

11. 精神疾患

1. 災害時の精神症状と対応に関する一般的事項

【臨床的特徴】

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。特に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で他の年齢層とはことなつた対応を必要とすることがある。

A. 疫学(被災者の精神状態はどのようになるのか)

災害発生後にどのような精神疾患が発生しやすいかについての知識を持つことは大変重要である。これまでの報告について概観する。

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心理外傷後ストレス障害(PTSD)(37%)、大うつ病(16%)、適応障害(9%)であった(表.1)¹⁾。2005年8月末にアメリカ合衆国南東部を襲った大型のハリケーンであるカトリーナの後は、急性ストレス障害(Acute Stress Disorder, ASD)発生率は62%であり、そのうちの38%から49%が慢性PTSDに移行したと予測された。ASD発症の危険因子としては女性、精神疾患の既往、災害による致傷、生命の危険を感じた体験、自分自身が現状を受け入れられないという感覚が有意であった²⁾。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³⁾。

高齢者に関しては阪神大震災において、震災後6ヶ月間に大学病院、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(ASD, PTSDを含む)、身体表現性障害、睡眠障害が多かった⁴⁾。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、震災前には軽度の認知症であった例に症状悪化例が多かった⁵⁾。ASDやPTSDを発症する認知症患者は多くなく、せん妄状態となる例が多かった⁷⁾。

これまでの報告をまとめると、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)が高頻度に見られていることがわかる(表.2)⁷⁾。

表1 被災直後の生存者120名に見られた精神疾患

| | N | % |
|-------------|----|----|
| 心理外傷後ストレス障害 | 44 | 37 |
| 大うつ病 | 19 | 16 |
| 気分変調症 | 2 | 2 |
| 全般性不安障害 | 2 | 2 |
| 強迫性障害 | 1 | 1 |
| パニック障害 | 0 | — |
| 社会恐怖 | 1 | 1 |
| アルコール依存 | 4 | 3 |
| その他の薬物依存 | 2 | 2 |
| 急性精神病 | 1 | 1 |
| 適応障害 | 11 | 9 |

文献1より引用

表2 阪神大震災の高齢者への影響

| | |
|---|-------------|
| 1 | 急性ストレス障害 |
| 2 | 心理外傷後ストレス障害 |
| 3 | せん妄 |
| 4 | 幻覚・妄想状態 |
| 5 | 認知症の増悪・顕在化 |

文献7より引用、一部改変

B. 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⁶⁾。

ア 心的トラウマ

災害そのものの強烈は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一挙に失われる事態に遭遇する。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⁸⁾。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次社会的、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、新規的傾向などが生じやすくなる。

C. 被災者に対する精神医療対応

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。（表.3）⁶⁾

表3
精神医療的介入の必要性が高い集団

在宅精神障害者
遺族
負傷者
家屋の損壊の著しい住民
長期の避難所や仮設住宅の滞在者
孤立しているもの
個人資源の少ないもの
高齢者、乳幼児をもつ家族
介護者のいる家族
外国人

文献6より作成

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.4）⁹⁾。以下に、薬物療法を含めた介入の要点をまとめる（表.5）⁶⁾。

