

【災害地でできる診察・検査】

意識レベル(呼名反応の有無)・呼吸数・SpO₂・血圧・脈拍数・体温といったバイタルサインをチェックする。チアノーゼ(口唇・爪)の有無も確かめる。口腔内(咽頭発赤や後鼻漏など)や鼻腔内(発赤腫脹など)の状況を観察した後に、胸部の打診による異常所見(濁音)・聴診における異常所見(断続性ラ音・連続性ラ音・肺胞呼吸音の減弱、Ⅲ 避難所における高齢者慢性期疾患発症と対応、搬送基準・4. 感染症・(ア)インフルエンザ・肺炎を参照)の有無を確認する。

本人との会話が成立すれば、①咳の所見(表2)・②痰の所見(表3)・③呼吸器疾患・心臓疾患の既往歴・④常用している薬物(特に、呼吸器系・循環器系)・⑤災害時の胸部打撲や外傷に関する情報を入手する。

肺血栓塞栓症の危険度を評価する **Well's criteria**(下肢の浮腫と深部静脈の圧痛:3点・他の診断が見当たらない:3点・頻脈>100/分:1.5点・過去4週間以内の手術や固定:1.5点・深部静脈血栓症や肺塞栓症の既往:1.5点・血痰:1点・癌(6カ月以内の治療も含む):1点、合計点<2であれば低危険群・2<合計点<6の場合中等度危険群・合計点>6であれば高危険群²⁾の総計が2以上であれば、医療福祉所内においてポータブルエコーによる右心系負荷(右室拡大⇒右房拡大⇒下大静脈拡張)を調べる。

肺結核症が疑われる場合は、医療福祉所内での喀痰採取(Ⅲ 避難所における高齢者慢性期疾患発症と対応、搬送基準・4. 感染症・(オ)肺結核症を参照)を試みる。

気管支炎・肺炎・胸膜炎を考慮する場合は、白血球数の異常やCRP高値を医療避難所で確認する。ポータブルエコーによる胸水貯留も検査できる。

【災害地でできる治療】

①輸液療法・②酸素療法(SpO₂≥90%を維持するように)・③昇圧薬投与(収縮期血圧≥90mmHgを保つように)・④抗菌薬投与・⑤気管支拡張療法が可能である。

【備蓄として必要な医薬品・医療機器】

治療として、①輸液(1号輸液/4号輸液/5%ブドウ糖液)・②酸素(鼻カニューラ/マスク)・③昇圧薬(ドパミン)・④抗菌薬(注射用薬としてVCM/内服薬としてLVFX)・⑤気管支拡張薬(アミノフィリン)・⑥ステロイド(ヒドロコチゾン)・⑦利尿薬(ラシックス)・⑧鎮咳薬/去痰薬が挙げられる。

診察用として、①体温計・②血圧計・③SpO₂計・④舌圧子、検査機器として、①簡易血算測定装置・②CRP測定装置・③BUN/CPKの測定可能な生化学検査測定装置・④心電図計・⑤ポータブル胸部腹部エコー機器が必要である。

【福祉避難所トリアージ基準】

バイタルサインが安定している時は、鎮咳薬・去痰薬の服薬を指示して、後日、巡回診

療において再度診察する。

バイタルサインが不良な患者に対しては巡回現場にて1号輸液を開始した後、バイタルサインの持続的な観察を目的として医療避難所へ搬送する。同避難所において、酸素療法や昇圧薬投与により呼吸状態の安定($SpO_2 > 90\%$ の維持)と循環動態の安定(収縮期血圧 $> 90\text{mmHg}$ の維持)が得られるかどうか判断する。

【域外搬出トリアージ基準】

酸素療法や昇圧薬投与によっても呼吸状態の安定($SpO_2 \geq 90\%$ の維持)と循環動態の安定(収縮期血圧 $\geq 90\text{mmHg}$ の維持)が得られない場合、支援病院への域外搬出を検討する。

Well's criteria の総計が2以上でエコー上肺血栓塞栓症の危険性が考慮される時、支援病院への域外搬出を進める。

肺炎・肺結核症の域外搬出トリアージ基準に関してはⅢ 避難所における高齢者慢性期疾患発症と対応、搬送基準・4. 感染症における各疾患の基準に従う。

【(被災地)高齢者症候としての特徴】

2004年12月に発生した津波災害によるスリランカのキャンプ避難者の実態を調査した所、咳や痰を訴える方の比率は84%・70%であった。鼻咽頭スワブを用いた細菌培養では主にインフルエンザ菌や肺炎球菌が分離されたが、一部の菌株に関してはヒト⇒ヒトへ伝播を示唆するDNAパターンを示した。この所見は、感染予防としての避難所での手洗い・うがいの重要性を意味している³⁾。

また、テロ災害であるワールドトレードセンターの倒壊現場において働いた消防士や救護者の中には、気道過敏性による長引く下気道の症状(咳・喘鳴・胸部圧迫感・息切れ)を訴える方がいる⁴⁻⁶⁾。慢性呼吸器疾患(肺気腫・慢性気管支炎・気管支喘息など)を有する高齢者に対しては被災後における同疾患の急性増悪や発作に注意する必要がある。

