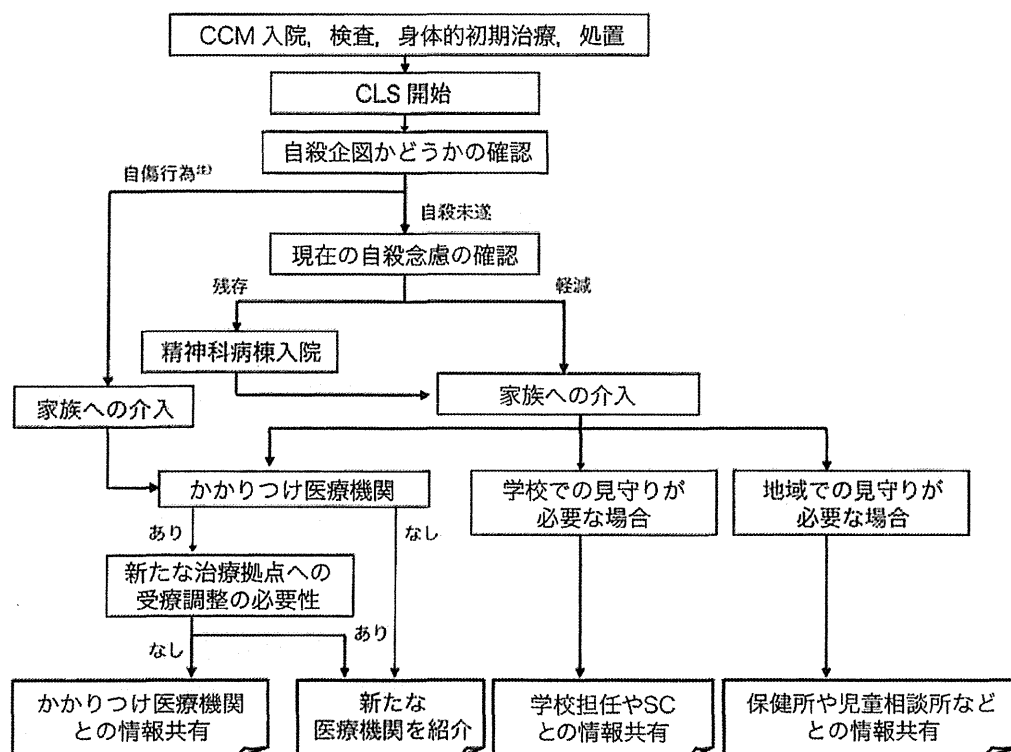




注) 自殺が目的ではない自己破壊的行動

図2 CCMにおける思春期の自殺未遂者への介入の流れ

で0名であり、自傷症例を多く扱う救急医療施設であっても児童期の自傷症例を治療対象とすることは稀であると考えられる。

2. CCMでの介入の流れと留意点

CCMにおける思春期の自殺未遂者への介入の流れについて「自殺未遂患者への対応に関するガイドライン」²⁴⁾を参考に図式化した(図2)。この流れをおのおのの症例の特徴に合わせて柔軟に対応している。

思春期の自殺未遂者に対するCLSでは、成人と同様に自殺念慮の確認を繰り返し行うようにしている。思春期症例では、致死性の高い手段を用いているにも関わらず、自傷時の自殺念慮を否定することもあるが、本人の心理社会的背景を慎重に評価しながら、自殺企図か自傷行為かの判断と現在の自殺念慮の評価を行っている。その際は、本人が救命された後に抱く罪悪感や羞恥心、後悔や安堵の気持ちを十分に受けとめながら、少しずつ話を進めるように努めて

いる。また、これまでの心理的過程や家族・友人関係を語ってもらう中で、家族機能の評価や地域・学校での見守りの必要性を検討している。そして、身体的には退院可能な状態であっても自殺念慮が残存している場合には、当院の精神科病棟への入院や関連のある精神科病院への転院を勧めて、精神科の専門的治療を継続できるように努めている。一方、自殺念慮が軽減し精神的な安定が図れている場合は退院となるが、自殺未遂者とは退院後に急速に自殺念慮が増悪することもあるため²⁷⁾、当院では、CCMを退院する全自殺未遂者に対して、退院後に通院可能な精神科医療機関を検討し、受療調整を行うように努めている。そして、かかりつけ医療機関の外来主治医に対して、CCMにて得られた情報や精神医学的評価、心理社会的な見立てを本人と家族の同意を得たうえで情報提供している。さらに、外来主治医の診断・見立てや薬剤選定が目前の患者の症状と乖離している場

合には、CCMにて行った精神医学的評価と診断、適切な薬物療法の選定など、新しく得られた見解を外来主治医へ情報提供するように努めている。なお、基本的には治療関係のある医療機関への通院継続を勧めているが、精神科医療機関への受診歴がない場合や治療拠点を移す必要がある場合には、その必要性を慎重に吟味したうえで新たな精神科医療機関や児童思春期の専門医を紹介するようにしている。

CCMにおける思春期の自殺未遂者への介入においては、精神科介入期間がわずかに1日しかない場合もある。限られた時間の中で迅速なCLSを進めていくことが必要となるが、この課題に対して、当院では以下のような工夫をしている。

第一に、チーム医療を重視し、多科・多職種との連携によって情報共有を図ることである。当院では自殺未遂者が搬送されると、入院直後から看護師や救命医が救急隊や同席した家族・友人などから本人の身元や生活背景に関する情報の収集を開始している。また、担当看護師から本人の自殺念慮の確認や自殺企図に至った背景の聴取が行われることもある。さらに、救命医や看護師は、子どもの自殺企図を知って困惑したり泣き崩れたりする家族に寄り添いながら、今後の精神科介入の必要性を説明している。早期の段階から家族へ精神科介入の必要性を伝えて理解を促すことは、その後のCLSを円滑に進めるうえで大変重要となる。なぜなら、思春期症例の場合は、本人への支援だけでなく家族への治療的介入が不可欠であり、家族の協力なしでは有効な介入が難しくなるためである。このように、救命科スタッフにも自殺未遂者支援に必要な基本的な知識や技能が備わっており、精神科の専門的治療を進めるうえでの重要な情報を収集する役割を担っている。そして、救命科スタッフが入院直後から自殺未遂者支援を行うための基盤作りを進めている。この基盤のうえで、CLS導入後は精神科医と臨床心理士などが本人や家族との治療関係を構築する努力をし

ている。また、救命医や看護師に対する体系的な自殺予防教育が重要であると考え、今後の実施に向けて検討している。

第二に、CCMで対応可能なことを見極めて、退院後の環境調整や社会資源の導入を進めることである。精神医学的評価や自殺念慮の確認、自殺再企図のリスク評価はCCM入院中に必ず行われる。一方で、本人への長期的な精神(心理)療法、薬物療法、心理査定、環境調整に関しては、外来主治医、地域の精神保健福祉の専門家、そして本人が在籍する学校の学級担任やスクールカウンセラー (School Counselor; SC)との間でCCM入院時の経過や精神医学的評価を共有

して、円滑な治療移行を行うことが必要となる。思春期症例の場合は、特に学校との連携が大きな課題となる。勝又¹³⁾は、学校と精神保健との連携について、精神保健の専門家が学校の援助の限界を補う視点を持つこと、そして情報収集源や他の地域資源にアクセスするための媒体として学校を積極的に活用していくことを勧めている。自殺とは単一の問題によって生じるのではなく、さまざまな心理社会的問題が複雑に絡み合って生じると考えられている。したがって、思春期の自殺未遂者支援を行うためには包括的かつ多面的なアプローチが必要となり、医療機関—学校—地域の精神保健福祉機関が相互に情報共有を図り、相互連携を進めることが重要となる。

一方、長期入院が必要と判断された患者に対しては、できる限り時間をかけて本人や家族との治療関係を構築することに努めている。そして、必要時に神経心理学検査や人格検査を用いて患者の人格構造、発達水準、社会機能の見立てを行い、さらに学校の学級担任やスクールカウンセラーとの話し合いの場を設けられるように努めている。

