

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル<介護用> 1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

はじめに

このマニュアルは、家族介護者と施設等の介護職を合わせた**介護用**に作られています。このたびの大震災で被災され、避難所などで生活されている認知症の人と家族、およびその介護職の人達を支援するために、日本認知症学会の専門医が知恵を出し合い、現地で役立つことを目標にして作られています。

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。認知症を疑わせる症状（6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。

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。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としています。認知症の人と家族がぐっすり寝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・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**があります。行動・心理症状は、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。

また、**行動・心理症状は予防が大切です**。普段の生活の中で、本人の言うことを否定せずに聞いてあげる、褒める、安心を与える介護を心がけることが、行動・心理症状の予防につながります。また、不眠が続くときや、徴候が現れた場合は、早めに相談・対応しましょう。

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(4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。
- * 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、**アリセプト**が処方されていることが多いと思います。アリセプトは認知機能や意欲を高めませんが、生活・介護環境が悪いと易怒性や暴言・暴力などを悪化させることが稀にあります。他に興奮の原因が見当たらない場合は、アリセプトの減量～中止を試みるのも一つの方法です。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ります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、医師に診てもらいましょう。

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。
- * 妄想が強い場合は、薬で軽くすることができます。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。
- * 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よいと思います。無理に薬剤で幻視を消失させようとする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るとよいと思います。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も、介護者はそれを**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。周りの人には見えていないことを、割と受け入れてくれます。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、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。
- * レビー小体型認知症の人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；4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、ボーッとしている、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。
- * 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。
- * **服の裏**には、氏名、携帯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。
- * 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。

4) 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なストレス反応として、意欲がなく、ボー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。それは脳しんとうのように**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**認知症が発症**することがあります。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障害され、また意欲低下や体重減少といった症状を示し、発見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（5ページ）を参照してください。

5) 不眠への対応

- * ぐっすり眠ることが、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必要です。
- * 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連れ出しましょう。

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→せん妄や認知症の症状悪化**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。
- * 便を軟らかくする薬（緩下剤）や排便を促す内服薬や座薬などがあります。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、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)。

2. 認知症介護に必要な医療の知識

1) せん妄

認知症の人には「せん妄」がしばしば合併します。そして、認知症の症状が悪化したときは、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。せん妄は、ボーッとしたり、反応が鈍く、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ような状態です。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、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、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れば、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**：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（安定剤）、睡眠薬、抗うつ剤などだけでなく、多くの薬剤がせん妄の引き金になる可能性があります。薬の種類・数が増えるほど、せん妄の危険性が増します。
- * **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がありますので、病院で検査が必要です。

2) 認知症の投薬の基本

行動・心理症状への対応は、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、無理に薬を使う必要はありません。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。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内服をやめて医師に連絡しましょう。効果は弱いですが、注意して使うと副作用が少ない漢方薬もあります。
- * **アリセプト**や**レミニール**（新発売）は認知機能や意欲を高める薬ですが、避難所などでは、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。けいれんがなければ慌てずに数分間様子を見ましょう。
- * 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を管理するほうが安全です。

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、本当の認知症ではなく、偽性認知症といえます。

- * 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。
- * 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、気持ちや内向的、自分を責める、罪業感などが目立ってきます。認知症では、どちらかというとも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減量・中止などで回復します。認知症と決めつけずに、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、少量の抗うつ薬や抗不安薬(安定剤)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、**隠れていた認知症**が現れ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

以下の症状が幾つか見られたら認知症かもしれません。介護者が早めに気づいてあげましょう。

- * 同じことを何度もくり返して尋ねる
- * 震災を受けたことを忘れていたり、避難所にいることなどが分からない
- * 置き忘れ、仕舞い忘れが多く、頻りに捜し物をする
- * 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. 認知症の人の環境調整

1) ストレスをなくす

- * 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人間がいることを、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

て睡眠をとることができるのです。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。認知症の人を見知らぬ人の中で一人にしないでください。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う必要があります。
- * 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ける場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

- * **一人にしない**。見知らぬ人の中に放置すると不安が募り、行動・心理症状に結びつきます。
- * 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。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て放映されますが、認知症の人にはあまり見せない方が良いでしょう。映像が焼き付いて思い出してしまうフラッシュバック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、廃用性の脳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、生活意欲を高め、認知機能の維持にも役立ちます。
- * **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。認知症の人にも他人の役に立つ喜びを感じ、行動・心理症状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。

3) 徘徊への対策

- * 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。
- * 徘徊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はないよう、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。

II. 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**をしています。認知症の人にさまざまな行動・心理症状が認められても、本人を責めないよう、家族に**安心感を与えてあげるような言葉**をかけてあげ、家族が穏やかな状態であ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。介護者が倒れては大変です。遠慮しないで治療を受けましょう。不安が強い場合は抗不安薬（安定剤）、不眠なら睡眠薬（眠剤）、うつ状態の場合は抗うつ剤を医師に処方してもらいと良いでしょう。適切な治療で、重度化の悪循環から抜け出せるようになります。
- * 介護者が倒れないよう、健康チェックと降圧剤の投薬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**がとても重要です。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。そして、それが認知症の介護に悪影響を与えます。介護者の方は遠慮しないで治療を受け、眠剤などをもらってください。
- * 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 9～10 ページに掲載しています。

Ⅲ. ケアスタッフへの支援

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、倒れるまでがむばらずに**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、それに対する支援が大切です。

- * **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。

Ⅳ. 情報提供やサポート体制

- * 日本認知症学会のホームページで、**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、**一般の方からの電話相談**に応じています。 <http://www.rounen.org/>
- * 東北関東大震災 認知症の方の支援に関する**情報のサイト**

<http://sites.google.com/site/ninchishoshiennptect/>

- * 認知症の人と家族の会の「被災した家族のための情報」

<http://www.alzheimer.or.jp/?p=2293>

電話相談は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

- * いつどこネットの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

http://itsu-doko.net/support_refugees/support_guide.pdf

- * 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、兵庫県こころのケアセンター <http://www.j-hits.org/psychological/index.html> からダウンロードできます。

- * 介護支え合い電話相談 0120-070-608（フリーダイヤル）

・電話相談は平日月～金曜日午前10時～午後3時 携帯電話からも無料

・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

- * 厚生労働省のホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/>) に震災に関連した情報が掲載されています。「厚生労働省からのお知らせ」をクリックして入ります。

さいごに

被災地で、認知症の人のために奮戦している家族や介護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介護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、医療職向けの支援マニュアルも作成しています。

アドレス：<http://dementia.umin.jp/>

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

委員：山口晴保（委員長）、大澤 誠、藤本直規

オブザーバー：森 啓（理事長）、池田研二（副理事長）、中島健二（専門医制度委員長）、
秋山治彦（事務局）、川畑信也（実践医療）、栗田主一（現地活動）、
高橋 智（現地活動）

介護用 1版 2011年4月18日作成

発行：日本認知症学会

事務局 〒156-8506 東京都世田谷区上北沢 2-1-6

（財）東京都医学総合研究所内