【一般避難者・一般救護者への注意点】

咳や痰を排出している方を発見したら、直ちに巡回診療スタッフまで御知らせ下さい。そして、呼吸器感染症を予防するために、その方に咳エチケット(詳細は、Ⅲを参照して下さい)をして頂くように御説明下さい。咳エチケットで使用されたティッシュペーパーは、巡回診療スタッフへ渡して下さいように伝えて下さい。専用の容器へ廃棄します。咳や痰を排出している時は、その方と1m以上の距離を置くようにしましょう。

【文献】

1. 林 寛之. 咳・痰. 『もう困らない救急・当直』91-97, 日本医事新報社, 2009.
2. 林 寛之. 胸痛. 『もう困らない救急・当直』26-33, 日本医事新報社, 2009.
3. Watanabe H, Batuwanthudawe R, Thevanesam V, Kaji C, Qin L, Nishikiori N, Saito W, Saito

- M, Watanabe K, Oishi K, Abeysinghe N, Kunii O. Possible prevalence and transmission of acute respiratory tract infections caused by *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae* among the internally displaced persons in tsunami disaster evacuation camps of Sri Lanka. *Intern Med* 46: 1395-1402, 2007.
4. Prezant DJ, Weiden M, Banauch GI, McGuinness G, Rom WN, Aldrich TK, Kelly KJ. Cough and bronchial responsiveness in firefighters at the World Trade Center site. *N Engl J Med* 347: 806-815, 2002.
 5. Banauch GI, Alleyne D, Sanchez R, Olender K, Cohen HW, Weiden M, Kelly KJ, Prezant DJ. Persistent hyperreactivity and reactive airway dysfunction in firefighters at the World Trade Center. *Am J Respir Crit Care Med* 168: 54-62, 2003.
 6. Mauer MP, Herdt-Losavio ML, Carlson GA. Asthma and lower respiratory symptoms in New York State employees who responded to the World Trade Center disaster. *Int Arch Occup Environ Health* 83: 21-27, 2010.

(エ) 喀血

【鑑別すべき疾患・生命に関わる疾患】

喀血に関して鑑別すべき疾患を表1に示す^{1,2)}。特に、災害現場・福祉避難所・仮設住宅における高齢者に対しては、肺結核症(活動性)・肺血栓塞栓症・肺挫傷(外傷性)を見逃してはいけない。多くの疾患が内科的な保存管理が可能であるが、時に致命的になるケースがあり、緊急的に気管支動脈塞栓術³⁾や開胸止血術^{4,5)}を施行することも必要となる。

表1. 喀血に関して鑑別すべき疾患

見逃してはいけない疾患	頻度の高い疾患	頻度の低い疾患
肺結核症(活動性)	肺結核後遺症	肺炎・気管支炎(細菌性・ウイルス性・真菌性)
肺血栓塞栓症	気管支拡張症	動静脈奇形
肺挫傷(外傷性)	肺結核症(活動性)	心不全(急性肺水腫)
	肺癌	大動脈瘤穿破
		自己免疫関連肺疾患 (Goodpasture、血管炎)
		肺線維症
		薬物性(抗凝固薬、抗血小板薬)

(文献1, 2より引用)

【臨床的特徴】

血液のみを喀出する場合は**喀血**、喀痰の中に線状・点状の血液が混入する場合は**血痰**である。血液を口腔より排出した場合、その出血源を推定することが重要である。即ち、口腔内出血・鼻出血といった**上気道からの出血**と**下気道(気管・気管支・肺)からの出血**を鑑別する。さらに、上部消化管出血としての**吐血**と**喀血**を鑑別する。喀血と吐血の特徴を表2に提示する⁶⁾。

表2. 喀血と吐血の特徴

	喀血の場合	吐血の場合
出血部位	喉頭・気管・気管支・肺	食道・胃・十二指腸
前兆	喉がかゆい、胸が苦しい	嘔気、胃部不快感
出血状況	むせるように咳き込んで血を吐く	嘔吐と共に血を吐く
色	鮮紅色が多い	暗赤色が多い
血液の状態	細かい泡を含む	固まりやすい
食べたものが混じっているか	無し	有り
量	吐血より少ない	比較的大量
発熱の有無	有り	無し
便の状態	正常	黒色便やタール便有り
既往歴	呼吸器・心臓疾患	食道・胃・十二指腸・肝臓疾患
持続時間	長い	長くないが、繰り返し吐く

(文献6より引用)

大量咯血とは、1時間当たり100ml以上(1日で600ml以上)の量の咯血を指す。実際には、現場にて地面や衣服に付着した血液量を確認し、周囲のヒトから何回咯血したか情報を収集する必要がある。咯血の由来の90%以上は気管支動脈である。体循環系である同動脈は肺動脈より高圧であり、大量咯血しやすい。

【災害地でできる診察・検査】

先ず、意識レベル(呼名反応の有無)・血圧・脈拍数・呼吸数・SpO₂・体温といったバイタルサインを確認する。バイタルサインが安定している場合は、口腔内や鼻腔内の出血状況を確認した後に、胸部聴診によって異常所見(断続性ラ音・連続性ラ音・肺胞呼吸音の減弱)が認められる胸郭側を患側(出血側)と判断して、患側を下にした側臥位を取らせる。

本人との会話が可能な状況であれば、①咯血の量(コップ何杯位の出血か?)/咯血の回数・②既往歴・③常用している薬物(特に、抗凝固薬・抗血小板薬)・④災害時の胸部打撲や外傷・⑤血液型に関して確認する。