表4

被災者への急性期・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
-

文献9より引用、一部改変

表.5 災害発生後の時期別発生疾患と対応（文献6より引用、一部改変）

| 被災後の時期 | 被災者の心理的反応 | 対応 |
|-----------------------|--|--|
| 被災直後 (1週間以内) | <ul style="list-style-type: none"> ・急性ストレス反応(不安、不眠等) ・急性ストレス障害 ・既往精神障害の悪化 ・急性期精神症状の発症 ・認知症患者等の夜間せん妄 | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 被災精神障害者の医療確保 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 被災精神医療機関の被害の確認 <input type="checkbox"/> 周辺精神医療機関の受け入れの状況の確認 <input type="checkbox"/> 入院患者の搬送 <input type="checkbox"/> オーヴァーベットの許可 <input type="checkbox"/> 被災精神医療機関あるいは周辺精神医療機関を援助するための医師等の派遣^ア <input type="checkbox"/> 被災地精神障害者の状態の確認 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 保健所や医療機関における被災地の在宅通院患者の安否や状態の確認 <input type="checkbox"/> 投薬の確保(近隣精神医療機関との連携による処方と配達システム) <input type="checkbox"/> 被災地住民への対応 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 被災地(避難所)の巡回による被災者の状況の把握 <input type="checkbox"/> 避難所における精神保健体制の確立(相談員、受け入れ医療機関など) <input type="checkbox"/> 精神保健対応の受容が高いと思われる地域への精神保健医療スタッフの派遣 <input type="checkbox"/> 電話相談(こころのケアホットラインあるいは、災害相談電話への精神保健スタッフの配置)の設立 <input type="checkbox"/> 精神保健医療対策プランの策定 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 精神保健医療対策本部の設立 <input type="checkbox"/> 対策会議の開催^イ <input type="checkbox"/> 被災者のニーズを評価、可能な資源を把握、今後の対応を検討 <input type="checkbox"/> 必要に応じて、他地域からの精神保健医療チームの派遣の依頼と受け入れ体制 <input type="checkbox"/> メディアへの対応 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 被災地自治体による報道関係者への適正な報道についての依頼 <input type="checkbox"/> 被災地域の行政、被災者へのメディアへの対応を公布 <input type="checkbox"/> 被災者を支援するスタッフ(行政担当者、保健師、保育士、教員、身体医外部からの精神保健医療チームのマネージメント) |
| 急性期 (1ヵ月位まで) | <ul style="list-style-type: none"> ・震災の衝撃による急性ストレス障害などの問題の表面化 ・様々な震災ストレス(人命、家屋の喪失、生活の変化、避難所生活による疲労や不応、家屋や経済的問題、将来の不安)からくる抑うつ、不安障害、アルコール関連障害の | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 被災者への精神的ケア <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 災害弱者(高齢者、障害者、子ども等)に対する訪問と早期介入 <input type="checkbox"/> スクリーニングを用いたハイリスク者の同定とフォロー、必要に応じた介入 <input type="checkbox"/> 避難所や仮設住宅などの訪問、見守り <input type="checkbox"/> 被災者のメンタルヘルスの悪化を予防するための啓蒙(メディア、パンフ、講習会) <input type="checkbox"/> 救援者への支援 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 救援者へのメンタルヘルスに関する啓蒙、教育(パンフ、講習) <input type="checkbox"/> スクリーニングによるハイリスク者の同定と早期介入 <input type="checkbox"/> 地域全体のメンタルヘルスへの意識の向上 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 一般被災者、学校関係者、保育士、内科医への精神健康に関する啓蒙、教育(ポスター、パンフレット、メディア、研修会) |
| 中・長期 (被災から数ヶ月後～数年) | <ul style="list-style-type: none"> ・PTSDの遷延化 ・様々な震災ストレス(人名、家屋の喪失、生活の変化、避難所生活による疲労や不応、家屋や経済的問題、将来の不安)からくる抑うつ、不安障害、アルコール関連障害の ・生活の再建の差によるはさみ状格差 | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 精神保健相談業務の拠点設置 <input type="checkbox"/> 避難所・仮設住宅での活動 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 被災住民の交流の促進 <input type="checkbox"/> スクリーニングを用いたハイリスク者の同定と訪問、必要に応じた介入 <input type="checkbox"/> 高齢者、障害者、孤立者の訪問と見守り、必要に応じた介入 <input type="checkbox"/> 一般住民に対するケア <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 教育、啓蒙 <input type="checkbox"/> スクリーニングを用いたハイリスク者の同定と訪問、必要に応じた介入 <input type="checkbox"/> 高齢者、障害者、孤立者の訪問と見守り、必要に応じた介入 <input type="checkbox"/> 救援者、地域の行政担当者への支援 <input type="checkbox"/> 地域全体のメンタルヘルスへの意識の向上 |

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ヶ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。

D. 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。援助活動時にみられるストレス反応には次のようなものがある⁹⁾

1. 過度の高揚感、万能感：

援助活動に携わることはしばしば気分の高揚をもたらし、高揚感が高まりやすい状況にある。これらが続くと万能感が高まり、自分にしかできないと思い込んで休みをとることができなくなったり、責任を人に委ねることができなくなるほど、周囲とのさまざまな軋轢や、活動の遂行への支障を生じることもある。さらに、慢性的な疲労の蓄積により、燃えつき症候群の進行を助長する結果ともなる。

2. 罪責感、罪悪感

援助者は活動が十分な成果を上げられなかったときや、援助を断念せざるをえなかったときに、不全感や罪責感を抱きやすい。意欲の低下につながったり、援助を継続できなくなる場合もある。

