

項目13:高齢者	要約	
第6章 災害と高齢者		
<p>0. はじめに</p> <p>—高齢者とは／高齢化／高齢化社会の問題点</p>	<p>1. WHOでは高齢者を65歳以上と定義づけし、日本は2007年に超高齢者社会となった(人口の21.5%)。</p> <p>2. 高齢化社会の問題点には、①孤独死、②徘徊死・不明者、③自殺、④高齢者虐待、⑤消費者被害、⑥災害時要援護者・災害弱者がある。災害時の社会システム脆弱化は避けられないことから、平時より高齢者へのゆとりある対応が求められる。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>
<p>1. 高齢者の特徴</p> <p>—身体的特徴・身体の老化／精神的特徴・精神の老化</p>	<p>1. 高齢者の特徴には、①体力の低下、②前頭葉の機能の低下による意欲の低下、③動脈硬化の進行による自発性の低下、④セロトニンなどの脳内神経伝達物質の減少やソーシャルサポートの喪失によるうつ病の危険性、⑤眠りの質の低下、⑥せん妄、⑦尿失禁、頻尿、などがある。</p>	<p>1. Op.</p>
<p>2. 認知症</p> <p>—認知機能とは／認知症とは／病態／診断／治療／認知症の注意点／代表的な認知症／災害と認知症</p>	<p>1. 認知症とは理解、判断、論理などの知的機能に障害が生じることである。後天的に獲得した知能、知識を徐々に失い、判断・行動に問題を生じ、結果として社会生活に問題をきたす。記憶の問題が認知障害でも中心となっている。</p> <p>2. 病態は各認知症患者によって異なる(例:アルツハイマー病ではアミロイドβタンパクの重合、沈着が脳の異常を引き起こす一方、脳血管性認知症では脳梗塞や脳出血などの血管性疾患が原因と考えられている)。</p> <p>3. 認知症の診断方法、①本人と家族から既往歴と家族歴を聴取、②ミニメンタルステート検査(MMSE)や長谷川式簡易知能評価スケールを用いての認知機能の低下の測定、③MRIやSPECTの画像検査などがある。</p> <p>4. 認知症の種類によって治療薬が異なるが、薬物療法は過鎮静などの副作用があるため、最初はユマニチュードなどの非薬物的手法を使用してから薬物療法に移行する。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op. 6. Op.</p>

5. 認知症に関する注意事項として、①高齢者うつ病との鑑別が困難なこと、②コミュニケーションが取りづらいため身元が確認できなかったり、食事などの配給を受けることが出来なかったりすることなどがある。

6. 災害時において、迅速な判断ができない認知症患者は大きな不都合を抱える。介護者と離散した場合、身元特定が不可能となったり、自分の希望を表出できないことから避難所での配給を受けられなかったり、身体疾患のための薬を内服できない、等の事態が生ずる。認知症患者は災害弱者のうちでも最も脆弱と考えられ、周囲からの積極的支援を必要とする。

3. 災害と高齢者

－身体面の問題／精神面の問題
／高齢者と避難勧告／災害時の
急性期対応／慢性期対応

1. 高齢者における災害後の精神疾患(主にPTSD, うつ病, 不安障害, 物資関連障害)のリスクに関する研究結果はさまざま、①若年者と比べて高齢者は精神疾患のリスクが低いことを示していたり、②高齢者のほうがリスクは高いと示していたり、③年齢による差はないと示しているものもある(Galea et al., 2008)。

2. 高齢者の精神面を評価する際に把握すべきことは、①身体疾患の合併、②服薬状況、③知覚や運動の障害、④ソーシャルサポートの有無、⑤災害後の社会資源の利用状況である(Conwell, 2009)。

3. 災害時において有用な支援法には、①BASIC-Ph(Lahad et al., 2013)と、②サイコロジカル・リカバリー・スキル(SPR)がある。高齢者に頻発する精神医学的問題はPTSDよりも不安、抑うつ、記憶障害である(Galea et al., 2008)。

4. 高齢者が避難勧告があるにも関わらず避難しないことがある理由として、①過去の災害で成功体験があったこと、②生まれ育った場所を離れたくないこと、③安全だと思ってしまうことなどが挙げられている。