現在のところ、自殺念慮の有無やその後の自殺企図を正確に予測する生物学的指標や神経心理学検査は筆者が知る限りではない。したがって、自殺のリスクを評価するためには、目の前

で辛い表情を浮かべ“SOS”を出している子ども達の声を懸命に聴き取る努力を続けることが重要である。時間の許す限り子どものそばに寄り添い、共感的な関わりや傾聴をするように努めていく必要がある。なぜなら、CCMとは通常の医療施設とは異なり、家族や友人から孤立している子ども、援助希求行動が乏しく独りで多くの問題を抱えている子ども、難解な生活苦を抱えている子どもなど、本人の意志で医療機関を利用する可能性が低い子どもも多く搬送される場であるからである。したがって、CCMにおいて、他者に自分の気持ちを伝えたりこころを通わせたりした体験が、その子どもの枯渇した内的世界や空虚感に再び潤いを与える機会となることもある。人とのつながりが希薄化した現代ではあるが、CCMで出会った子ども達に対しては、人とつながることの温かみを感じてもらえる機会を作り、社会の中で安心して活動のできる場所をみつけられるように支援していきたい。

6 おわりに

思春期の自殺未遂者への介入に関して、本人や家族が社会から孤立している場合には、包括的な働きかけが不可欠である。CCMを退院した後も継続的に自殺の危険因子の評価が必要な症例や自宅へ赴き環境調整を進めていきたい症例もあるが、現在の精神科あるいは救急医療の枠組みの中では、その役割を医療機関が担うことは難しい。筆者はこの課題に対して、保健所の保健師をはじめとする地域の精神保健の専門家の活躍を期待している。地域の精神保健の専門家が、医療機関—学校—家族をつなぐ架け橋となり、相互連携の潤滑油の役割を担うことができれば、医療と学校や他の専門機関との情報共有が図りやすくなると考えている。現時点では各機関ともにマンパワーに限界があるだろうが、今後おのおのの機関の専門性や特徴を勘案した対策について検討を進めていきたい。

文献

- 1) Addington J, Williams J, Young J et al : Suicide behaviour in early psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 109: 116-120, 2004
- 2) 青木省三, 鈴木啓嗣 : 思春期における見立てと診断の留意点. *臨床精神医学* 36: 487-492, 2007
- 3) Blos P : The second individuation process of adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child* 22: 162-186, 1967
- 4) Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG : Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry* 64: 14-19, 2003
- 5) 傳田健三 : 子どもの気分障害. 特集児童思春期精神医学の最近の進歩. 第2章子どものこころの障害. *臨床精神医学* 36: 617-622, 2007
- 6) Hawton K, Rodham K, Evans E : BY THEIR OWN YOUNG HAND : Deliberate Self-harm and Suicide Ideas in Adolescents (松本俊彦, 河西千秋監訳 : 自傷と自殺 思春期における予防と介入の手引き. 金剛出版, 東京, 2008)
- 7) 広沢郁子 : 子どもの統合失調症. 特集児童思春期精神医学の最近の進歩. 第2章子どものこころの障害. *臨床精神医学* 36: 623-627, 2007
- 8) 伊藤敬雄, 山寺博史, 黒澤 尚ほか : 高度救命救急センターにおける精神科 consultation-liaison service を開始して—精神科医の果たす役割—. *総合病院精神医学* 14: 63-73, 2002
- 9) 伊藤敬雄, 葉田道雄, 原田章子ほか : 自殺未遂者における救命救急センター退院1年後の受療行動と再自殺. *精神医学* 48: 153-158, 2006
- 10) 伊藤敬雄 : 児童・思春期における自殺未遂者への再自殺予防と問題点. *医学のあゆみ* 221: 211-215, 2007
- 11) 狩野力八郎 : 重症人格障害の臨床研究. パーソナリティの病理と治療技法, 金剛出版, 東京, 2002
- 12) 加藤晃司, 三上克央, 松本英夫 : 自殺再企図防止のための認知行動療法を含めた包括的アプローチ—思春期境界性パーソナリティ障害の1例をととして—. *精神科治療学* 25: 105-112, 2010
- 13) 勝又陽太郎 : 若年自殺既遂者の心理社会的特徴と予防対策. *日本社会精神医学会雑誌* 19: 58-62, 2010
- 14) 警察庁生活安全局生活安全企画課 : 平成21年中における自殺の概要資料. 警察庁, 東京, 2010
- 15) Kolves K : Child Suicide, Family Environment, and

- Economic Crisis. Crisis 31 : 115-117, 2010
- 16) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課：自殺死亡統計の概況人口動態統計特殊報告. 厚生労働省, 東京, 2005
 - 17) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課：自殺死亡統計の概況人口動態統計特殊報告. 厚生労働省, 東京, 2008
 - 18) 三上克央, 猪股誠司, 早川典義ほか：思春期における自殺企図の臨床的検討：入院を必要とした症例を中心に. 精神医学 48 : 1199-1206, 2006
 - 19) 三上克央, 猪股誠司, 早川典義ほか：思春期自殺企図例に対する自殺再企図防止のための家族アプローチ—長年の家族背景が自殺準備因子である事例への試み—. 家族療法研究 26 : 56-64, 2009
 - 20) Miller AL, Rathus JH, Linehan MM : Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents (高橋祥友訳：弁証法的行動療法 思春期のための自殺予防マニュアル. 金剛出版, 東京, 2008)
 - 21) 内閣府：平成 20 年版自殺対策白書, 2008
 - 22) 中山秀紀, 大塚耕太郎, 酒井明夫ほか：岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂患者の横断的調査：通院状況を考慮した自殺予防. 精神医学 48 : 119-126, 2006
 - 23) 中安信夫：初期分裂病. 星和書店, 東京, 1990
 - 24) 日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」：自殺未遂患者への対応：救急外来 (ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き, 2009
 - 25) 岡崎祐士：導入—統合失調症初回エピソードから早期精神障害へ—. 臨床精神医学 36 : 353-357, 2007
 - 26) 大野 裕監修：メンタルヘルスとソーシャルワークによる自殺対策. 相川書房, 東京, 2008
 - 27) Qin P, Nordentoft M : Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization : Evidence Based on Longitudinal Registers. Arch Gen Psychiatry 62 : 427-432, 2005
 - 28) 齊藤万比古, 本間博彰, 小野善郎編：子ども虐待と関連する精神障害 (子どもの心の診療シリーズ 5). 中山書店, 東京, 2010
 - 29) Shaffer D, Gould MS, Fisher P et al : Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry 53 : 339-348, 1996
 - 30) 高橋祥友：自殺の危険：臨床的評価と危機介入. 金剛出版, 東京, 2006
 - 31) Timothy MD, James CO : Assessment of Depression and Suicidal Actions : Agreement between Suicide Attempters and Informant Reports. Suicide and Life-Threatening Behav 39 : 38-46, 2009
 - 32) 牛島定信：手首自傷とその周辺. 精神療法 31 : 257-264, 2005

*

*

*

特集 災害後の医療の課題—東日本大震災の経験を活かして—

Seminar

6. 災害時における高齢者の 精神科医療の課題

栗田 圭一

KEY WORD

- 災害精神医療
- 認知症疾患医療センター
- 認知症
- うつ病
- 自殺予防

SUMMARY

■東日本大震災後の高齢者の精神科医療、特に認知症の医療と介護の現状を要約するとともに、災害時における高齢者の精神科医療の課題を提示した。①認知症高齢者や虚弱高齢者は災害時に特別な対応が求められるハイリスク集団として、その対応策を防災計画に含めるべきである。②災害後の環境変化などによって生じる多彩な精神症状、認知症の顕在化と増悪、身体状態の悪化に総合的に対応できる医療環境を整備する必要がある。ここには、認知症疾患医療センターの整備と災害時業務の確立が含まれる。③“顔の見える”連携、認知症や精神疾患の普及啓発や研修会、うつ病と自殺の予防を視野に入れた新たなコミュニティの創出が中長期的課題となる。