3. 同一化

援助者は、被災者の体験であるのに自分のことのように感じてしまうことがある。これを心理学的には同一化という。同一化はしばしば起こりがちであり、自覚しにくい現象であるが、そのことに気づかない場合には、被災者にとって本当に必要とする援助を見失う結果となる。

4. 怒りと不信

被災地での援助活動は、行き違いからトラブルが発生することも多い。効した状況で、一緒に活動している同僚や周りの人たち、組織に対して怒りや不信感が湧き起こることがある。そのような場合には、活動への志気が低下する。

5. 燃え尽き症候群

きわめてストレスフルな状況下で、能力や適応力をすべて使い果たしたとき、あるいは

対人援助による慢性的なストレス状況においてもたらされる極度の疲弊状態を燃えつき症候群と呼ぶ。燃えつき症候群は徐々に進行し、重度になるとうつ状態になることもあり、自殺のおそれも生じる。被災地で被災者への援助活動に奔走する援助者は、燃えつき状態に陥る危険性はきわめて高い。

このような援助者のストレス反応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⁶⁾。

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相関するので、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。

【文献】

1. Chian-Jue et al.: Prevalence of Psychiatric Disorders Among Bereaved Survivors of a Disastrous Earthquake in Taiwan, *PSYCHIATRIC SERVICES*,54-2,249-251,2003
2. Mary Alice et al.: Trauma and Stress Response Among Hurricane Katrina Evacuees, *American Journal of Public Health*,97,116-123,2007
3. Hideki Kuwabara et al.: Factors impacting on psychological distress and recovery after the 2004 Niigata-Chuetsu earthquake, Japan : Community-based study, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*,62,503-507,2008
4. 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*,100:723-728,1998
5. 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*、9、44-50、1998
6. 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
7. 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*,98:760-765,1996
8. Zhaobao jia, 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*,10:172,2010
9. 坂田三允編：精神看護エクスペール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、101-117

2. ストレス障害

【臨床的特徴】

一度に大きなストレスに係るか、持続的なストレスにさらされることによっておこる不適応反応として定義される。地震などの大災害においては高率に発症する。災害によるストレス反応として重要なのは

1. 急性ストレス反応 (**acute stress disorder, ASD**)
2. 心的外傷後ストレス障害 (**posttraumatic stress disorder, PTSD**)

である¹⁾。

1. 急性ストレス反応

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。発症の直接原因は外的有害事象であり、それ以前は精神的に問題なかったことが前提とされるが、もともとの精神的ストレス耐性が発症を左右する要因になる。

【症状】

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ので注意が必要である。

【経過と予後】

発生時の症状は重篤であるが、通常は一過性の経過をとる。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。しかし、大規模自然災害では30-50%の高率で PTSD に移行するという報告があり、注意深い経過観察が求められる。

【診断】

診断基準を表. 1 に示した²⁾。

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覚
 - (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週間以内に起こっている
- 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

(American Psychiatric Association<高橋三郎、ほか訳>、DSM-IV-TR精神疾患の診断・統計マニュアル、医学書院;2002⁴⁾より引用)

2. 心的外傷後ストレス障害

きわめて威圧的もしくは破壊的な事象が生じた後に生じる反応であるが、事象から遅延して発生する。ASD とおなじく、それ以前は精神的に問題なかったことが前提とされる。

【症状】

解離性の病像を中核とする。典型的な症状は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。注意の亢進を伴う自律神経の過覚醒や驚愕反応の亢進、不眠などが認められる。不安や抑うつは通常、上記の症状群や徴候に関連して出現し、自殺念慮もまれではない。

症状全体を支配しているのは、過敏と鈍麻という相反する傾向の混在である。

【経過と予後】

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。潜伏期間が6カ月を超えることはまれである。動揺性の経過をたどるが、大半の例で回復が期待できる。しかし、多年にわたる慢性的経過を示し、持続的人格変化へと移行する場合もある。

【診断】

原則として心的外傷から6カ月以内に発現していることが必要である。しかし、臨床像が典型的であり、ほかの障害が同定されなければ、出来事と発症の間隔が6カ月以上であっても「推定診断」は可能である。心的外傷が確かに存在することに加えて、記憶や心像や夢の中に、その出来事が反復的、侵入的な形で想起され、再現されていなければならない。情動的孤立感、感情の鈍化、出来事を回想させる可能性のある刺激の回避などは、しばしば存在するものの、診断に不可欠というわけではない。自律神経の障害、気分障害、行動異常などにも診断に有用だが、本質的重要性はない。診断基準を表.2に示した²⁾。