肺結核症が疑われる場合は、医療福祉所内での喀痰採取(Ⅲを参照)を試みて、抗酸菌染色鏡検・分離培養法・結核菌核酸増幅検査を実施する。

Well's criteria の総計[(ウ)咳・痰の項を参照]が2以上で肺血栓塞栓症を検討する時は、医療福祉所内でポータブルエコーを利用して右心系負荷(右室拡大⇒右房拡大⇒下大静脈拡張)の有無を調べる。

【災害地でできる治療】

①輸液療法(止血注射薬を含む)・②酸素療法(SpO₂≥90%を維持するように)・③昇圧薬投与(収縮期血圧≥90mmHgを保つように)が中心となる。

【備蓄として必要な医薬品・医療機器】

治療として、①輸液(1号輸液/4号輸液/5%ブドウ糖液)・②止血注射薬(アドナ/トランサミン)・③酸素(鼻カニューラ/マスク)・④昇圧薬(ドパミン)が挙げられる。

診察用として、①体温計・②血圧計・③SpO₂計・④舌圧子、検査機器として、①簡易血算測定装置・②血液型判定機器・③ポータブル胸部腹部エコー機器が必要である。

【福祉避難所トリアージ基準】

咯血の患者に対して巡回現場にて1号輸液を開始した後、持続的な患者の観察(バイタルサイン・咯血の量と回数)を目的として患側を下にした側臥位を維持しながら医療避難所へ搬送する。同避難所において、酸素療法や昇圧薬投与による呼吸状態・循環動態の安定を図りながら、大量咯血に該当するか確認する。単回のみでバイタルサインが安定していれば、経過観察で自然に止血する事例が多い。

【域外搬出トリアージ基準】

大量咯血に該当する場合、血塊による気道閉塞の可能性があるため、気管内挿管による気道確保を医療避難所内にて施行する。緊急的に放射線科医による気管支動脈塞栓術や呼吸器外科による開胸止血術を実施することが可能な三次救急病院への搬送を進める。その際、患者血液型の結果も搬送先の病院へ伝達する。

【(被災地)高齢者症候としての特徴】

大量咯血のため緊急開胸手術を施行された 29 例を解析した報告がある⁵⁾。この報告では、気道の出血源を確認するために術前に気管支鏡検査を実施した後、片側の葉切除(58.6%)・肺切除(17.2%)・分節切除・両側の葉切除などが行われ、手術の合併症や院内死亡率は各々 27.5%・11.5%であった。大量咯血を呈する肺疾患としては肺結核症が 10 例と最も多く、以下、肺気腫・肺癌・自己免疫疾患関連血管炎・肺アスペルギローマの順で報告されており、被災地の高齢者においても同様に活動性あるいは後遺症としての肺結核症による大量咯血を先ず念頭に置いた方が良い。このような緊急手術の適応として挙げられる指標は、年齢(>50 歳)や原因肺疾患の有無と共に、①高血圧・②Hb 値<10g/dl・③咯血の既往とされている⁴⁾。

地震発生後に発生する肺血栓塞栓症も忘れてはいけない⁷⁻⁹⁾。例えば、新潟中越地震のデータでは、肺血栓塞栓症の 1 例目には地震発生後 3 日目に遭遇し、以降、発生 4 週間以内に新たに 8 例が同疾患を発症している⁹⁾。本疾患は、地震発生後に生じる突然死の一因ともされている。同地震後の発生例の解析から、自動車内への避難と狭い空間における体位の固定(胸膝位)から発生する深部静脈血栓症が原因と想定される点を踏まえて、福祉避難所や仮設住宅のような居住空間での被災者生活の誘導や定期的な体操・弾性ストッキングの着用といった疾患予防策が必要である⁷⁾。

【一般避難者・一般救護者への注意点】

口から血液を吐き出している方を発見したら、直ちに巡回診療スタッフまで御知らせ下さい。そして、血液の気道誤嚥を避けるために、血液を吐き出している方の顔を横に向けてようにして下さい。その際、血液や血液で汚染されたもの(衣服や地面)に触れてはいけません。結核菌をはじめとする感染性の微生物が含まれている可能性があるからです。血液で汚染されたものの処理や消毒は巡回診療スタッフが行います。

【文献】

1. 林 寛之. 咯血. 『もう困らない救急・当直』 98-102, 日本医事新報社, 2009.
2. 聖路加国際病院内科レジデント. 咯血. 『内科レジデントマニュアル』 189-193, 医学書院, 2006.

3. Mal H, Rullon I, Mellot F, Brugière O, Sleiman C, Menu Y, Fournier M. Immediate and long-term results of bronchial artery embolization for life-threatening hemoptysis. *Chest* 115: 996-1001, 1999.
4. Ayed A. Pulmonary resection for massive hemoptysis of benign etiology. *Eur J Cardiothorac Surg* 24: 689-693, 2003.
5. Metin M, Sayar A, Turna A, Solak O, Erkan L, Dinçer SI, Bedirhan MA, Gürses A. Emergency surgery for massive haemoptysis. *Acta Chir Belg* 105: 639-643, 2005.
6. 美濃良夫、大田仁史、三好春樹. 喀血・吐血が見られる場合. 『高齢者介護急変時対応マニュアル』 146-149, 講談社, 2007.
7. Inoue K. Venous thromboembolism in earthquake victims. *Disaster Manag Response* 4: 25-27, 2006.
8. Suzuki K, Tanaka J, Ogaw Y, Kasai A, Ohno Y, Sakail K, Nakayama H, Tsukada H, Gejyo F, Hanzawa K, Suzuki E. Pulmonary thromboembolism during the Niigata Chuetsu earthquake in 2004. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi* 45: 324-328, 2007.
9. Watanabe H, Kodama M, Tanabe N, Nakamura Y, Nagai T, Sato M, Okabe M, Aizawa Y. Impact of earthquakes on risk for pulmonary embolism. *Int J Cardiol* 129: 152-154, 2008.

