がけることが、BPSDの発現を防ぐことにつながります。もしかするとBPSDかなという^{ちょうこう}徴候が現れた場合は、まずは身近な専門職に早めに相談して対応を考えましょう。

1) 不安への対応

- * 認知症の人は、以前は当たり前できていたことがうまくできず、また記憶力が低下すると時間の流れがわからず、普段から不安を抱えています。不安な認知症の人が安心できるのは、周囲の人との温かいコミュニケーションです。笑顔で優しい声かけなどのポジティブな対応が望まれます。逆に、大声で叱ったり、厳しく間違いを指摘したりすると、不安が増大します。これが基本原則です。
- * 認知症の人は、精神的に不安定になりやすい傾向があるため、特に慣れた環境から大きく変わった状況におかれ、さらに、いつも一緒にいた家族や隣人、知人が周囲に見当たらないと不安症状が

より強くなることが予想されます。

- * 認知症の人は、周囲の人々の様子や表情、態度、話し方にとても敏感です。周囲の人が強い口調で注意したり怒ったりすると、言われた本人は、“なぜこんなことを言われるのだろう？”“自分は家族や知り合いから嫌われているのか？”“自分は邪魔者なんだ”などの想いが浮かんでくるかもしれません。そこから、不安感あるいは怒り、恐怖などの感情が生じて精神的に不安定な状態になることもあります。この状態が誘因となって不眠やいらいらなどが出現してくることも少なくありません。
- * 困難な状況の中でも、家族や周囲の人々は笑顔で本人の目をみながら優しい言葉で話しかけるようにしたいものです。そして、本人の訴えや想い、辛さを周囲の人々はしっかり受け止めていますよ、とのメッセージを発信することが重要です。このメッセージは、必ずしも言葉だけではなく、うなずく、あるいは優しく手を握る、肩を抱くなどの行動でも伝えることができます。
- * 認知症の人と一緒にいる時間を多く取る、一緒に行動することで本人は安心できることが多いと思います。この人と一緒にいれば自分は安全なのだ、ここにいれば自分は大丈夫、と本人が感じられる対応を心がけるようにしましょう。

2) 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、薬で抑えようとする前に、優しい態度で接し、その人の気持ちを探って下さい。そして、いらいらの原因を見つけ、取り除いたり緩和したりすることができれば、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のも一つの方法です。自分の思いを吐き出すことで、その後、精神的な安定が得られるかもしれません。一緒になって怒らずに、その思いを受け止めましょう。

- ＊ せん妄に伴う興奮の場合は、せん妄の誘因（8 ページ参照）を除去するとともに、せん妄の治療も必要になります。
- ＊ 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）やガランタミン（レミニール®等）、リバスチグミンパッチ（イクセロンパッチ®、リバスタッチパッチ®等）などのコリンエステラーゼ阻害剤が処方されていることが多いと思います。これらの薬剤は認知機能や意欲を高めますが、いらいらが悪化することが稀にあります。これらの薬剤の減量～中止を試みるのも一つの方法ですので、医師にご相談下さい。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るので医師に薬をチェックしてもらいましょう。
- ＊ 周囲の人に危害を加えるような場合は、早く医師に診てもらいましょう。

3) 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、物が無くなったことは事実なので、まずは訴えに耳を貸し、穏やかに対応します。本人の言っていることは否定せず、「そう思うんですね」「つらいですね」などと共感的な言葉かけを行った上で、可能であれば話題を変えたり、見守れる範囲で本人と少し離れてみたりしましょう。物盗られ妄想の背景には、不安や喪失感が隠れています。本人が安心できるケアが症状緩和に役立ちます。

- * 妄想が強い場合は、薬で軽くできることがあります。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。
- * 認知症の人にみられる幻視への対応の基本は、本人に不快なものでない時、周囲の人々に身体的な危険性がない時には、様子を見るのが一番よいと考えます。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あるからです。本人の訴える幻視と上手につき合っていく方法を考えてみましょう。たとえば、「あそこに見える人は悪さはしないから、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てくれます。
- * 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。本人には見えているので、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取り除いたり、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。
- * レビー小体型認知症は、薬の作用や副作用が強く出るので、薬については医師に相談しましょう。
- * 幻覚・妄想は、せん妄（意識障害の一種；8 ページ参照）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、

ば一っとしている、話にまとまりがない、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も、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。

4) うろうろと歩き回ることに対応

- * 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、なぜ動き回るのか（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などを探して「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。日課や役割を作ること、解決につながります。
- * 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。
- * 薬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ような場合は医師に相談しましょう。