はじめに

平成 23 年 3 月 11 日金曜日 14 時 46 分、牡鹿半島の東南東約 130 km を震源とするマグニチュード 9.0 の大地震が起こった。それから数時間のうちに、東北地方太平洋沿岸のほとんどの地域が大津波に襲われ、死亡者/行方不明者 20,000 人、負傷者 6,000 人、建物全壊 130,000 戸、半壊 230,000 戸に及ぶ被害を生じた。筆者は、平成 23 年 3 月 13 日より仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センターで被災者の診療に当たった。

平成 23 年 3 月 14 日月曜日の朝、市役所健康福祉局より筆者の携帯電話に連絡が入った。「避難所で対応できない認知症の方の問い合わせが既に 17 件入っているが、どうすべきか」という問い合わせであった。どのような対応が適切であるかは誰も知らない。仙台市立病院が医

療機関としてこれに対応できる状況にないことは明らかであった。そこで、「それぞれの避難所で認知症の人を支える体制を何とか作り出してほしい」とお伝えするに留まった。その後、いくつかの避難所では認知症の人を支えるための環境づくりの工夫がなされ、さらに被災を免れた介護施設に福祉避難所が立ち上げられた。また、全国各地から派遣されたボランティアの支援を得て、認知症の方を現地で支える環境づくりが整備されていった。

震災後の 2 週間に、筆者の診療科では、①津波で家屋や家族が流され、自分自身も骨折、低体温症、脱水症、肺炎などを合併し、せん妄状態を来した高齢者、②震災直後のストレス下で抑うつ状態～昏迷状態に陥った高齢者、③徘徊、易怒性、興奮のために避難所生活に適応できなくなった認知症高齢者、④ライフラインが途絶え、食料が不足している状況の中で、現在の状

■あわた しゅいち(東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム、仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター)

況が理解できず、自宅で大暴れし、緊急入所できる施設もないことから入院が求められた認知症高齢者、⑤視力障害や聴力障害を背景にして避難所で幻覚妄想状態になられた方、⑥食料が不足している状況であるにもかかわらず、介護施設においてインスリン注射のみが平常どおり行われていたために低血糖症によるせん妄を来した方、⑦介護の負担を軽減するために、家族介護者にリスペリドンの液剤を多めに服用させられ、飲水・摂食が困難になり、脱水症による意識障害を来した認知症の方、⑧震災後、過覚醒状態のために不眠や不安障害の増悪を来した方など、不眠、不安、抑うつ、昏迷、幻覚、妄想、せん妄、認知症の行動・心理症状(BPSD)など、あらゆる形態の高齢者の精神障害の診療に当たることになった。

こうした状態像の多くは、安全かつ安心できる暖かな環境の中で、身体的・心理的ケアと、適切な薬物療法を提供することによって、比較的短期間に軽快させることができた。しかし、自宅や施設の流出・損壊、家族の介護力の低下、介護スタッフの不足、既存施設の定員超過などによって退院先の確保が極めて困難な状況に陥り、そのために新入院にも対応できないという問題も生じた。

こうした状況は、高齢者の精神科医療に取り組む被災地のすべての医療機関が共通に経験してきたことであろう。また、介護機関や避難所・自宅などにおいても、認知症の問題を含め、高齢者のメンタルヘルスに関わる様々な問題に直面してきたであろうことは想像に難くない。しかし、ライフラインの寸断、特にガソリンの入手困難による移動手段の制限のために、震災直後に関係機関と情報を共有することは極めて困難な状況にあった。

■ 震災後の高齢者の精神科医療について ■

仙台市は平成20年に認知症対策推進会議を設置し、その下位組織として認知症の普及啓発と支援体制に関わる作業部会を設置し、関係職の“顔の見える”連携体制が築かれていた。震

災直後は先述の理由から関係機関との情報共有が困難な状況にあったが、震災から1カ月を経た段階で、認知症対策推進会議のメンバー主導で「震災後の認知症の医療とケアについて」の情報交換会を開催することができた。また、平成23年6月以降には、岩手県・宮城県・福島県の認知症医療・介護の関係職の方々から、「震災後の認知症の医療とケアの現状と課題」についての情報を自由記述によるレポートで得ることができた¹⁾。ここでは、筆者自身の経験とこれらの資料に基づいて、震災後の高齢者の精神科医療、特に認知症高齢者の医療・介護の現状を要約したい。

1. 逃げ遅れて犠牲になられた認知症高齢者や要介護高齢者は多い

緊急時、認知症の人にそのことを理解していただいて、迅速に避難させることが難しかったという報告は多い。岩手、宮城、福島3県の犠牲者で、震災1カ月後までに年齢が判明した人の65%が60歳以上で、死因のほとんどは溺死であった。沿岸部では、寝たきり、車椅子利用者、認知症患者など、多くの「災害弱者」が犠牲となった。

2. 医療機関には多彩な精神症状とともに、身体状態を悪化させた高齢者の受診が急増した

症例1：80歳、女性。避難所に向かう途中で津波に流され家族と離れ離れになる。本人は救助されて小学校の避難所に辿りつくが、錯乱状態に陥っており、同じ言葉を単調に繰り返すばかりで意思の疎通がとれない。巡回している医師が本人の前腕骨の骨折に気づき、救命救急センターに搬送されるが、身元がわからず、認知症疾患医療センターに入院。入院3日後になって、家族が病院に辿りつき身元が判明。以前から認知症状態にあり、被災後、せん妄を併発したことが明らかになった。

症例2：62歳、女性。沿岸部で1人暮らしをしていた。家は津波で浸水し、近隣の家の多くが津波で流された。近所の親戚の家に身を寄せたが、次第に食事をとらなくなり、何も話をし

なくなったため、息子のマンションに引き取られた。しかし、その後も食事、飲水を拒絶し、遂に昏迷状態に至り、ERに救急搬送された。脱水症の補正後、ジアゼパムを静注してインタビューしたところ、「周囲の人に申し訳ない」「自分は何の役にも立っていない」「もはや生きてはいられない」と語った。うつ病性昏迷状態と診断され、認知症疾患医療センターの精神科病棟に入院した。

3. 災害後の環境変化の中で認知症症状が顕在化ないし悪化した

震災後、これまで平穏に暮らしていた高齢者が、避難所や自宅で混乱し、自分の居場所がわからなくなったり、夜中に徘徊したり、不安状態に陥ったり、立ち上がれなくなったり、失禁するようになった、という報告は多い。

症例3：90歳、女性、長女と2人暮らし、85歳時にアルツハイマー型認知症と診断され、近医に通院していた。震災後、ライフラインが途絶え、停電による暗闇の中で不安状態に陥り、暖房器具が使えないこと、食料や水を節約しなければならないことなど全く理解できず、家の中で興奮状態になり、花瓶を投げたり、物をひっくり返したりするようになった。緊急ショートステイを依頼するも、介護施設は定員オーバーで入所させてもらえず、認知症疾患医療センターへ入院依頼があった。

4. 認知症の人を介護する家族の精神的負担も高まった

避難所では、認知症の方の夜間徘徊、頻尿によるトイレ通い、せん妄などによって、周囲の人の睡眠が妨げられ、介護する家族らが注意を受けて精神的負担が高まった。避難場所を迫われ、避難所を転々と移動、駐車場で車内生活を送らざるを得ない方もあった。

症例4：83歳、男性、妻と2人暮らし、76歳時にアルツハイマー型認知症と診断されたが通院はしていなかった。震災で家が浸水し、小学校に避難するが、勝手に他人の区域に入り込んでかたづけを始めたり、注意されれば怒鳴り声

