

## 3. 高齢者災害時医療—精神面への対応—

服部 英幸

**要約** 被災した高齢者では環境の激変、身体合併症の発生、認知症合併などの影響が大きく、他の年齢層とは異なった対応を必要とされる。新たに発生する不安障害などのほかにもともと罹患していた認知症の悪化（症状変化）が高頻度に見られることが報告されている。被災直後は、対症的な安静、安全な環境の実現と、サポートの提供による安心感の提供を行う。既往精神疾患の増悪、医療機関の被災による断薬に注意する。災害や復興に関する情報提供を十分に行う。さらに、援助者への心のケアも重要である。ローテーションの確立、デブリーフィングなどで燃え尽き症候群の予防に努める。

**Key words** : 外傷後ストレス障害, 急性ストレス障害, 認知症, せん妄

(日老医誌 2012 ; 49 : 159-163)

## はじめに

災害発生時には被災者に、身体的ダメージのみならず精神的ダメージを与え、その影響が長期にわたる。今回の東日本大震災においても高齢者の医療の重要性が改めて認識されているが、被災後の精神症状のデータに関しては、今後の推移を見守るの必要があり、現段階で公表できるものはない。本論では過去の災害、とくに1996年におきた阪神大震災における高齢者の精神症状の調査報告を中心に、災害時の高齢者精神医療について述べる。

災害時における高齢者の精神症状  
—過去の報告から

高齢者に限定していない報告では、1999年の台湾での震災後、被災者に認められた精神疾患の頻度は61%であった。その中で、高頻度であったのが外傷後ストレス障害(PTSD)(37%)、大うつ病(16%)、急性ストレス障害(Acute Stress Disorder, ASD)(9%)であった<sup>1)</sup>。日本における報告では新潟中越地震発生直後には59.3%に心理的困難を感じたという。関連因子としては女性、震災時の強い恐怖感、震災後も自宅にいること、外傷受傷が有意であった<sup>2)</sup>。これまでの報告をまとめると、被災直後にはASDその他の精神疾患が60%程度の出現

頻度があり、そのうちの10%から40%がPTSDに移行するものと考えられる(図1)。高齢者に関しては阪神大震災において、震災後6カ月間に大学病院、医療センターレベルの病院に受診した65歳以上の高齢者の精神疾患を後ろ向きに調査すると認知症、せん妄、うつ病などの気分障害、不安障害(急性ストレス障害(ASD)およびPTSDを含む)、身体表現性障害、睡眠障害が多かった<sup>3)</sup>。また、地震発生後1週間以内に認知症患者の43%に症状の変化があり、震災前には重度よりもむしろ軽度の認知症であった例に症状悪化例が多かった<sup>4)</sup>。ASDやPTSDを発症する例は少なく、せん妄状態となる例が多かった<sup>5)</sup>。これまでの報告をまとめると、全年齢で被災者に認められる精神疾患は環境変化、近親者の死、財産の消失などへの心理的反応としてのPTSD、う

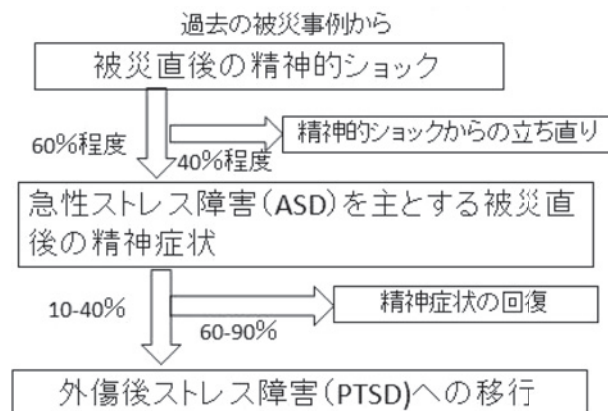


図1 被災後の精神疾患の頻度

Mental management of elderly people in the wake of disasters

Hideyuki Hattori : 独立行政法人国立長寿医療研究センター行動・心理療法部

表1 急性ストレス障害 (acute stress disorder: ASD) の診断基準 (DSM-IV-TR)