3. 精神疾患の症候

(ア) せん妄

【臨床的特徴】

せん妄は脳機能低下によって引き起こされる興奮や幻覚などの精神症状をともなう軽度の意識障害（意識混濁）であり、身体疾患・薬物の影響など背景は多岐にわたる。その特徴として

1. 発症が急激である
2. 症状が動揺する
3. 可塑性がみられる

DSM-IVによる診断基準を表1に示す。¹⁾

表1 せん妄の診断基準<ICD-10研究用診断基準 (DCR-10)>

A	意識混濁、すなわち、周囲に対する認識の明瞭性の減退、注意を集中したり、持続させたり、あるいは移行させたりする能力の減退を伴う。
B	次の認知障害がともにあること。 (1)即時想起および近時記憶の障害、遠隔記憶は比較的保たれる。 (2)時間、場所または人物に関する見当識の障害。
C	次の精神運動障害のうち、少なくとも1項があること。 (1)寡動から多動への予想し難い急激な変化。 (2)反応時間の延長。 (3)会話の増加あるいは減少、驚愕反応の増強。
D	次の睡眠または睡眠・覚醒周期障害のうち、少なくとも1項があること。 (1)不眠。重症例では、完全な睡眠の喪失があり、日中に眠気をともなったり、ともなわなかったりし、また睡眠・覚醒周期の逆転も起こりうる。 (2)症状の夜間増悪。 (3)混乱した夢および悪夢。それらは覚醒後に錯覚や幻覚として残ることもある。
E	急激な発症と症状経過の日内変動。
F	上記A～D項に記載した臨床症状発現の原因と考えられるような基礎となる脳疾患または全身性疾患（精神作用物質には関連しないもので）の存在を、神経学的診察を含む身体的診察や臨床検査、または病歴において客観的に確認できること。

WHO編、中根允文、岡崎祐土、藤原妙子訳:ICD-10精神および行動の障害—DCR研究用診断基準—、医学書院、1994、p51-52より引用

【鑑別すべき疾患・特に認知症との鑑別】

せん妄状態になると認知機能低下をきたして認知症との鑑別が困難なことがある。認知症患者にせん妄を合併することも多いが、両者の鑑別を念頭に置くことは重要である。せん妄と認知症との識別はIV章認知症の項を参照。せん妄の原因は多岐に渉るが、高齢者で重要であるのが身体疾患の合併によるせん妄の発症である。せん妄の直接原因となる疾患を表2にまとめた。

表2 せん妄の直接原因となる主要な疾患

中枢神経系疾患	頭部外傷 てんかん発作および発作後ももうろう状 脳血管障害 変性疾患
代謝障害	腎不全 肝不全 貧血 低酸素血症 低血糖または高血糖 ビタミンB1欠乏症 内分泌疾患 水・電解質平衡障害 酸塩基平衡障害
心肺疾患	心筋梗塞 うっ血性心不全 不整脈 ショック 呼吸不全
その他の疾患	感染症 悪性腫瘍 重症外傷 手術侵襲