を上げたりするために周囲の人から苦情があり、娘夫婦のアパートに避難。娘夫婦のアパートでは、わずかな食糧を勝手に食べたり、注意されると怒り出したり、暴力を振るうため、認知症疾患医療センターに入院が依頼された。

5. 介護負担から虐待リスクが高まるケースもあった

症例5：76歳、男性、妻と2人暮らし、72歳でアルツハイマー型認知症と診断。以前から夜間不眠、興奮がみられていたためリスペリドン液剤が処方されていた。最近では落ち着いていたが、発災5日目に発熱を伴う昏睡状態でERに搬送。リスペリドンの過量服薬による意識障害と脱水症と診断。妻によれば、震災後は手がかからないようにリスペリドンを多量に飲ませたという。

6. 福祉避難所は重症者のケアに有効であった

被災直後から、在宅や避難所で過ごすことが難しい方を早急に安全な場所に移す必要があったことは、岩手県、宮城県、福島県のいずれの被災地においても実感されたことである。福祉避難所はこうしたニーズに応えるものであった。しかし、福祉避難所はすぐに定員超過となり、職員不足とも重なって負担が過剰となり、職員のメンタルヘルス問題やケアの劣化という問題に直面した。仙台市内の福祉避難所の管理者は、職員自身が被災していること、交通網が遮断されていることなどから職員が不足し、平成23年3月末には相当疲弊した状態にあったと述べている。介護ボランティアを投入する体制を整備することの重要性を強調している。

7. 地域包括支援センターおよび居宅サービス事業所は、地域に暮らす高齢者の安否確認、在宅および避難所の高齢者の生活状況の把握、訪問による多様な支援提供に対応した

仙台市の地域包括支援センターは、震災直後より、①要援護者の安否確認や避難所への移動支援、②在宅高齢者への食糧配布、③医療機関への受診支援、④避難所における高齢者の状況

把握や健康相談などを行い、要援護者の安否確認や在宅高齢者への食糧配布に当たっては、日頃の地域関係者などとのネットワークが有効であったと報告している。

8. 平時から構築されている“顔の見える”連携が、災害時の情報共有に効果を発揮した
仙台市では、認知症対策推進会議が核となって震災時に情報交換会を開催することができた。気仙沼市においても、各事業所が混乱するなか、介護事業所だけでなく、医療機関や障害者支援機関、行政も参加した情報交換の場がケアマネジャー協会気仙沼支部主導で設けられ、災害時の情報共有と相互支援に効果を発揮した。

9. 認知症についての普及啓発が、災害時の認知症支援においても効果を発揮した

仙台市では、認知症サポーター養成講座を受講した中学校において、震災時には生徒が高齢者や障害者を支えるとともに、民生委員とともに高齢者宅を訪問する活動を継続した。気仙沼市では、認知症サポーター養成講座を受けた民生委員などが避難所で認知症の人を自然に見守り、近隣の人が集まった避難所では以前からあった本人・家族を支える輪がそのまま継続されることがあった。

10. 高齢者の孤立、うつ病、自殺のリスクが高まっている

仮設住宅に入居した高齢者や、新たな地域で暮らすことになった数多くの高齢者が、震災に伴う様々な喪失体験とともに、「気軽に相談で

きる人々がいらない」「以前受けていたサービスが受けられない」「必要な情報を得られない」などの孤立の危機に直面している。社会的つながり (Social Connection) の喪失が、高齢者のうつ病や自殺のリスクを高めている可能性がある。

災害精神医療における高齢者の精神科医療の課題

災害精神医療における高齢者の精神科医療の課題として以下の3点を挙げた。

1) 施設および在宅の認知症高齢者や虚弱高齢者は災害時に特別な対応が求められるハイリスク集団であり、その対応策を防災計画に含める必要がある。特に、災害時の避難計画、避難時の移送方法、移送先とする医療機関・施設、認知機能や感覚機能に障害がある人への緊急時通報と指示の方法を検討する必要がある。

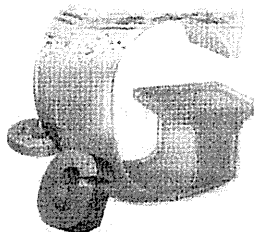
2) 災害後の環境変化などによって生じる多彩な精神症状、認知症の顕在化と増悪、身体状態の悪化に総合的に対応できる医療環境を整備する必要がある。ここには、認知症疾患医療センターの整備と災害時業務の確立が含まれる。

3) “顔の見える”連携、認知症や精神疾患についての地域住民への普及啓発、専門職や支援者を対象とする研修会、うつ病や自殺の予防を視野に入れた新たなコミュニティの創出が今後の中長期的な課題として残されている。

文 献

- 1) 平成23年度老人保健健康増進等事業「地域の潜在認知症患者の早期診断に関する調査研究事業」報告書(研究代表者栗田圭一)。

(執筆者連絡先) 栗田圭一 〒173-0015 東京都板橋区柴町35-2 東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム



災害精神医療の現状

—— 老年精神医学領域の問題点と課題 ——

栗田主一

抄 録

災害精神医療における老年精神医学領域の課題として以下の3点を挙げた。①認知症高齢者や虚弱高齢者は災害時に特別な対応が求められるハイリスク集団として、その対応策を防災計画に含める。②多彩な精神症状、認知症の顕在化と増悪、身体状態の悪化に迅速に対応するための環境整備を進める。③“顔の見える”連携、普及啓発や研修会、社会資源整備、うつ病と自殺の予防を含む新たなコミュニティの創出が中長期的課題である。

Key words：東日本大震災、災害精神医療、認知症、うつ病、自殺、コミュニティ

老年精神医学雑誌 23：204-208, 2012

はじめに

平成23年3月11日金曜日14時46分、牡鹿半島の東南東約130kmを震源とするマグニチュード9.0の大地震が起こった。それから数時間のうちに、東北地方太平洋沿岸のほとんどの地域が大津波に襲われ、死亡者／行方不明者20,000人、負傷者6,000人、建物全壊130,000戸、半壊230,000戸に及ぶ被害を生じた。

この日は東京でもJRをはじめ、ほぼすべての交通機関が停止し、数多くの“帰宅難民”が出現した。筆者は、翌3月12日早朝、自家用車で東京を発ち、3月13日未明に仙台に到着、同日午前より仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センターでの診療を開始した。

3月14日月曜日の朝、市役所健康福祉局より筆者の携帯電話に連絡がはいった。「避難所で対

応できない認知症の方の問い合わせがすでに17件はいつているが、どうすべきか」という問い合わせであった。どのような対応が適切であるかはだれも知らない。仙台市立病院が医療機関としてこれに対応できる状況にないことは明らかであった。そこで、「それぞれの避難所で認知症の人を支える体制を何とか創り出してほしい」とお伝えするにとどまった。その後、いくつかの避難所では認知症の人を支えるための環境づくりの工夫がなされ、さらに被災を免れた介護施設に福祉避難所が立ち上げられた。また、全国各地から派遣されたボランティアの支援を得て、認知症の方を現地で支える環境づくりが整備されていった。

震災後、仙台市立病院は重症の一般救急患者の受け入れを主要な役割としたため、精神科関連の緊急受診者が殺到するということにはなかった。それでも、16床の精神病床はすぐに満床となり、救命救急センターを経由して一般病床に入院した被災高齢者に対するコンサルテーション・リエゾン医療のニーズも急増した。震災直後の2週間に、①津波で家屋や家族が流され、自分自身も骨折、

Shuichi Awata：東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム、仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター
〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2（東京都健康長寿医療センター研究所）