- 
- A. その人は、以下の2つがともに認められる外傷的な出来事に曝露されたことがある
- (1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、あるいは自分または他人の身体の保全に迫る危険を、患者が体験し、目撃し、または直面した
  - (2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである
- B. 苦痛な出来事を体験しているあいだ、またはその後、以下の解離症状の3つ (またはそれ以上) がある
- (1) 麻痺した、孤立した、または感情反応がないという主観的感觉
  - (2) 自分の周囲に対する注意の減弱 (例: “ぼうっとしている”)
  - (3) 現実感消失
  - (4) 離人症
  - (5) 解離性健忘 (すなわち、外傷の重要な側面の想起不能)
- C. 外傷的な出来事は、少なくとも以下の1つの形で再体験され続けている: 反復する心象、思考、夢、錯覚、フラッシュバックのエピソード、またはもとの体験を再体験する感覚; または、外傷的な出来事を想起させるものに曝露されたときの苦痛
- D. 外傷を想起させるような刺激 (例: 思考、感情、会話、活動、場所、人物) の著しい回避
- E. 強い不安症状または覚醒の亢進 (例: 睡眠障害、易怒性、集中困難、過度の警戒心、過剰な驚愕反応、運動性不安 (落ち着きのなさ))
- F. その障害は、臨床上著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている、または外傷的な体験を家族に話すことで必要な助けを得たり、人的資源を動員するなど、必要な課題を遂行する能力を障害している
- G. この障害は、最低2日間、最大4週間持続し、外傷的な出来事の4週間以内に起っている
- H. 障害が、物質 (例: 乱用薬物、投薬) または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではなく、短期精神病性障害ではうまく説明されず、すでに存在していたI軸またはII軸の障害の単なる悪化でもない
- 

つ病などの気分障害が高頻度であるが、高齢者においては新たに発生する不安障害などのほかにもともと罹患していた認知症の悪化 (症状変化) が高頻度に見られることがわかる。

### 急性ストレス障害 (ASD) と 心理外傷後ストレス障害 (PTSD)

災害後に発生する精神疾患のうち、重要であるのはASDおよびPTSDである。ASDは極めて大きなストレスが加わったときに生じる急性反応である。原因となった事象発現後、数分以内に症状が出現し、数時間から数日以内に終息する。ぼんやりとして注意力が低下し、呼びかけてもその場にそぐわないような応答をする。気分が不安定で過敏となる。衝動的に走り出したりするが、本人は後になっても記憶がない。身体面では頻脈、発汗などの自律神経症状を伴うことが多く、パニック発作状態となる。自分の状態を言語化できる例では抑うつ、不安、絶望を訴えることが多い。症状は多様で変動しやすい。

PTSDの典型的な症状は心的外傷後、数週から数カ月の潜伏期間を経た後に症状が発現する。ASDからそのまま移行することもある。他の人々からの孤立、周囲への無反応、アンヘドニア (喜びの消失)、心的外傷の想起へとつながるような活動や状況の回避などといった持続的な状態を背景としながら、侵入的な回想 (フラッシュバック) や夢という形で心的外傷が繰り返し再現されるエピソードである。原因となった心的外傷を想起させる

きっかけとなるようなものへの恐怖とその回避もよくみられる。自律神経失調 (発汗、動機などの身体症状として表現される) や驚愕反応の亢進、不眠などを伴い、自殺念慮もまれではない。ASDおよびPTSDの診断基準について表1、表2にまとめた<sup>6)</sup>。

### 精神疾患発生に関与する因子

災害による激しい環境変化、自身の受傷、近親者の受傷、死など、受け止めがたい状況にいきなりさらされることになるため、災害発生後の被災者において高頻度に精神疾患が発生することが報告されている。その背景になる因子を理解することで、精神医療的対応がより円滑になる。精神疾患発生に関与すると思われる因子には以下のようなものがある<sup>7)</sup>。