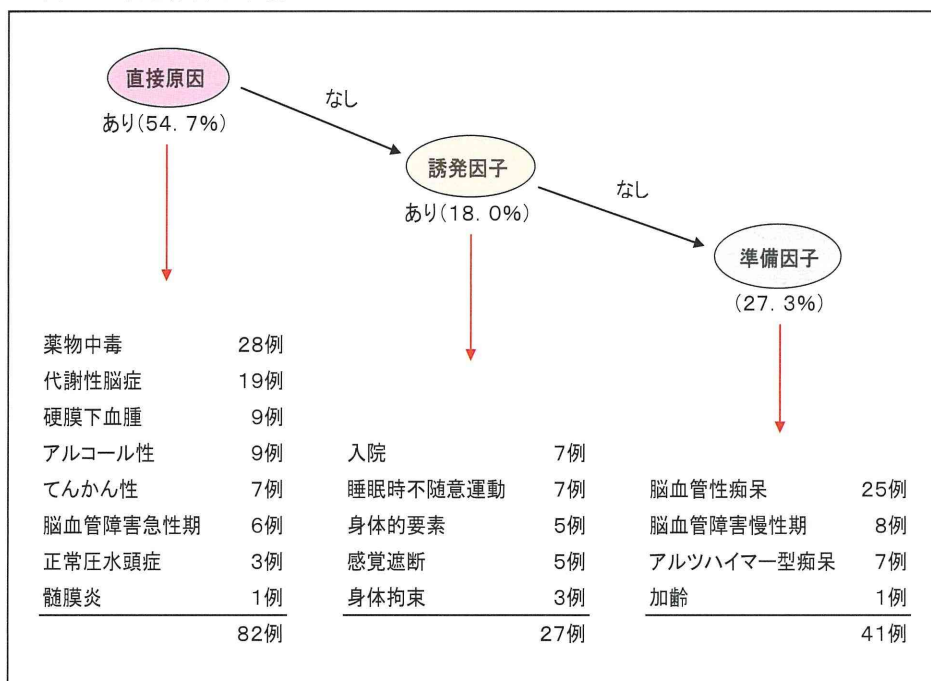
【高齢者症候としての特徴】

高齢者の特性としての多病、身体機能低下がある。神経系の加齢変化も精神活動に影響を与える。そのため、高齢者はせん妄を惹起しやすい。

【背景となる病態と発症機序】

せん妄の発症には多数の因子が関係する。それらは身体疾患、薬物など直接原因、誘発因子、準備因子に分類される（図1）。症例ごとにどの因子が主として関わっているかを判断する。

図1 せん妄患者原因別分類



(一瀬邦弘, 精神医学レビュー26 せん妄. ライフ・サイエンス;1998. p.5-15₁₂より引用)

【災害地で行える診察・検査】

まず、身体状態についてせん妄の原因となるものがないかを把握する。

1. 病歴聴取（特に薬物の使用歴）
2. バイタルサイン，動脈血酸素飽和度（SpO2），神経学的診察
3. 血液・生化学検査（Ca, Mg, NH3 を含む），感染症，心電図

次に、せん妄は軽い意識障害であることに注意し、表.3 で示したような観点で注意深く問診、観察する。その評価方法としてMSEがある（表.4）特にせん妄では注意力が低下しているのが特徴である。

表3 最軽度の意識混濁を把握するためのポイント

-
1. 一見正常にみえ、質問にだいたいのところ正答。しかし本来の活発さや生彩に欠ける。
 2. 注意の面
 - ①長い思考の際、緻密さに欠け、まとまりが悪い
 - ②些細な単語の言い間違い、語性錯誤が多い
 - ③連続の引き算、桁の繰り下がりを間違える
 3. 感情、意欲の面
 - ①軽く躁的: 多弁で、はしゃいで、お節介、のんきで多幸的
 - ②緘黙状態: 不機嫌、かたくなに返事をしない
 - ③無欲状: ぼんやりして、ほうっておけばずっとそのまま
 4. 記憶の面
 - ①記憶の欠損を認めることがある
-

文献3より引用、一部改変

表.4 mental status examination (MSE)

-
1. 注意
 - 100から次々に3を引かせる
 - 20から逆に数えさせる
 - 曜日の名前を逆から言わせる
 2. 見当識
 - 日付、曜日、時刻
 - 患者のいる場所の名前と位置
 - 親しい間柄の人の名前、およびその人と患者との関係
 3. 記憶
 - 3つの単語と3つの物品を5分後に想起できるか
 - 呈示された数字の順唱と逆唱
 - 入院時の状況、および入院の日付と理由
 4. 抽象的思考
 - 湖と川の違い
 - オレンジとバナナの共通点
 - 2、3の単語の定義
 - 1つのことわざの解釈
 5. 思考の速さと流暢さ
 - 単語流暢度テスト(1分間にできるだけ多くの単語を言ってもらう; 約30語が標準)
-

【被災地でできる治療】

せん妄を発症している。高齢者ではまず、身体状態について非薬物的なアプローチを行ってみる。

1. 安全の確保（自傷他害の防止）：患者を徒手拘束できるだけの人手を集めうる環境の整備

2. 環境的な配慮：可能であれば個室など静穏な環境（興奮の助長の防止）および昼夜のリズムが明瞭な環境の提供（見当識の改善）

環境の配慮が困難な状況では、表. 5⁴⁾のような当面の鎮静をおこない、速やかに域外搬送を行なう。

表5 被災地でのせん妄に対する薬物療法

1) 内服ができない場合

①セレネースの静脈内投与：

1-2Aずつ持続点滴に混ぜるか、50mlの生理食塩水で希釈して側管から投与。

心電図でQTc延長や心室性不整脈等を観察。

夕方以降に投与量が多くなるように設定。

②セレネースで十分な鎮静が得られない場合、ロヒプノールなどの

ベンゾジアゼピン系薬剤を点滴投与する。

せん妄の増悪・遷延化を避けるために最小限にとどめる。

2) 内服できない理由が拒薬の場合

リスパダール内服液(0.5-2mg)あるいはセレネース内服液(0.5-2mg)

3) 内服可能で興奮を伴う場合

①抗精神病薬

セレネース：初期投与量0.5-2mg。効果不十分な場合に同量程度の追加を繰り返し、翌日の投与量はそれを参考に決定。夕方以降に投与量が多くなるように設定。

リスパダール：初期投与量0.5-2mg。その他セレネースと同様。

②気分安定薬の併用

デパケン錠：必要に応じて抗精神病薬に併用。初期投与量100-200mg。

文献4より引用、一部改変

【支援病院、三次救急への転送を考慮すべき状態】

1. 精神症状が激しく、被災地でのケアが困難である
2. せん妄の背景として身体合併症の存在が考えられる
3. 鎮静のための薬物療法の効果が乏しい

【備蓄として必要な医薬品・医療機器】

検査機器：心電図、SpO2 測定

医薬品：セレネース注射液、内服錠（0.75mg）

リスパダール内服液 1mg

ロヒプノール注射液、生理食塩水 100ml

可能ならば、テトラミド錠、デパケン錠、レスリン錠

【一般避難者・一般救護者が気付く症状】

『せん妄に気付くポイント』

良く知っている人たちからみて、以前は元気で認知機能低下もなかった人が、急に以下のような印象をもたれるように変わってしまった場合は医療スタッフに連絡してください。

- まとまらない話ぶりになり、行動がまとまらないように見える。
- ぼんやりとした様子で注意散漫に見える。
- 急に怒ったり泣いたり興奮したりなど、気分が変わりやすくなった。