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、侵襲的、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)持続的な覚醒亢進症状で、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か月以上
- 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か月未満の場合
慢性:症状の持続期間が3か月以上の場合
▶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か月の場合

(American Psychiatric Association<高橋三郎、ほか訳>、DSM-IV-TR精神疾患の診断・統計マニュアル、医学書院;2002より引用)

【高齢者ストレス障害の特徴】

高齢者では ASD、PTSD が高率に発症する。2008 年四川大地震のあとの PTSD は高齢者において若年層に比し、有意に高率に発症した (22.5% vs 8.0%)。発症リスクの調査結果から、危険な状況にいたこと、家族のなかに死者がでたこと、家族の負傷や死亡に対して自らの罪の意識を持っていることが重要であった³⁾。

【被災地でできる治療】

環境からの離脱を優先する。激しい興奮状態であればホリゾン内服、筋肉注射を考慮する。幻覚症状を訴えていればセレネース内服をおこなう。

【医療避難所への転送を考慮すべき状態】

ASD は環境からの離脱により軽快の時間が短縮される。情報収集によって、もともと精神的に健康であった人が精神症状を示した場合は転送する。専門医の診察を速やかに受ける。

【支援病院、三次救急への転送を考慮すべき状態】

ASD では身体合併症などが無い限り必要ない。医療避難所に専門医がいない場合や薬物療法が奏効しないときは転送を考慮する。PTSD では、精神症状・行動異常が激しく、常時の管理を必要とする場合があり専門病院への転送を考慮する。

【一般避難者が受診すべき症候】

- 被災後にみられた急激な精神状態の変化、良く知っている人たちからみて「まるで人が変わったようだ」「ぼんやりして反応が鈍い」「落ち着かない様子」といった印象をもたれる。
- 頻繁にみられる過呼吸、動悸。パニック発作。身体症状との区別が困難なことがある (表.3)⁴⁾。

表3 不安に類似するよくある身体疾患との鑑別

| | |
|-----------|---|
| 狭心症／心筋梗塞 | 狭心症では心電図上、ST低下。心筋梗塞では心筋酵素値の上昇。しめつけられるような胸痛を伴うのがふつう。不安状態における痛みは通常限局的で、より表面的。 |
| 過換気症候群 | 速く、深い呼吸の既往、口周蒼白、手足のけいれん。紙袋での再呼吸に反応。 |
| 低血糖症 | 空腹時血糖値は通常50mg/dl以下；糖尿病の症状の存在－多飲、多尿、多食。 |
| 甲状腺機能亢進症 | トリヨードサイロニン(T ₃)、サイロキシン(T ₄)の上昇、重症例では眼球突出。 |
| カルチノイド症候群 | 高血圧によって不安が生ずる。尿中カテコールアミン(5-hydroxyindoleacetic acid [5-HIAA])の上昇。 |

【備蓄として必要な医薬品・医療機器】

パニック発作の鑑別に心電図。

被災地ではホリゾン 2mg 錠、10mg 注射液。リスパダール内服液、セレネース 0.75mg 錠、ベンザリン 5mg 等を用意する。

支援病院では SSRI などの抗うつ剤各種の用意が必要。

【一般避難者・一般救護者が気付く症状】

『ストレス障害に気付くポイント』

良く知っている人たちからみて以下のような印象をもたれる場合は医療スタッフに連絡してください。

- 「まるで人が変わったようだ」
- 「ぼんやりして反応が鈍い」
- 「落ち着かない様子」

また以下のような身体症状がある場合にも医療スタッフに連絡してください。

頻繁にみられる過呼吸

頻繁にみられる動悸

パニック発作

『避難所におけるストレス障害の予防のポイント』

つらいこと、苦しいことを自分自身の中に閉じ込めるのではなく、医療スタッフや親しい人に聞いてもらうようにしましょう。眠れないときや、どうしても苦しくなったときは薬物の力をかりるのも必要なことです。

【文献】

1. 野村総一郎・樋口輝彦・尾崎紀夫編：標準精神医学第4版。医学書院、東京、2009年 254-265
2. 坂田三允編：精神看護エクスペール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、83-117
3. Zhaobao jia, Wenhua Tian, Weizhi Liu, Yang Cao, in Yan, Zhisheng Shun, 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, 10:172, 2010
4. ベンジャミン J. サドック、バー吉ニア 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、東京、2003