#### ア 心的トラウマ

災害そのものの強烈な心理的圧倒により被災者自身の精神が打ちのめされる。

- ・災害による体感 (地震の揺れ、音、火災の炎や熱など)
- ・災害による被害 (負傷、近親者の死傷など)
- ・災害の目撃 (遺体の目撃、損壊した建物や悲惨な場面の目撃)

その結果として、不安、落ち着きのなさ、情動的混乱、不眠、PTSD、ASDなどが生じる可能性がある。

#### イ 喪失

被災による近親者の死別、負傷、家財の喪失など、それまで日常を支えていたものが一挙に失われる事態に遭

表2 外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder : PTSD) の診断基準 (DSM-IV-TR)

- 
- A. その人は、以下の2つがともに認められる外傷的な出来事に曝露されたことがある
- (1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、あるいは自分または他人の身体の保全に迫る危険を、患者が体験し、目撃し、または直面した
  - (2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである
- 注：こどもの場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある
- B. 外傷的な出来事が、以下の1つ（またはそれ以上）の形で再体験され続けている
- (1) 出来事の反復的、侵入的、かつ苦痛な想起で、それは心象、思考、または知覚を含む
  - 注：小さいこどもの場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある
  - (2) 出来事についての反復的で苦痛な夢
  - 注：こどもの場合は、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある
  - (3) 外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする（その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものも含む）
  - 注：小さいこどもの場合、外傷特異的なことの再演が行われることがある
  - (4) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに曝露された場合に生じる、強い心理的苦痛
  - (5) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに曝露された場合の生理学的反応性
- C. 以下の3つ（またはそれ以上）によって示される、（外傷以前には存在していなかった）外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺：
- (1) 外傷と関連した思考、感情、または会話を回避しようとする努力
  - (2) 外傷を想起させる活動、場所、または人物を避けようとする努力
  - (3) 外傷の重要な場面の想起不能
  - (4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退
  - (5) 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚
  - (6) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情をもつことができない）
  - (7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、こども、または正常な寿命を期待しない）
- D. （外傷前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進状態で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される
- (1) 入眠困難、または睡眠維持の困難
  - (2) 易怒性または怒りの爆発
  - (3) 集中困難
  - (4) 過度の警戒心
  - (5) 過剰な驚愕反応
- E. 障害（基準 B, C, および D の症状）の持続期間が1カ月以上
- F. 障害は、臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている
- ? 該当すれば特定せよ：
- 急性：症状の持続期間が3カ月未満の場合
- 慢性：症状の持続期間が3カ月以上の場合
- ? 該当すれば特定せよ：
- 発症遅延：症状の発現がストレス因子から少なくとも6カ月の場合
- 

遇する。喪失による悲嘆とともに、近親者をたすけられなかった罪責感を強く感じる。高齢者においてこの傾向が著しいことが報告されている<sup>8)</sup>。さらに、被災地における援助の遅れなどに対する怒りもあり、気分が不安定になりやすくなる結果、うつ病、不安障害が生じやすくなる。

#### ウ 被災による2次的な社会生活の変化

認知症を伴っている高齢者では、生活環境の変化により症状悪化を招きやすいが、災害後の避難所仮設住宅での生活により、せん妄発症、認知症の悪化、うつ病、心気的傾向（身体不定愁訴が増えること）などが生じやすくなる。

## 被災者に対する精神医療対応<sup>7)</sup>

### 1. トリアージ

被災者の精神的ケアの必要性に応じたトリアージを行い、必要性の高い集団から介入を行う。ハイリスク者は、他のトラウマ的出来事の既往・合併、家屋の喪失、職業基盤の喪失、災害弱者（乳幼児、高齢者、身体障害・知的障害を持つ者、日本語を母国語としない者）や災害弱者のケアをしている者、女性、精神疾患の既往のある者、などである。