□特集

低体温症、脱水症、肺炎などを合併し、せん妄状態をきたした高齢者、②震災直後のストレス下で抑うつ状態～昏迷状態に陥った高齢者、③徘徊、易怒性、興奮のために避難所生活に適応できなくなった認知症高齢者、④ライフラインが途絶え、食料が不足している状況のなかで、現在の状況が理解できず、自宅で大暴れし、緊急入所できる施設もないことから入院が求められた認知症高齢者、⑤視力障害や聴力障害を背景にして避難所で幻覚妄想状態になられた方、⑥食料が不足している状況であるにもかかわらず、介護施設においてインスリン注射のみが平常通り行われていたために低血糖症によるせん妄をきたした方、⑦介護の負担を軽減するために、家族介護者にリスパダール®の液剤を多めに服用させられ、飲水・摂食が困難になり、脱水症による意識障害をきたした認知症の方、⑧震災後、過覚醒状態のために不眠や不安障害の増悪をきたした方など、不眠、不安、抑うつ、昏迷、幻覚、妄想、せん妄、認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) など、あらゆる形態の高齢者の精神障害の診療に当たることになった。

こうした状態像の多くは、安全かつ安心できる環境のなかで、身体的・心理的ケアと、適切な薬物療法を提供することによって、比較的短期間に軽快させることができた。しかし、自宅や施設の流出・損壊、家族の介護力の低下、介護スタッフの不足、既存施設の定員超過などによって退院先の確保がきわめて困難な状況に陥り、そのために新入院にも対応できないという問題が生じた。

こうした状況は、高齢者の精神科医療に取り組む被災地のすべての医療機関が共通に経験してきたことである。また、介護機関や避難所・自宅などにおいても、認知症の問題を含め、高齢者のメンタルヘルスにかかわるさまざまな問題に直面してきたであろうことは想像に難くない。しかし、ライフラインの寸断、とくにガソリンの入手困難による移動手段の制限のために、震災直後に関係機関と情報を共有することはきわめて困難な状況

にあった。

1 震災後の高齢者の精神科医療と介護の現状について

仙台市は平成20年に認知症対策推進会議を設置し、その下位組織として認知症の普及啓発と支援体制に係る作業部会を設置し、関係職の“顔の見える”連携体制が築かれていた。震災直後は前述の理由から関係機関との情報共有が困難な状況にあったが、震災から1か月を経た段階で、認知症対策推進会議のメンバー主導で「震災後の認知症の医療とケアについて」の情報交換会を開催することができた。また、6月以降には、平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業のなかで、岩手・宮城・福島認知症医療・介護の関係職の方々から、「震災後の認知症の医療とケアの現状と課題」についての情報を自由記述レポートの形式で得ることができた¹⁾。ここでは、これらの資料に基づいて、震災後の高齢者の精神科医療と介護の現状を要約しておきたい。

1. 逃げ遅れて犠牲になられた認知症高齢者や要援護高齢者は多い

緊急時、認知症の人にそのことを理解していただいて、迅速に避難させることがむずかしかったという報告は多い。岩手医科大学の高橋智氏によれば、岩手、宮城、福島3県の犠牲者で、発災1か月後までに年齢が判明した人の65%が60歳以上の高齢者であり、死因のほとんどは溺死で、逃げ遅れ、津波にのまれて死亡したものと推測している。また、岩手県沿岸部の老人福祉施設では、寝たきり、車椅子利用者、認知症患者など、多くの「災害弱者」が犠牲となったことを指摘している。

2. ライフラインが途絶え、暖房もなく、食料も不足し、衛生状態も不良な避難先や施設・医療機関において、多くの高齢者が健康状態を悪化させ、死亡リスクを高めた

舞子浜病院の田子久夫氏は「避難のさなかに低体温や肺炎などの合併症を併発したり、食品の不

足や摂取能力の低下で栄養障害を起こしたりして命を落とした方々も少なくない」と述べており、東北厚生年金病院の三浦伸義氏は、同院精神科における平成 23 年度 4～6 月の死亡者数増加は震災後の寒さが大きく関係していた可能性があると述べている。

3. 災害後の環境変化のなかで認知症症状が顕在化ないし悪化した

震災後、これまで平穏に暮らしていた高齢者が、避難所や自宅で混乱し、自分の居場所がわからなくなったり、夜中に徘徊したり、不安状態に陥ったり、立ち上がれなくなったり、失禁するようになった、という報告は多い。気仙沼市の認知症疾患医療センターのスタッフも「震災直後より、認知症の症状を呈する方の受診が顕著となった。それは、震災前は多少もの忘れがありながらも自宅では生活できていた方が、被災し住み慣れた家を失い、大切な肉親を亡くすなどの大きな環境変化のなかに巻き込まれ、不安と混乱のなかで認知機能の低下を余儀なくされるという経過を経たことによるものであった」と述べている。

4. 認知症の人を介護する家族の精神的負担も高まった

仙台市の地域包括支援センター職員は「避難所に一人でいた認知症の方は周囲の方が徘徊などに対応していたが、家族で来た人は他人に迷惑がかけられないようにと必死だった」と述べており、気仙沼市の認知症疾患医療センターのスタッフも「避難所生活が長期化することでの苛立ちや今後の生活再建への不安などのストレスが募り、しだいに認知症の人の行動を理解する気持ちは失われていった。認知症患者の夜間徘徊、頻尿によるトイレ通い、せん妄などの BPSD 出現頻度が高くなれば、睡眠を妨げる直接の原因となり、介護する家族が注意を受けて、精神的な負担を大きくさせてしまった」「認知症の人と介護家族の避難場所が失われ、避難所を転々と移動、駐車場で車内生活を送らざるを得ない方が多かった」と報告している。

5. 家族の介護負担から虐待のリスクが高まるケースもあった

顔にあざがあることに気づいたヘルパーが自治体の保健師に報告し、保健師が訪問して確認したところ、介護者が毎日飲酒していたという報告や、介護負担を軽減することを目的に認知症の高齢者にリスパダール®を過量服用させ、脱水症とそれによる意識障害を引き起こし救急搬送された事例などを経験した。

6. 医療機関では、多彩な精神症状とともに、身体状態を悪化させた高齢者の受診が急増した。しかし、退院先の確保がきわめて困難な状況にあった

高齢者の精神科医療を担う多くの医療機関が、多彩な精神症状とともに、身体状態を悪化させた高齢者の受診の急増に直面したが、地域と家族の介護力の低下によって、退院先の確保がきわめて困難な状況にあった。宮城県認知症疾患医療センターのスタッフは「今回の震災で認知症を有する方の支援を困難にさせた」と最も痛切に感じたことは、本人のみならず家族の生活そのものの変化、またもともと存在していた地域コミュニティの崩壊である」と述べている。前述の東北厚生年金病院の三浦氏は「東日本大震災は、まさに家族や地域の介護力を一瞬のうちに激変させた。被災地域の介護力を、根こそぎ奪ったといっても過言ではない」と述べている。

7. 福祉避難所は重症者のケアに有効であった

気仙沼市の保健師は「被災直後、入所施設の被災情報とともに在宅や避難所で過ごすことがむずかしい方を早急にどこか安全な場所に移す必要があるという課題がかなり早い段階で挙がってきていた。その多くは認知症高齢者であり、家族自身も避難生活のため、落ち着くまでの間、安心できる場所に本人を預けたいという相談が多く寄せられた」「今回の震災では地域の介護施設が十分なサービスを提供することが不可能な状況であった。他市・他地域と事前に震災時の要介護者の受け入れについて協議をしておくことも必要であ

□特集

る」と述べている。岩手医科大学の高橋智氏、舞子浜病院の田子久夫氏も福祉避難所の重要性を指摘している。

8. 福祉避難所は定員超過となり、職員不足とも重なって負担が過剰となり、職員のメンタルヘルス問題やケアの劣化という問題に直面した

仙台市内の福祉避難所の管理者は、職員自身が被災していること、交通網が遮断されていることなどから職員が不足し、3月末には相当疲弊した状態にあったと述べている。そして、介護ボランティアを投入するにあたって、「被災施設でも受け入れやすい、派遣施設でも行きやすいシステム」を構築することの必要性を強調している。気仙沼市の保健師は、全国から医療・福祉・看護・介護のボランティアの支援を得たが、そのなかで理学療法士、作業療法士、認知症ケア専門士の支援は避難者のみならず支援従事者にも安心感をもたらした、と述べている。