3. うつ病・うつ状態

【症候と高齢者におけるうつ病の特徴】

災害発生後は自身の受傷、近親者の安否がわからないこと、財産の喪失などにより意気消沈した状態となる。これらは環境の激変によって生じる当然の精神反応であって必ずしも病的とはいえない。近親者の死亡などの後に見られる正常の悲哀反応とうつ病との違いを表.1に示した。ともに悲しい、つらいという訴えがなされるが、正常の悲哀反応では悲しい出来事の直後から起こり、数週間以上に及ぶことは少ないが、うつ病ではやや遅れて始まり、長期にわたる。うつ病では悲しみの体験を心理的に受け入れることができず、自分を責める気持ちが強く持続し、自殺企図にまでいたることがある。また、うつ病は単に精神的訴えにとどまらず、身体不調を伴っている。この傾向は高齢者で特に顕著である。

表.1

うつ病と正常の悲哀反応の違い

| 正常の悲しみ | うつ病 |
|----------------------------------|--|
| 1, 悲しい出来事の直後から起こる。 | 1, 悲しみの原因となる出来事が起こった後、少し遅れて悲しみが始まる。 |
| 2, 数週間以上に及ぶことは少ない。 | 2, 数週間から一年以上続く。 |
| 3, 回復の過程で悲しみの体験を心理的に受け入れることができる。 | 3, 悲しい出来事を受け入れることができない。 |
| 4, 悲しみの体験が誰にもわかるし、理解できる。 | 4, 悲しみの体験は主観的、自覚的であり、周囲がわかりにくい。自責感が強い。そこから自殺にまで発展することあり。 |

【災害地でできる診察】

1. 抑うつ傾向があるかを評価する。高齢者のうつ状態を簡便に評価する方法として Geriatric Depression Scale(GDS)15 項目版がよく用いられる (298 ページ参照)。5 点以上でうつ傾向ありと判定する。
2. ただし、上記のようにうつ病は悲哀感のみで診断することはできない。典型的なうつ病である「大うつ病」の診断基準 (DSM-IV-TR)¹⁾を表.2にまとめた。診察時には単に抑うつの傾向、悲哀感の訴えのみでなく、不眠、食欲不振、全身倦怠感など身体的な訴えがあるかに注意する。訴えがない場合でもうつ病が疑われるときは、身体的な不調がないかを問診していく。
3. うつ病および躁うつ病の既往があるかはきわめて重要な情報である。既往歴があると再発しやすくなる。
4. 特に、自責感がつよく、自殺念慮がほのめかされるような例では早めの対応をおこなう。

大うつ病の診断基準

-
- A. 以下の症状のうち5つ(またはそれ以上)が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている:これらの症状のうち少なくとも1つは、抑うつ気分 興味または喜びの喪失である。
1. 抑うつ気分
 2. 興味・喜びの著しい減退(患者の言明、または他者の観察によって示される)。
 3. 著しい体重減少、あるいは体重増加(例えば、一ヶ月で体重の5%以上の変化)
 4. 食欲の減退または増加。
 5. 不眠または睡眠過多。
 6. 精神運動性の焦燥または制止。
 7. 易疲労性、または気力の減退。
 8. 無価値観、罪責感(妄想的であることもある)
 9. 思考力や集中力の減退、または、決断困難
 10. 死についての反復思考
- B. 症状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。
- C. 症状は、物質(例:乱用薬物、投薬)の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患(例:甲状腺機能低下症)によるものではない。
- D. 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛するものを失った後、症状が二ヶ月を越えて続くか、または、著明な機能不全、無価値観への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動制止があることで特徴づけられる。
-

【予測される合併症】

高齢者うつ病では以下の3点に注意が必要である。

1. 自殺の危険性。

うつ病に罹患した患者では自殺の危険性が高まる。しかしながら自殺の前兆を知ることがはきわめて難しい。患者が自殺企図のサインを明らかにしてくれることは多くなく、また出していたとしても見落とすことが多いものだが、リスクファクターを知っておくことは有用である。高齢者における自殺のリスクファクターについてはIV章主要症候と初期治療「うつ病」の項にて解説する。