### 2. 精神医療的介入の方法

まず、被災者の話に耳を傾ける。傾聴は精神医療的介入の基本であって専門家である必要はない。もっとも良い聞き手は家族、親族、友人である。そういう人との連

表3 急性期、亜急性期の心のケアの要点

1. 安全を保障し、安心感をもたらす
2. 具体的な行動をとれるように手助けをする
3. セルフケア不足を補う
4. ストレス反応を理解し、回復の見通しをもてるよう援助する
5. 被災体験を語れるようにサポートする（ただし、強要はしない）
6. 被災体験を共有できる人々との結びつきを援助する
7. 被災前の通常のライフスタイルを取り戻せるよう援助する
8. 個別相談に対応する

絡が取れるように、落ち着いて話すことが出来るような環境を持つことができるように配慮する。医療者が話す場合、話すことを促したり、感情を表現させるような誘導（デブリーフィング）はかえって、トラウマを誘発することがあり、すべきでないという考えが主となってきている。また、話しているうちに興奮するなどの状態の悪化が見られたときには、中断し、その後のケアを約束する（表3）<sup>9)</sup>。以下に、薬物療法を含めた介入の要点をまとめる<sup>7)</sup>。

1. 直後の一週間ほどは、症状の変遷が激しく診断が確定しにくいので、対症的な安静をはかる。安全な環境の実現と、サポートの提供による安心感の提供を行う。また、可能な限り安眠の確保に努めるべきであるが、余震が有るときなど、眠ることへの恐怖もあるので、その点に配慮する。

2. 既往精神疾患の増悪、医療機関の被災による断薬に注意する。

3. 投薬は、入眠剤・抗不安薬は心的依存を形成しないように、頓用で与えることが望ましい。

4. 現実の災害や復興に関する情報提供を十分に行う。

5. 災害によって新たにもたらされた疾患の診断は、約1カ月時点までに確定する。その時期には、可能な限り、診断を付け、記録に残すようにする。

3. 専門病院への搬送基準（うつ状態を例に）

精神科以外のドクターが被災地での医療活動を行う際に、もっとも悩まされるのは、精神症状を示している目の前の患者をどのレベルで専門病院へ紹介すべきかの判断であろう。うつ状態は、被災者に多くみられる状態であり、薬物治療を含む様々な対応が求められることが多いが、すべての事例を搬送することは現実的でない。診察の中でうつ状態が疑われる場合は既往歴、生活歴を可能な限り聴取し、表4に示したような例では専門病院への紹介、搬送を考慮する。

表4 うつ状態を示す患者の搬送基準

うつ病が重症であり、食欲低下などで全身管理が必要  
認知症合併など診断に苦慮する  
精神病症状（幻覚、妄想、せん妄など）をともなっている  
薬物治療を試みたが効果に乏しく遷延化が懸念される  
自殺念慮があり、実際に企図したことがある  
躁状態の既往がある（双極性気分障害）

## 援助者への心のケア

被災者の援助活動に携わることは多大なストレスを伴うため、心理的安定を保つためのケアが必要となる。援助活動時には、過度の高揚感、万能感、同一化、燃え尽き症候群などのストレス反応がみられやすく、それに対して適切に対処していくことが求められる。以下のような点に注意する<sup>7)</sup>。

1. 医療者、援助者は、災害現場や死体の目撃、過剰な業務ストレスによって精神健康被害が悪化しがちである。業務内容、時期を明確にし、一週間以上にわたるときにはローテーションなどの工夫が必要である。

2. 派遣中の不眠が、派遣後のストレス症状と関連するので、睡眠確保が重要である。

3. グループ内で自分の経験や印象、気持ちの動揺などを発表しあうデブリーフィングを、定期的におこなう。

## 東日本大震災における精神医療の問題点

今回の震災に関しては過去の地震災害にない特異性がみられる。精神医療に関するものについては以下の点が問題であると考えられる。

1. 被災地の範囲が広大であり、地震、津波、原子力発電所事故など複合した要因があること。さらに、被害の程度に格差が大きく、原因も一樣でないためにすべての地域で画一的な対応をおこなえないこと。