5) 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なストレス反応として、意欲が

なく、ぼーっとしていて活動しない、落ち込んでいるといった症状が起こります。それは一過性のことが多いので、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に気づかれることがあります。
- * 認知症の人にうつ病が合併した場合、コミュニケーションがうまくとれなくなり、さらに意欲低下や体重減少といった症状を示し、対応が難しいので医師に相談しましょう。
- * うつ病と認知症の見分けは、偽性認知症（11 ページ）を参照してください。

6) 不眠への対応

- * ぐっすり眠ることは、脳の健康のためにきわめて重要です。安眠できる環境調整が重要です。
- * 昼間はなるべく身体を動かすようにし、明るい屋外へ散歩に出てみましょう。

7) 排泄の問題への対応

- * 避難所などでは、安心して排尿・排便できる環境づくりが最重要です。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→せん妄や認知症の症状悪化、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。

- * 便を軟らかくする薬（緩下剤）や排便を促す内服薬や坐薬などがあります。必要な場合は、医師に相談してください。
- * 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。目の高さくらいの所に「トイレ」「便所」などと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人に対して）定期的にトイレに誘導すると尿失禁の回数の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）。

2. 認知症介護に必要な医療の知識

1) せん妄

一般に高齢者は「せん妄」をおこしやすく、また、認知症の人はしばしばせん妄を合併します。特に、認知症の症状が急に悪化したときは、せん妄の有無を見分けることが重要です。せん妄では、身体の病気が背景に隠れている場合があり、それに対する適切な医療・ケアでせん妄が良くなることも多いからです。

せん妄は、ぼーっとして、反応が鈍く、話にまとまりがない、何かに取り憑^つかれたような表情をしている、幻覚や妄想が出る、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、といったさまざまな形をとる場合があります。

- * 認知症の人は、環境や身体状態のわずかな変化でせん妄を引き起

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。まず、全身状態のチェックをすることが大切です。ただ、認知症の人は、ご自分から症状を訴えられ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。
- * 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:頻尿治療薬（排尿回数を減らす薬）、胃潰瘍の薬、かゆみ止め、風邪薬、抗不安薬（精神安定剤）、睡眠薬、抗うつ薬、効果の強い痛み止めなどだけでなく、普段よく使われる薬剤がせん妄の引き金になる可能性があります。薬の種類・数が増えるほど、せん妄の危険性が増します。
- * 反応の鈍さや話のまとまりのなさなどの症状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、病院で検査が必要です。

2) 認知症の投薬の基本

BPSD への対応は、適切なケアや環境調整を第一に行います。投薬はあくまでも一時的な対応策です。あまり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、無理に対応する必要はありません。以下は、薬が必要な場合の要点です。

- * 認知症の薬物療法は、対症療法が基本です。いらいらして動き回ったりする活発な興奮状態なのか、やる気がなくぼーっとしている活動性が低下した状態なのか、と大きく分けて対応します。
- * 興奮を鎮める薬は、体の動きやバランス、飲み込みなどを悪化させる可能性があります。ふらつきや眠気、飲み込みが悪いなどの副作用が出現したらいったん内服を止めて医師に連絡しましょう。強い効果はないですが、注意して使うと副作用が少ない漢方薬もあります。
- * ドネペジル（アリセプト[®]、アリドネパッチ[®]等）やガランタミン（レミニール[®]等）、リバスチグミンパッチ（イクセロンパッチ[®]・リバスタッチパッチ[®]等）は認知機能や意欲を高める薬ですが、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）などの副作用に注意が必要です。
- * やる気がない、落ち込んでいる、などの様子が見られるときはうつ病かどうか診察を受けましょう。
- * レビー小体型認知症では、種々の薬剤に対して作用や副作用が強く出るので、薬は少量使うのが基本です。また、自律神経機能障害により失神する（意識を失う）ことがあります。そのときは、まず横になりましょう。けいれんや、呼吸をしていないなどでなければ慌てずに横になって数分間様子を見ましょう。
- * 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。

3) 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して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。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。
- * うつ病では、認知症よりも食欲低下や不眠が高率にみられます。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ってきます。認知症では、どちらかというと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がけなどのケア、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減量・中止、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、少量の抗うつ薬や抗不安薬（安定剤）などが有効かもしれません。医師に相談しましょう。
- * 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明らかになってくる場合もあります。
- * 全身性の病気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、症状が進行する場合は、病院で検査が必要です。