2. 精神運動抑制による全身衰弱

うつ病が重症化すると、精神身体両面で強い抑制状態となり、横になったまま動けない、何も考えられないといった状態になることがある。この状態を精神運動抑制といい、他の身体疾患による衰弱状態やとの鑑別が求められる。運動抑制がつよいと栄養、水分摂取などができなくなり低栄養、脱水症状を引き起こすまでに至る。精神抑制が強いと認知機能低下を来したように見えることがある(仮性認知症)。

3. 廃用症候群

2.と関連するが、うつ病による精神運動抑制が遷延化すると、高齢者では筋力低下や認知

機能低下を来し、日常生活動作機能の低下、身体疾患誘発などへ進展する危険性が大きい。精神面と身体面をバランスよく配慮することが求められる。

【災害地のできる治療】

災害地においては孤立、不眠などでうつ病の発症、増悪が起りやすい。精神医療的介入と薬物治療を並行しておこなう。

1. 精神医療的介入については、前章「災害時の精神症状と対応に関する一般的事項」に解説した。被災者の状況を十分把握し対応をおこなう。
2. 使用できる薬物が限定されている状況下で、まず夜間睡眠確保、不安の除去を優先する。睡眠導入剤、抗不安薬の少量投与を行なう。

【域外搬出トリアージ基準】

災害地において治療を行うことが難しい事例はできるだけ速やかに、域外搬出し専門病院に依頼する。その基準について表.3にまとめた。

表.3

専門病院への搬送基準

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)

【備蓄として必要な医薬品・医療機器】

1. 睡眠確保のための薬剤

超短時間作用型睡眠剤 (マイスリー、アモバン等)

短時間作用型睡眠剤 (エバミール、ロラメット等)

2. 不安を制御する薬剤

抗不安薬(リーゼ、ワイパックス等)抗うつ薬(選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)、パキシル、ルボックス等。セロトニンノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI))にも不安を抑える効果があるが効果発現に時間がかかることが多い。

【一般避難者・一般救護者が気付く症状】

『うつ、うつ状態に気付くポイント』

大きなストレスがあった後なので、悲しみの中にあるのは当然ですが、その他に以下の

状態があれば医療スタッフに申し出てください。

- いやなことばかり頭に浮かんで払いのけられない。
- いろいろしなければいけないのに、頭に何も浮かばない
- 身体検査や血液検査では異常がないのに体がおもくて動けない。
- 夜眠れない。
- 死ぬことばかり考えてしまう。

『避難所におけるうつ、うつ状態の予防のポイント』

難しい状況ですが、できるかぎり規則的な生活をしましょう。起床時間、就寝時間をいつも変えないようにしましょう。つらいこと、苦しいことを自分自身の中に閉じ込めるのではなく、医療スタッフや親しい人に聞いてもらうようにしましょう。眠れないときや、どうしても苦しくなったときは薬物の力をかりるのも必要なことです。

以前から、うつ病の治療を受けていた人はかならず医療スタッフに申し出てください。治療の継続が必要です。

【文献】

1. 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、東京、2003

4. 認知症にともなう精神症状・行動異常(BPSD)

【症候】

認知症は記憶障害、失見当識などの中核症状と幻覚・妄想、徘徊などの精神症状・行動異常（(Behavior Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)より構成される症候群である。BPSDは脳機能低下に基づく認知機能障害を基盤としながら、環境への対応不全として生じてくる。そのため、災害の後では、もともと認知症に罹患していた例で高率にBPSD出現および悪化が認められる。阪神大震災後1週間以内に認知症患者の43%に症状の変化があった。その内、理解・判断の症状悪化46%、気分症状悪化31%、意欲の低下15%、せん妄発症8%であった。¹⁾。表.1に阪神大震災時の認知症高齢者への心理的影響をまとめた²⁾。

表.1
阪神大震災における認知症性高齢者メンタルヘルスへの影
せん妄の発症
幻覚・妄想状態
認知症そのものの増悪・顕在化

(文献2より引用、一部改変)

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,98:760-765,1996

【予測される合併症および対応困難な状態】

認知機能の悪化やBPSDの出現により、適切なセルフケアができなくなり高齢者では栄養摂取、水分補給などを行なえず、身体機能低下を来たしうる。また、大声や徘徊等で避難所での集団生活が著しく阻害され、他の被災者、援助者の負担を増大させる結果となる。

【災害地でできる診察・検査】

次のような点を考慮して診察する

1. この患者の何が問題なのか(病態把握)