9. 地域包括支援センターおよび居宅サービス事業所は、地域に暮らす高齢者の安否確認、在宅および避難所の高齢者の生活状況の把握、訪問による多様な支援提供に対応した

気仙沼市の地域包括支援センターは、各避難所より避難者の情報を収集し、一般避難所では生活困難とされた40人の状況把握を行った結果、そのうち12人に認知症症状がみられたと報告している。仙台市においても、「各地域包括支援センターは震災直後より、①要援護者の安否確認や避難所への移動支援、②在宅高齢者への食料配布、③医療機関への受診支援、④避難所における高齢者の状況把握や健康相談等を行った。とくに要援護者の安否確認や在宅高齢者への食糧配布にあたっては、日頃の地域関係者等とのネットワークを活かし、関係者と情報を突き合わせながら支援を行った」と報告されている。

10. 平時から構築されている“顔の見える”連携が、災害時の情報共有と認知症支援に効果を発揮した

仙台市では、認知症対策推進会議が核となって

震災時に情報交換会を開催することができた。気仙沼市においても「各事業所が混乱するなか、介護事業所だけでなく、医療機関や障害者支援機関、行政も参加した情報交換の場がケアマネジャー協会気仙沼支部主導で設けられた」「各事業所の被害状況や稼働状況、連絡先などがわかったことで、被災していない事業所のサービスにすぐに切り替えたり、代替サービスにつなげたりなど、事業所同士がカバーし合う体制を少しでもつくることができた」と報告されている。また、仙台市では、地域包括支援センターが築いてきたネットワークが災害時対応に活かされた例を報告している。

11. 認知症についての普及啓発が、災害時の認知症支援においても効果を発揮した

仙台市では、認知症サポーター養成講座を受講した中学校において、震災時には生徒が高齢者や障害者を支えるとともに、民生委員とともに高齢者宅を訪問する活動を継続したと報告している。また、気仙沼市の保健師は、「認知症サポーター養成講座を受けた民生委員などが避難所で認知症の人を自然に見守り、近隣の人が集まった避難所では以前からの本人と家族を支える輪がそのまま継続されることもあった」と報告している。

12. 高齢者の孤立、うつ病、自殺のリスクが高まっている

仮設住宅に入居した高齢者など、新たな地域で暮らす数多くの高齢者が、震災に伴うさまざまな喪失体験とともに、「気軽に相談できる人々がない」「以前受けていたサービスが受けられない」「必要な情報を得られない」などの孤立の危機に直面している。高齢者のうつ病や自殺のリスクを高めている可能性がある。

2 災害精神医療における老年精神医学領域の課題

災害精神医療における老年精神医学領域の課題を以下に要約した。

- (1) 認知症高齢者や虚弱高齢者は災害時に特別な対応が求められるハイリスク集団であり、その

対応策は防災計画に含める必要がある。とくに、災害時の避難計画や避難時の移送方法、移送の障害を最小限にする方策を検討しておく。また、移送先とする医療機関・施設について広域のネットワークを構築する。認知機能や感覚機能に障害がある人には、指示や緊急時通報が認識できるような方法を考案する。

(2) 災害後の環境変化等によって生じる多彩な精神症状、認知症の顕在化と増悪、身体状態の悪化に対応するための備えを、医療機関、介護機関、地域レベルで進めておく必要がある。災害時の迅速な救援活動とその後の継続的なケアを確保するためには、①各機関での災害時業務の確立、②福

祉避難所の指定、③多様な職域の災害時ボランティアの派遣・受入れ体制の整備が必要である。

(3) “顔の見える”連携、地域住民への普及啓発、専門職や支援者を対象とする研修会、地域の介護力強化を目指した社会資源整備、うつ病や自殺の予防を視野にいたれたメンタルヘルス対策などを含む、新たなコミュニティの創出が中長期的な課題として残されている。

文 献

- 1) 平成 23 年度老人保健健康増進等事業「地域の潜在認知症患者の早期診断に関する調査研究事業」報告書（研究代表者：栗田主一）。

各 論：後期高齢者に多い疾患

うつ病

栗田 圭一

東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム 研究部長

プライマリ・ケアにおけるポイント

うつ病は高齢者の約10%に認められるcommon diseaseであり、加齢とともに有病率が高まる傾向がある。抑うつ気分、興味・喜びの喪失、気力の低下、食欲減退、睡眠障害、集中力低下、無価値観、自殺念慮などの定型的な抑うつ症状のほか、認知機能障害、身体的不定愁訴、著しい不安・焦燥、妄想、幻覚、緊張病症状、せん妄などの非定型的症状を伴うことがある。身体疾患や社会的孤立はうつ病の危険因子であると同時に、うつ病によって身体疾患が増悪し、社会的孤立が強まる。うつ病が認知症の初期症状である場合もある。身体的・精神的・社会的な総合機能評価を行ったうえで、安心できる環境の確保、積極的な傾聴、社会的な問題に対するソーシャルワーク、副作用の少ない抗うつ薬(SSRIやSNRI)の使用、多剤併用の回避、併存する身体疾患の治療、自殺の危険が切迫している場合や身体的衰弱の危険がある場合には、早めに電気痙攣療法を考慮することが治療のポイントである。

I 診断と用語の定義

うつ病とは、うつ病エピソードが見られる気分障害の総称である。アメリカ精神医学会の診断基準¹⁾では、表1のAに示す9つの症状のうち、①抑うつ気分、②興味または喜びの喪失のいずれかの症状を含む合計5つ以上の症状が同じ2週間の間に認められ、それによって著しい苦痛または社会的・職業的な機能障害が認められる場合を大うつ病エピソードと呼んでいる。経過中に大うつ病エピソードのみを認める気分障害は大うつ病性障害、大うつ病エピソードとともに躁病エピソードを認める気分障害は双極性障害と診断する。また、少なくとも2週間の抑うつ症状のエピソード

があるが、症状の数が大うつ病性障害に求められている5項目を満たさないものは小うつ病性障害と診断する。

抑うつ状態とは、診断基準とは無関係に、一定期間抑うつ症状が持続している状態のことをいう。疫学調査などでは抑うつ傾向という用語が用いられこともあるが、これは評価尺度(例：Geriatric Depression Scale)などを用いて判定される心理特性を意味する場合が多い。最近は「うつ」という用語が用いられることもあるが、これはうつ病、抑うつ状態、抑うつ傾向を含む包括的な概念であろう。

II 有病率と危険因子

地域疫学研究の文献レビューによれば、有病率の重みつき平均値は大うつ病で1.8%、小うつ病で9.8%、抑うつ症候群全体(うつ)で13.5%と報告さ

れている²⁾。したがって、高齢者のうつ病の有病率はおおむね10%と考えられる。うつ病の有病率は加齢とともに高まるが、これは高齢であるほど

表1 大うつ病エピソードの診断基準

④ 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している。これらの症状のうち少なくとも1つは、① 抑うつ気分、あるいは② 興味または喜びの喪失である。 ① その人の言明(例：悲しみまたは空虚感を感じる)か、他者の観察(例：涙を流しているように見える)によって示される。ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。 ② ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における、興味、喜びの苦しい減退(その人の言明、または他者の観察によって示される)。 ③ 食事療法をしていないのに、苦しい体重減少、あるいは体重増加(例：1ヵ月で体重の5%以上の変化)、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。 ④ ほとんど毎日の不眠または睡眠過多。 ⑤ ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止(他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの)。 ⑥ ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退。 ⑦ ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪	責感(妄想的であることもある。単に自分をとがめたり、病気になることに対する罪の意識ではない)。 ⑧ 思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる(その人自身の言明による、または他者によって観察される)。 ⑨ 死についての反復思考(死の恐怖だけでない)、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画。 ⑩ 症状は混合性エピソードの基準を満たさない。 ⑪ 症状は、臨床的に苦しい苦痛、または社会的、職業的、またはほかの重要な領域における機能の障害を引き起こしている。 ⑫ 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。 ⑬ 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、喪する者を失った後、症状が2ヵ月を超えて続くか、または、著明な機能不全、無価値観への病的とらわれ、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。
---	--