『避難所におけるせん妄の予防のポイント』

- 高齢者のせん妄は身体疾患が基盤にあることが多いので、脱水、感染症などがないか注意します。逆に身体疾患のある高齢者ではせん妄発症の可能性が高いことに配慮します。
- 昼間は付き添い、声かけなどで刺激し傾眠傾向を予防します。夜間は逆に静かな環境で睡眠をとりやすくし、睡眠・覚醒リズムを規則的にとれるようにします。

【文献】

1. WHO 編、中根允文、岡崎祐士、藤原妙子訳：ICD-10 精神及び行動の障害-DCR 研究用診断基準-、医学書院、1994、51-52
2. 一瀬邦弘、太田喜久子、堀川直史監修：せん妄-すぐに見つけて！すぐに対応！ 昭林社、東京、2002、9-16
3. 原田憲一：意識障害を診わける。第8版、p 32-48、診断新社、大阪、1994
4. せん妄の治療指針—日本総合病院精神医学会治療指針 I、同薬物療法検討委員会編、星和書店、東京、2005

(イ) うつ状態

【臨床的特徴】

高齢者におけるうつ病の頻度に関しては大うつ病（診断基準はⅢ章うつ病参照）のみでは1.8%程度であるが、診断基準は満たさないもののうつ状態として治療が必要な小うつ病（閾値下うつ病）は9.8%とされる¹⁾。65歳以上の認知症の発生頻度が7%程度であることを考えると軽視できない数字である。大うつ病は抑うつ気分、喜びの喪失といった精神症状に加えて、全身倦怠感、体重減少あるいは増加といった身体症状がほとんど常に伴っていることが特徴である。

【高齢者症候としての特徴】

高齢者うつ病の臨床像は他の年齢層とは異なる特徴がある（表.1）。症状を他の年齢層と比較すると身体愁訴が多く焦燥感を示し、多弁傾向を示すものもいる。身体愁訴のみで内科などを訪れる高齢者では「うつ病」が多い。また、「自分はお金がまったくなくなってしまった」とか「もう病気がなおらない」といった自己の状態を過度に悪く確信してしまう妄想を形成しやすい（微小妄想）。認知症にせん妄を合併することは多いが高齢者うつ病にもしばしば認められる。薬物の影響をうけてうつ状態を示している場合にもせん妄が多く出現する。高齢者ではうつ病が身体疾患の危険因子であったり逆に身体疾患がうつ病の発症契機であることが多い。

表.1

高齢者疾患としての特徴

- 1 心氣的傾向が強い。（身体愁訴が多い）
- 2 不安・焦燥感が強い。
- 3 妄想形成を来ししやすい。（微小妄想、被害妄想）
- 4 意識障害を伴うことがある。（薬物作用による鬱状態の場合に多い）
- 5 認知症との鑑別がむづかしい。
- 6 身体合併症が多い。
- 7 軽症あるいは閾値下うつ病が多い。

鑑別すべき疾患・特に認知症との鑑別】

高齢者では記憶の衰えや認知機能の低下として訴えられたり、観察されるため、認知症と間違えやすい。表.2に鑑別点を示した。うつ病では物忘れの自覚が強く、睡眠障害を伴う。精神面の症状に比し日常生活動作能力が落ちていると感じられるし症例が多い。

表. 2

うつ(仮性認知症)と認知症の識別

	うつ	認知症
発症	週か月単位、何らかの契機	緩徐
もの忘れの訴え方	強調する	自覚がない、自覚あっても生活に支障ない
答え方	否定的答え(わからない)	作話、つじつまをあわせる
思考内容	自責的、自罰的	他罰的
記憶障害	最近の記憶と昔の記憶に差がない	最近の記憶が主体
睡眠	障害ある	障害はない
日内変動	起床時に気分不良など変動あり	変化に乏しい
日常生活動作機能低下	記憶障害に比して重い	記憶障害の程度と一致
持続	数ヶ月単位	年単位
気分	動揺性	比較的安定

【背景となる病態と発症機序】

高齢者のうつ病の発症機序として以下のような要素があるが、複合的に関連していることが多い。

1. 心因性：うつに傾きやすい性格に加えて、災害、近親者の死亡など環境の変化が生じることで発症する。この場合は血液検査などでの異常は検出されない。
2. 身体疾患の合併：うつを合併しやすい疾患を表.3にまとめた。高齢者は多病傾向であり身体疾患を合併していることが多いが、無症状でうつだけが認められることがあるので、精神症状のみに気をとられないようにする。
3. 薬剤の影響(表.4)²⁾：高齢者は、多種類の薬剤を服用していることが多く、その中にはうつ状態を引き起こす可能性のある薬剤が含まれている可能性がある。