認知症は基本的に記憶障害、失見当識といった認知機能低下症状(中核症状)が存在する。これらは環境の変化で出現することはないので、被災以前の状態についての情報が重要になる。さらに、表2³⁾のような尺度を用いて患者の様子を観察することで認知症を疑う状態があるかを把握する。

2. 本当に認知症でよいのか(認知症の有無)

VI章で述べるようにその原因は多岐にわたるが、大部分はアルツハイマー型認知症など比較的緩徐に進行・変化する疾患である。したがって、災害等によりいきなり認知症を発症することは、頭部外傷などのほかは考えにくい。もし、急激な認知症様症状が出現した場合ももとの認知症の悪化ないし顕在化であるか、他の原因を考慮すべきである。表.3に認知症様状態を呈する疾患を挙げた。治療法が異なってくるので常時念頭において診察

する。

3. 認知症があるとすればどの程度か（重症度評価）

認知機能の程度は Minimental State Examination (MMSE) や改訂長谷川式認知症スケールにより評価できるが、災害地での対応として問題となる BPSD に関しては DBD (表. 4)⁴⁾、CMAI⁵⁾などを用いて評価しておくことで、治療効果判定や搬送時の情報提供手段として有用である。

表.2 OLD(Development and validation of Observation List for early sings of Dementia)
Int J Geriatr Psychiatry 2001;16:406-414

「明らかにある」の項目が4つ以上で認知症を疑う

| | 明らかにある | あるかどうか確かではない | 明らかにない | 観察評価できない |
|---------------------------------|--------|--------------|--------|----------|
| いつも日にちを忘れてる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 少し前のことをしばしば忘れる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 最近聞いたことを繰り返すことができない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 同じことを言うことがしばしばある | 1 | 2 | 3 | 4 |
| いつも同じ話を繰り返す | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 特定の単語や言葉がでてこないことがしばしばある | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 話の脈絡をすぐ失う | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 質問を理解していないことが答えからわかる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 会話を理解することがかなり困難 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 時間の観念がない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 話のつじつまを合わせようとする | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 家族に依存する様子がある(本人に質問すると家族の方を向くなど) | 1 | 2 | 3 | 4 |

表.3
臨床上問題となる認知症様症状

1.器質性脳症候群(せん妄)

症状:著しい意欲低下、突然あらわれる行動異常、物忘れ、
原因:身体疾患、薬物の影響

2.うつ状態

症状:悲哀感、微小妄想

原因:心因、環境因が大きい、悪性腫瘍その他の重大な身体疾患が誘因になることもある。

3.失語症

症状:言語表出の障害(ブローカ型)、言語理解の障害(ウェルニッケ型)

原因:脳血管障害によっておこることが多いが、ピック病の初期などにみられることもある。

表4 Dementia Behavior Disturbance Scale(DBDスケール)

以下に示すような症状が、最近1週間くらいの間に、患者さんに認められるかどうかを
(0:まったくない,1:ほとんどない,2:時々ある,3:よくある,4:常にある)のいずれかに
丸をつけてお答え下さい。

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. 同じことを何度も聞く | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. 日常的な物事に関心を示さない | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. 特別な理由がないのに夜中に起き出す | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. 根拠なしに人に言いがかりをつける | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. 昼間、寝てばかりいる | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. やたらに歩き回る | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. 同じ動作をいつまでも繰り返す | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. 口汚くののしる | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. 不適切に泣いたり笑ったりする | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. 世話をされるのを拒否する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. 明らかな理由なしに物をためこむ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. 落ち着きなくあるいは興奮してやたらに手足を動かす | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. 引き出しや筆筒の中味をみんな出してしまう | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. 夜中に家の中を歩き回る | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. 家の外に出て行ってしまう | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. 食事を拒否する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. 食べすぎる | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. 尿失禁する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. 日中、目的なく屋外や屋内を歩き回る | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. 暴力を奮う (殴る、噛みつく、ひっかく、蹴る、唾を吐きかける) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. 理由なく金切り声をあげる | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. 不適當な性的関係を持つととする | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. 陰部を露出する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. 衣服や器物を破ったり壊したりする | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. 大便を失禁する | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. 食物を投げる | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

計 点/112

Baumgarten M, Becker R, Gauthier S: Validity and reliability of the Dementia Behavior Disturbance Scale. J Am Geriatr Soc, 38, 221-226, 1990