(文献1)より)

身体疾患や機能障害の併存率が高まることと関連している。実際、加齢に関連する交絡因子を統制すると、抑うつ症状と年齢との関連は消失すると報告されている³⁾。

高齢者のうつ病の危険因子には、身体的・精神的・社会的な要因があるが、前向きコホート調査の質的メタ解析では、身体的機能障害、新たな病気の罹患、身体面の不調、うつ病の既往、不良な主観的健康感、近親者との死別体験、量的メタ解析では、近親者との死別体験、睡眠障害、身体的機能障害、うつ病の既往、女性であることが

有意な危険因子とされている⁴⁾。また、社会的ネットワークの量的側面(対人的な接触頻度が少ない)や、質的側面(社会的支援の不足、孤独、家族関係や友人関係の問題)も重要な危険因子として指摘されている⁵⁾。身体疾患と社会的孤立はうつ病の危険因子であると同時に、うつ病によって身体疾患が増悪し、社会的孤立が促進されるといような双方向性の関係をもっている。予防と治療の観点から、後期高齢者のうつ病ではとくに重視されるべき危険因子である。

Ⅲ 症 状

うつ病エピソードでは、通常2週間以上にわたって、ほとんど毎日、ほとんど1日中、気持ちが沈み(抑うつ気分)、以前興味をもっていたことに対しても興味がもてず、何をしても楽しむことができず(興味・喜びの喪失)、疲れやすく、億劫になる(易疲労性・気力の低下)。動作は緩慢になり、口数が減り、問いかけに対する応答が遅くなる(精

神運動制止)。また、落ち着かず、じっとしていられなくなることもある(焦燥)。就眠障害、熟眠障害、早朝覚醒が見られ(睡眠障害)、食欲は減退し、体重は減少する(食欲低下・体重減少)。注意・集中力も減退し、ものごとを決断することができなくなり(集中力・思考力低下・決断困難)、「自分は役に立たない」、「周囲に対して迷惑

ばかりかけている」という思考に内面が支配され（無価値感・罪責感）、自殺のことを繰り返し考える（自殺念慮）。高齢者では、このような定型的な抑うつ症状のほかに、認知機能障害、せん妄、身体的不定愁訴、著しい不安・焦燥、妄想、幻覚、緊張病症状などの非定型的症状を伴うことがある。

うつ病エピソードに一致して認められる認知機能障害は、古くから「うつ病性仮性認知症」と呼ばれ、認知症と見誤らぬように注意が喚起されてきた。しかし、後期高齢者の場合には、身体疾患（とくに脱水症、感染症、心不全、呼吸器疾患、電解質異常など）や薬物の副作用に起因するせん妄の合併を十分考慮に入れる必要がある。また、うつ病が認知症の初期症状である場合も少なくない。

実際、一般高齢者よりも、軽度認知障害(MCI)や軽度認知症を有する高齢者のほうがうつ病の出現頻度は高い。

高齢者では、身体的愁訴や心気的不安が目立つために、うつ病が見逃されやすいことも古くから指摘されてきた（仮面うつ病）。しかし、後期高齢者では身体疾患が併存するのは普通であり、しかもうつ病が心疾患、脳血管障害、糖尿病などのさまざまな身体疾患の転帰を不良にすることも明らかにされている。また、著しい不安・焦燥、妄想・幻覚などの精神病症状、無動無言などの緊張病症状を随伴すると、薬物治療の効果が十分得られず、症状が遷延化し、身体的衰弱の危険が高まる場合があるので注意を要する。

Ⅳ 治療

高齢者の身体的・精神的・社会的側面を総合的に評価したうえで、心理社会的治療（精神療法、ソーシャルワークなど）、身体的治療（薬物療法、電気痙攣療法など）、併存する身体疾患の治療を統合的に行う。

① 心理社会的治療

安心できる環境を確保して、十分なゆとりをもって、患者の体験に積極的に耳を傾けること（積極的傾聴）は、治療関係の形成に不可欠である。本人が自分の生活史を回想することは、内的葛藤の解決、喪失体験の緩和、自尊心の回復に役立つ（回想法）。本人や家族の不安を軽減するためにも、うつ病の症状・経過・治療について適切な情報を提供することは重要である。認知機能や感覚機能（視力、聴力）の障害が併存する場合には、より近い位置で、わかりやすい言葉で話すなどの工夫が必要である。経済問題・家族問題・社会的孤立（社会的支援の不足）など、社会的な問題が背景にある場合には、ソーシャルワーカー、保健師、

介護支援専門員などがソーシャルワークを行う。

② 薬物療法

一般に、高齢者では、加齢に伴う身体的変化や身体合併症などから薬物に対する忍容性が低下しており、代謝・排泄能の低下から薬物が体内に蓄積する傾向がある。こうしたことから、ムスカリン受容体阻害作用、アドレナリン α_1 受容体阻害作用、ヒスタミン H_1 受容体阻害作用、キニジン様作用による副作用（便秘、排尿障害、口渇、視調節障害、せん妄、血圧低下、過鎮静、体重増加、頻脈、心伝導障害など）が多い三環系抗うつ薬の使用は回避され、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)または選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)が第一選択薬として用いられる。

不眠や不安が顕著な場合にはベンゾジアゼピン系の睡眠薬や抗不安薬を併用するが、常用量依存や副作用（認知機能障害、せん妄、ふらつき、血圧低下など）の問題があるために、長期投与には

注意を要する。2009年9月に上市された新たなノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ薬(NaSSA)は、睡眠障害が目立つうつ病への有用性が期待されている。妄想や幻覚を随伴する精神病性うつ病で、抗うつ薬による治療で反応が得られない場合、少量の非定型抗精神病薬を併用することもある。緊張病症状を認める場合にはベンゾジアゼピンが有効な場合もあるが、経過が長引くと脱水・低栄養・感染症などを合併するリスクが高まる。一般に、後期高齢者では、薬物副作用のリスクが高いため、多剤併用は可能な限り回避すべきである。薬物治療が困難な重症うつ病では、電気痙攣療法を早めに選択することが推奨される。

③ 電気痙攣療法

電気痙攣療法(ECT)とは、頭皮上電極からの通電によって脳内に痙攣発作発射を誘発し、これによる神経生物学的効果を通して精神症状の改善を図る治療法である。薬物治療に抵抗を示す場合、著しい副作用や身体合併症のために薬物治療の継

続が困難な場合、自殺の危険が切迫している場合、拒食・拒薬などのために身体衰弱の危険がある場合にはECTを早めに考慮する必要がある。妄想や緊張病症状を伴ううつ病ではECTの治療効果が高い。原法(ECT)に対して、有効性や安全性を高めることを目的にさまざまな技法上の修正を加えたECTを修正型ECT(m-ECT)と呼び、わが国では、麻酔科医の管理のもとで静脈麻酔薬と筋弛緩薬を使用して実施するECTのことをm-ECTと呼んでいる。高齢者に対してはm-ECTが適応となる。

④ 併存する身体疾患の治療

後期高齢者では身体疾患が併存しているのが普通であり、しかも身体疾患がうつ病の危険因子になると同時に、うつ病が身体疾患の経過を悪化させるという双方向性の関係をもっている。こうしたことから、うつ病の治療とともに身体疾患の治療を統合的に行うことが、後期高齢者のうつ病治療では欠かせない作業となっている。プライマリ・ケアと精神科との医療連携が重要である。



参考文献

- 1) American Psychiatric Association (著), 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸(訳): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引, 医学書院, 東京, 2002.
- 2) Blazer DG: Depression in late life: review and commentary. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 58: 249-265, 2003.
- 3) Beekman ATF, Copeland JR, Prince MJ: Review of community prevalence of depression in later life. Br J Psychiatry, 174: 307-311, 1999.
- 4) Cole MG, Dendukuri N: Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry, 160: 1147-1156, 2003.
- 5) Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA: Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. J Affect Disord, 106: 29-44, 2008.