表. 3

うつを合併しやすい身体疾患	
内分泌疾患	下垂体障害, 甲状腺機能障害, 副甲状腺機能低下症,
代謝性疾患	副腎皮質機能障害, 機能低下症
神経疾患	糖尿病, 慢性腎不全(透析患者), 電解質異常
心疾患	脳血管障害, パーキンソン病, 多発性硬化症, 筋萎縮側索硬化症
消化器疾患	本態性高血圧, 虚血性心疾患, うつ血性心不全
腫瘍性疾患	消化性潰瘍, UND, 膵臓疾患, 潰瘍性大腸炎, 過敏性腸症候群, 肝疾患
感染症	膵癌, 肺癌, 乳癌, 慢性リンパ性白血病
膠原病	インフルエンザ, 結核, 肺炎
産婦人科	全身性エリテマトーデス, 慢性関節リウマチ
その他	産後(産後うつ病), 月経前困難症, 更年期障害
	外科手術後, 悪性貧血, 喘息, アトピー性皮膚炎, 慢性疼痛, 頭痛

表. 4

高齢者うつ病を惹起する可能性がある薬剤

文献2より引用、一部改変

降圧薬	β遮断剤 メチルドパ レセルピン クロニジン カルシウム拮抗剤 ジギタリス製剤
ステロイド製剤 βインターフェロン 鎮痛剤	コデイン オピオイド インドメタシン COX-2阻害剤
抗パーキンソン薬	ドーパ製剤 アマンタジン プロモクリプチン
ベンゾジアゼピン系抗不安薬 抗精神病薬	

【被災地でできる治療】

1. 精神医療的介入：Ⅲ章「災害時の精神症状と対応に関する一般的事項」でも述べたがうつ状態を呈する事例では次の点に注意する。
 - a. 休養をとるように勧める。
 - b. 叱咤激励はしない。
 - c. 希望を与え、不安や絶望をやわらげる言葉かけは重要。
 - d. 退職、離婚などの重大な決定は、延期させる。
2. 薬物療法的介入：うつ病の治療は抗うつ剤が主となるが、一般に効果発現に時間がかかるため、避難所等での救急治療としては、睡眠確保、精神的安定を目的として、抗不安薬、睡眠薬を用いる。Ⅲ章 精神疾患：うつ病・うつ状態参照。うつ病の本格的治療は支援病院での治療体制が整ってから行なうほうがよいと思われる。

【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. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*. 1999 Apr;174:307-11.
2. 鈴木映二、藤澤大介、大野 裕監訳、高齢者うつ病診療のガイドライン、南江堂、東京、2003、p 26-29

(ウ) 物忘れ・認知症

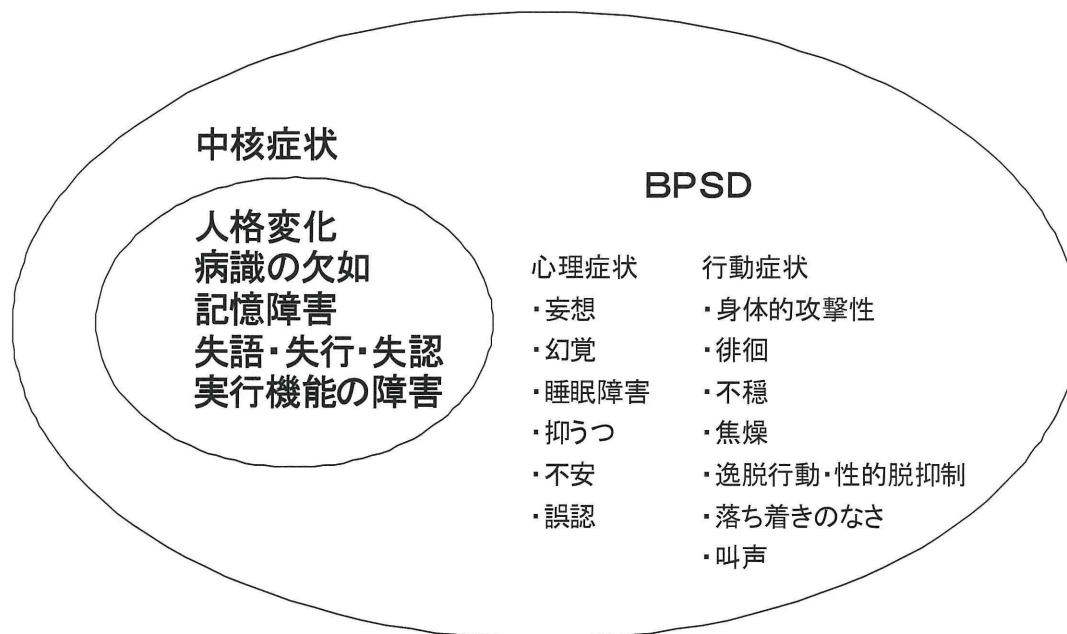
【臨床的特徴】

物忘れとは記憶障害の一般的言い回しである、記憶障害は加齢と共にある程度認められるが、認知症による病的な記憶障害には体験のすべてを忘れるなどの特徴がある（表.1）。認知症は記憶障害を主とし、失見当識など複数の高次脳機能障害を来たす症候群である。したがって物忘れだけで認知症と診断することはできない。認知症の症状は記憶障害などの中核症状と幻覚、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（図）¹⁾。介護面でしばしば問題となるのはBPSDである。中核症状が脳機能障害の直接的反映であると考えられているのに対してBPSDは残存する脳機能の環境への反応と解釈される。