2. 支援機関となるべき病院、介護施設等が根こそぎ壊滅した地域では、従来の災害医療で想定されていたようなトリアージを行っても専門医療機関に搬送できず、避難所レベルで、継続して治療困難な精神疾患の治療を行わなければならないが、薬剤の調達などがきわめて困難な状況であったこと。

以上のようにこれまでの経験や知識をこえた状況が生じた今回の震災であるが、その中で、多くの医療関係者の皆様が献身的な努力をされていることは尊敬に値する。この努力が無駄にならないために我々一人ひとりの今後の行動が試されている。

## 文 献

- 1) Kuo CJ, et al: Prevalence of Psychiatric Disorders Among Bereaved Survivors of a Disastrous Earthquake in Taiwan. PSYCHIATRIC SERVICES 2003; 54 (2): 249-251.
- 2) Kuwabara H, et al: Factors impacting on psychological distress and recovery after the 2004 Niigata-Chuetsu earthquake, Japan: Community-based study. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2008; 62: 503-507.
- 3) 前田 潔, 岩井圭司: 阪神大震災—高齢被災者における精神医学—。精神神経誌 1998; 100: 723-728.
- 4) 植木昭紀, 守田嘉男: 痴呆を伴う高齢被災者への影響。老人性痴呆疾患センターでの調査から。老年精神医学雑誌 1998; 9: 44-50.
- 5) 前田 潔, 柿木達也: 大規模災害における痴呆老人への対応—阪神大震災の影響—。精神神経学雑誌 1996; 98: 760-765.
- 6) ベンジャミン J サドック, バージニア A サドック編: 融 道男, 岩脇 淳監訳: カプラン臨床精神医学ハンドブック—DSM-IV-TR 診断基準による診療の手引, 第2版, メディカルサイエンスインターナショナル, 2003.
- 7) 金 吉晴: 平成 16 年度構成労働科学研究費特別研究事業「新潟県中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究」第 5 部 精神保健活動マニュアル。
- 8) Jia Z, et al: Are the elderly more vulnerable to psychological impact of natural disaster? A population-based survey of adult survivors of the 2008 Sichuan earthquake. BMC Public Health 2010; 10: 172.
- 9) 坂田三允編: 精神看護エキスパート 7. 救急・急性期 II 気分障害・神経症性障害・PTSD・せん妄, 中山書店, 東京, 2005, p101-117.

## 理解を深める問題

- 問題 1. 災害後の高齢者の精神状態に関して正しいものを 1 つ選べ。
- a 認知症の悪化はおこらない
  - b うつ状態が多い
  - c 躁状態が多い
  - d せん妄は少ない
  - e 身体不定愁訴は少ない

問題 2. 外傷後ストレス障害について正しいものを 1 つ選べ。

- a 重度の認知症での発症は少ない
- b フラッシュバックは少ない
- c 身体症状を随伴することは少ない
- d 睡眠障害は少ない
- e 自殺念慮は少ない

問題 3. 災害後の精神的ケアについて正しいものを 1 つ選べ。

- a 派遣された医療者, 援助者へのケアは不要である
- b 被災者に気持ちを表現することをすすめる
- c 被災者のペースに合わせて傾聴する
- d 現実の災害や復興に関する情報提供は禁忌である
- e 被災者全員に同等におこなう

問題 4. 災害を経験した認知症患者に生じやすい状態に関して誤っているものを 1 つ選べ。

- a せん妄
- b 失語
- c うつ状態
- d 心氣的傾向
- e 認知機能低下

問題 5. 災害援助を行う者への精神的援助として誤っているものを 1 つ選べ。

- a 業務内容を明確にする
- b 業務を行う時期・時間は自主性を持たせる。
- c 長期の場合はローテーションを行う
- d 睡眠確保できるよう配慮する
- e グループ内で自分の経験や印象, 気持ちの動揺などを発表しあうデブリーフィングを, 定期的におこなう