4) 認知症を疑わせる症状

以下の症状がいくつか見られたら認知症かもしれません。早めの気づきが大切です。

- * 同じことを何度もくり返し聞く
- * 被災したことを忘れている、避難所にいることなどが分からない
- * 置き忘れ、しまい忘れが多く、頻繁に捜し物をする
- * 無くなったものを盗られたという
- * 出来事の前後関係がわからなくなり、日にちが混乱している
- * 薬を管理してきちんと内服することができなくなった
- * 複雑な話を理解できなくなった

3. 認知症のひとの環境調整

1) ストレスを減らす

- * 認知症のひとの心は、周囲の状況の鏡です。周りのひとが穏やかだと落ち着きますが、周りのひとがいらいらしているといらいらしてしまいます。あなたは一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ひとがいますよということを、言語を通してあるいは言葉使いや態度で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をとることができるでしょう。不眠はせん妄を誘発します。
- * 知り合いが近くに居る環境が必要です。認知症のひとを見知らぬひとの中で一人にしないようにしましょう。手を握ったり、優しく声

をかけたりすることが有効です。一人でいると、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^{そば}に付き添ってもらうようにしましょう。

- * 認知症の人が安心して排泄できる場所を確保しましょう。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、落ち着ける場所になるべく早く移れるよう、担当者に相談しましょう。介護保険を既に利用している人はケアマネジャーに、介護保険未申請の場合は地域包括支援センターに早急に相談しましょう。サービスの利用についてご本人が気が進まないという場合もありますが、まずは安全で落ち着ける環境に移ることを優先し、ショートステイ等の一時的な入所サービスの利用をためらわないことも重要です。自宅での介護を再開するには、まずご家族の生活の立て直しが肝要で、それが認知症の本人にとっても良い結果に繋がります。

2) 混乱をなくす

- * 一人にしない。トイレや入浴等で認知症の人から離れなくてはいけないときは、避難所の方や周囲の方に一緒にいていただく、一緒におしゃべりしていただくなどをお願いしましょう。すべて一人で抱え込まず、周囲に助けを求めましょう。
- * 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、その原因となっているものを取り除くように努めます。原因がはっきりしない時は、前出の項目で記載されている BPSD の誘因に該当するものはないかを検討してみましょう。

- * 散歩も有効です。明るいところでの律動的な運動は、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（エコノミー・クラス症候群）を誘発します。
- * く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。
- * 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、使わないことによる心身の^{おとろ}衰え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、認知機能だけでなく心身の機能の維持に役立ちます。
- * 肩たたきなどの非言語的コミュニケーションは^{すす}お奨めです。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。認知症の人で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。
- * 特に、体育館のような広い避難所では、道具置き場等の小さな部屋を利用して、デイサービスのように介護の必要な方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。人との触れ合いは大切です。
- * 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ります。

3) うろうろと歩き回ることへの対応

- * 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^{すみ}衝立^{ついたて}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 が原因で周囲の人達から非難されて避難所に居られなくなることがないように、周囲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。

Ⅱ. 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して、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、本人を責めたりせず、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。介護者が倒れては大変です。遠慮しないで、自分の状態も診てもらいましょう。不安が強い場合は抗不安薬(安定剤)、うつ状態の場合は抗うつ剤を医師に処方してもらうことも

可能です。適切な治療で、重度化の悪循環から抜け出せるようになることが望めます。

- * 介護者が倒れないよう、健康チェックと、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とても重要です。不眠は、介護者の精神状態を悪化させ不安定にします。そして、それが認知症の人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しまいがちですが、介護者の方は遠慮しないで、自分の状態も相談して、必要な診察を受けましょう。
- * 家族同士でたくさんほめあい、ねぎらいあってください。介護者の笑顔は認知症の人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。まずは介護や医療の専門職に相談しましょう。介護保険利用者はケアマネジャー、介護保険未申請あるいはケアマネジャーがまだいない方はお住まいのエリアの地域包括支援センターが相談先です。
- * 介護者の話を聞いてくれるような親戚や友人と連絡が取れる情報環境（電話など）は大切です。
- * 電話相談の情報を 19 ページに掲載しています。

Ⅲ. ケアスタッフへの支援

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しょうが、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。不眠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。現在は様々な災害支援チームがありますので、積極的に支援を求めて下さい。

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、それに対する支援が大切です。

＊ 前向きな挨拶や声かけ：「大変だね」という挨拶はやめて、「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知れないので、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。

Ⅳ. 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.dcnets.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

〈介護用 詳細版〉

2025 年 3 月 31 日 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)