表.1 加齢による記憶障害と認知症の違い

加齢による物忘れ	病的な物忘れ(アルツハイマー型認知症)
出来事の一部を忘れる	出来事のすべてを忘れる
ヒントを与えれば思い出す	ヒントを与えても思い出せない
半年1年では進行しない	未治療ならば進行性である
見当識は正常	見当識障害がある(時間見当識の障害が大)

図1 認知症の症状



【鑑別すべき疾患・特にせん妄との鑑別】

認知症の原因は多岐にわたる（表.2）が、アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症の4大原因疾患が発生原因の80%以上を占めている。これらの疾患は通常、慢性の経過をたどる。災害などの環境の大きな変化で急激に発症したように見える場合は以下のことを考慮する。

1. 災害以前から発症していた認知症の増悪：Ⅲ章で述べたように阪神大震災における調査では以前より認知症を発症していた患者の43%に症状の変化を認めている。近親者や福祉関係者などに過去の受診歴や行動を聴取しておくことが重要である。
2. せん妄など認知症類似の病態のあらたな出現：認知機能低下や精神症状が急激に出現した場合、せん妄などの出現を疑う（Ⅳ章の3.ア参照）。特に、せん妄は背景に身体疾患が存することが多く、見逃すと生命の危機に至るだけでなく、身体疾患の治療によりせん妄症状の改善もはかれる可能性があるので常に念頭に置くようにする。両者の区別は困難で合併例も多いが、鑑別の要点を表.3にまとめた。

表2 認知症の原因となる疾患

A. 中枢神経変性疾患(孤発性)	H. 臓器不全および関連疾患
アルツハイマー型認知症	肝不全, など
レビー小体型認知症	2. 慢性心不全
パーキンソン病	慢性呼吸不全
進行性核上性麻痺	I. 内分泌機能異常症および関連疾患
前頭側頭型認知症	1. 甲状腺機能低下症
B. 脳血管障害による認知症	2. 下垂体機能低下症
脳梗塞(多発性脳梗塞を含む)	3. 高血糖・低血糖
ビンスワンガー皮質下白質脳症	4. クッシング症候群
脳出血(多発性を含む)	J. 欠乏性, 中毒性, 代謝性
慢性硬膜下血腫	1. 慢性アルコール中毒)
C. 抑うつ症(仮性認知症)	2. ビタミンB1欠乏(ウェルニッケ脳症)
D. てんかん	3. ニコチン酸欠乏(ペラグラ)
E. 脳腫瘍(原発性, 転移性, 癌性髄膜症など)	4. ビタミンB12, 葉酸欠乏
F. 正常圧水頭症	5. 一酸化炭素中毒
G. 神経感染症	6. 薬物中毒
急性ウイルス性脳炎後(HSV1, 日本脳炎など)	K. 脱髄性, 自己免疫性疾患
HIV感染症(AIDS)	1. 多発性硬化症
進行性多巣性白質脳症	2. 急性散在性脳脊髄炎
クロイツフェルト・ヤコブ病などのプリオン病	3. ベーチェット病
亜急性硬化性全脳炎	4. シェーグレン症候群
進行麻痺(神経梅毒)	5. その他
急性化膿性髄膜炎後	

表3 せん妄とアルツハイマー型認知症の臨床病像比較

臨床徴候	せん妄	アルツハイマー型痴呆
発症の様式	急激(数時間から数日)	潜在性(数か月から数年)
初発症状	注意集中困難や意識障害	記憶障害(近時記憶障害)
経過と持続	動揺性(数日から数週間続く)	慢性進行性(年単位)
注意	障害される	通常正常である
覚醒水準	動揺する	正常
思考内容	通常豊か(しかし無秩序)	不毛である
脳波	異常(広汎性徐波化)	正常、軽度異常(軽い徐波化)

【BPSDへの非薬物的対応】

阪神大震災時に多く認められたBPSDは物盗られ妄想であったという²⁾。認知症患者に対応できる援助者が十分でない被災地では本人の安全と周囲の人々の負担軽減を考慮する。

1. 速やかに域外搬送すべき状態：興奮、攻撃性、易怒性、周囲への過干渉など活動性が亢進して管理困難な事例および抑うつ状態が強く食欲不振状態の事例
2. 精神医療介入（Ⅲ章参照）および薬物治療を試みるべき状態：不眠、幻覚、妄想などの訴えはあるが気分が比較的安定して意思疎通が図れる事例および抑うつをしめすが栄養、水分補給は可能な事例
3. 身体疾患合併を考え、検査を行なって対処すべき状態：せん妄を合併している事例

【BPSDへの薬物治療】

避難所での薬物療法に関してはⅢ章の11-4.認知症にともなう精神症状・行動異常（BPSD）で述べたように睡眠確保と精神的安定を主目的とする。Ⅲ章の11 精神疾患の4を参照のこと。

【一般避難者・一般救護者が気付く症状】

『認知症に気付くポイント』

もともと認知症があった人であって、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。

- 以前と比べて落ち着かず、話が通じなくなった。
- それまでなかった物盗られ妄想や被害妄想がみられる。
- 急に怒り出したり、泣いたりする。