一人暮らしの女性高齢者の幻覚妄想状態

^{*1*} 栗田主一 Awata Shuichi

^{*2} 櫻田久美 Sakurada Kumi

^{*1} 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム

^{*2} 仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター

1●はじめに

わが国の後期高齢者の人口は2010年の時点で約1,400万人と推計されており、今後25年間でその数は1.6倍増加し、5人に1人が後期高齢者という時代を迎えることになる。精神保健という観点からは、後期高齢者人口の増加は、後期高齢期に有病率が高まる精神障害（認知症、せん妄、うつ病、妄想性障害など）の予防対策と支援対策を今後どうするかといった問題に結びつく。

後期高齢者の精神保健対策において留意されねばならないことの一つに、一人暮らしの女性の後期高齢者の増加という現象がある。例えば、女性の自殺死亡率は後期高齢期において急峻に高まる傾向があるが、その背景にはしばしば孤独の問題があり、孤独の問題と密接に関連した精神障害の問題がある^{1, 2)}。ここでは、幻覚妄想状態を呈するに至った一人暮らしの女性の後期高齢者2事例を紹介し、一人暮らしの女性高齢者のための精神保健対策のあり方について若干の考察を加えた。

2●事例1 76歳、女性

地域包括支援センター職員から自治体の精神保健相談窓口につながった。「被害妄想のために近隣トラブルが続いている一人暮らしの女性高齢者がいる。最近はうつ傾向があつて、家に閉じこもりがち。医療機関への受診にもつながらない。どうすればよいか」ということであつた。詳細は以下の通りである。

元来、人柄は真面目であるが、気が強く、プライドが高い。5人同胞の長女として出生。

女学校卒業後は事務員となり、60歳の定年まで勤務した。32歳で結婚し2子をもうけたが、50歳で離婚。子は自分で育て上げ、56歳から単身生活をはじめ、定年後は日本舞踏や社交ダンスなどのサークル活動をしながら過ごしてきた。既往歴としては60代から高血圧症の治療を受けているが、その他に著患はない。飲酒・喫煙はしない。

69歳のときに近隣と騒音問題のトラブルがあり転居した。73歳のときにも同様のトラブルがあつて現在の住所（8階建てマンションの2階）に転居した。転居してほどなく、「現金や反物がなくなる」と言って隣人を疑うようになった。さらに「天井裏に『天井人』が住んでいる」と言い、部屋に降りてきて勝手にインスタントコーヒーを飲んだり、携帯電話を隠したり悪さをするようになったという。

75歳頃から気力が低下し、社交ダンスのサークルもやめてしまった。食事も出来合いのものをスーパーで買ってきて食べるだけになり、外出頻度も急激に少なくなった。時折訪問する家族に対してはしばしば易怒的になり、感情不安定な面も認められるようになった。物をよく紛失するので実際に健忘があるようだが、生活には支障はない。夜眠れないことがあるというので家族同伴で精神科クリニックを受診したところ、うつ病か認知症であろうと言われた。本人は認知症と言われたことにショックを受けて、二度と病院には行かないと言って通院を拒否するようになった。

今後の対応をどうすればよいのか、家族、民生委員、地域包括支援センター職員らで相談した結果、自治体の事業である「心の健康相談」を利用しようということになった。本人としても助けてもらいたいという気持ちはあるようで、役所の相談窓口であれば一緒に行くということであったので、本人、家族、地域包括支援センター職員で精神保健相談を利用することになった。

以下は、相談来所時の本人の話と本人自筆のメモ書きを要約したものである。

「2年前に現住所に転居したが、夕方、入浴すると、天井からすごい音（人が棒で叩く音）がするようになった。マンションの管理人と相談し、外部から人が侵入できないように浴室部分の天井裏周囲を囲ってもらったが、その後も騒音が続いた。留守中に部屋の中をかきまわし、自分たちが必要とするものは何でももっていく。朝、朝刊をとりにドアをあけたら、丁度ご夫婦がいて、新聞をとろうとしていた手を引っ込めた。夜の9時に寝室に入ったら、201号室の男性が305号室の人に白い布をふって合図をしていた。

昼となく夜となく、天井にはいつも2～3人いる。朝になると私がゴミ捨てにいくのを見計らって外に出て行った。合鍵をもっているのだと思う。トイレに誰もいないのに、電気がついたり、トイレの紙をちぎって便器に入れたり、洗濯物の下着に接着剤をつけたりする。それを見つけたときには恐ろしさのあまり声もでなかった。

幽霊まがいのことをして、私を恐怖に陥れようとしている。玄関の靴、服、靴下、サロン

パス、マスク、爪きり、電池、懐中電灯、小型ラジオ、私の家の備品や消耗品を自分たちが必要なときはいつでも使用している。

ある日の夕方、玄関で「カラオケいかない」と誘われたので、ついて行った。向かいのスナックに入ったが、私の隣に座った男が、次の朝、私が洗濯物を干しているときに、ズボンを手にとって出て行くところを見てしまった。あっという間で、声も出なかった。

確定申告も、私は土地売買があったので、早朝に税務署に行って済ましてきたにもかかわらず、その書類を盗んで勝手に区役所に提出し、ダブリになって過剰支払いをわざわざさせた。そのお金を返金することになり、人の銀行口座を電話で教えてくれと言われたが、どこ

のどいつがやっているのか、顔が見えないので怖くて眠れない。

組織的なので、いろんな人が入ってくる。幽霊的なことをして情緒不安定にさせられる。防犯カメラを設置したが、電気をつけておかなければ写らないカメラであったのに、私が無知なためにそのままにしていたら、はっきりとは写らなかったが、背をまるめた3人が、玄関の方に出て行くところと、2人が隣の部屋に入っていくところが写っていた（黒いものが2つ写っていた）。そのときは外出しなければならず、帰宅してから見たら、その黒いものが火の玉のように、四方に散らばって写っていた。ビニールの丸いものが一つ落ちていたので、それをフィルムに貼って再生したのだと思う。「幽霊が出る」などと私が吹聴して歩くので、認知気味のおばさんと思われている。

12月16日防火点検があったので、12月8日に天袋のガムテープをはがしたついでに、風呂場の天井をあけてみたら、黒い帽子を被った男がいたので、携帯電話のカメラのスイッチを押したら、運悪く電池切れだった。次の朝、警察に電話したら2人の警官が来たが、「天井に人は入れないから」と言われ帰っていった。自宅電話もすべて盗聴されていたので、取り外してもらった。それでも、盗聴器がとりつけてあるらしく、朝な夕なに、「カタッ」と音がして、人の気配がして、自分たちに不利なことが言われていると棒で天井を叩く。

引っ越してから2年経過したのに、自分の家でありながら他人の家にいるような、格子なき牢獄のような生活。私にとっては人生の最後。自分なりに楽しく生きようとしているときに、こんな目に逢うとは想像もつかなかった。心身ともに疲れた。まさか管理組合の役員全員で、私をいじめていたとは。警察に言えばそれ以上にエスカレートして、人が寝ているベッドの下から金をとったり、電気さん2人を使って夜中に侵入させて金をとって行かせたり、あまりに悪辣なやり方で私を苦しめる。人権蹂躪もいいところだ」

以前受診した精神科クリニックで認知症の疑いがあると言われたということなので、念のため検査しておきましょうと本人に伝えたところ、実は自分もそれを心配していたということで、1ヶ月後に認知症疾患医療センターで精査することになった。精査の結果、MMSE 28点で、明らかな記憶、見当識、言語、視空間機能に異常は認めなかった。理学的所見、神経