5. 認知症をもつ患者には、副作用のある向精神薬を優先せずに、まずは衣食住が補われている安心な環境や対象(家族など)を提供すべきである。

1. Ev.
2. Ev.
3. Ev.
4. Op.
5. Op.

3. 神経生物学的リスク因子	1. 神経生物学的リスク因子には、①日周変動の喪失を伴うコルチゾールのおだやかな増加、②ニュートロフィン反応の減少(脳由来神経栄養因子の減少、チロシンキナーゼ活性)、③アドレナリンの大量放出(PTSDへの発展の危険性をはらむ)、などがある(Pitman et al., 2002; Peskind et al., 2007; Ziegenhorn et al., 2007)。	1. Ev.
4. 精神医学的アウトカム	1. 災害直後ほとんどの人がストレス反応を経験するが、2か月後一部の人は何らかのI軸診断疾患を発症し、ごく少数が長期的な心理病理に移行する(図18-1トラウマへの反応の階層、p.423; Lindemann, 1944)。 1. 軽度の記憶・認知障害は、極度のストレスを受けた高齢者では一般的なことなので、精神科医は鎮静剤を使用すべきではない(Sakauye, 2008a)。	1. Ev.
5. 介入の方略	1.災害対応は、①直後期(災害後一週間)、②早期・急性期(1週間～2カ月)、③後期・急性期後(2カ月以上)に大別され、各段階においてa)患者のトリアージ、b)精神医学的歴の確認、c)向精神薬治療の中断回避、d)精神疾患のスクリーニング、e)物資使用の確認、f)ビアーズ基準上の薬の回避の確認(Fick et al., 2008)が必要とされている。 2. 直後期の対応としてPFAが推奨されている。認知症患者には、愛着対象人物の存在が有益である。薬物を使用する際は、ビアーズ基準に掲載されている薬物(例:抗ヒスタミン薬)を避ける(Fick et al., 2008)。 3. 急性期対応として推奨されているのは、①ソーシャルサポートの欠如、健康、記憶、日常生活動作の制限の有無、ケースマネジメントの要否に関する情報に基づいたハイリスク者のスクリーニング、②ハイリスク者を治療・精検へ紹介、③鎮静作用のある向精神薬の使用を認知症患者に避けること、などがあげられている(Dyer et al., 2008; Sakauye, 2008b)。 4. 急性期後における不安障害に対する精神科治療には、①リラクゼーション・エクササイズを用いた認知行動療法と、②抗うつ薬(SSRI, SNRIs)が推奨されている(Sakauye 2008a)。	1. Ev. 2. Ev. 3. Ev. 4. Ev.

6. 準備	1. 防災計画に高齢者と認知症患者のための計画を含め、彼らの対応方法についてケア提供者と初動対応員を訓練する。治療を継続させるためには、個人の医療情報が刻まれたアクセサリー (MedicAlert Jewelry) や、マイクロチップのインプラントや電子医療記録を手配する。有事に備えて、弱い高齢者や認知症患者へのサービス代替の計画を確立する(Sakauye et al., 2009)	1. Ev.
7. 結論	1. 健康障害、認知障害を抱える高齢者はトラウマ後の精神医学的問題のリスクがあると認識することが重要である。よって、ADLの制限、認知機能はすべての高齢者でスクリーンされるべきであり、何らかの制限が認められる場合、家族の支援もスクリーンされるべきである。 2. 既往の疾患の再発予防のため、既存の治療の継続は非常に大切である。また、転倒・混乱のリスクが知られているベンゾジアゼピン、鎮静作用のある抗ヒスタミン剤、抗コリン性の薬、多剤投与を避けるべきである。	1. Op. 2. Op.
第12章 高齢者対策		
1. 近年の震災にみる高齢者への対策 —高齢化社会と災害／過去の教訓	1. 2004年中越地震、2007年能登半島地震、2007年中越沖地震により、災害時要援護者 (CWAP-防災白書、1991) の中でも特に高齢者に対する配慮が重要視されるようになった。 2. 2007年の能登半島地震では、CWAPの人々のための福祉避難所が初めて設置され、2008年に厚生労働省による福祉避難所設置・運営に関するガイドラインが公表された。	1. Op. 2. Op.
2. 高齢者対応の実際		

—2011年東日本大震災での活動／遊楽館に設置された福祉避難所／桃生農業者トレーニングセンターに設置された福祉避難所／これからの課題

1. 東日本大震災当時、筆者(石井, 2012)は、現地に派遣される災害支援ナースのコーディネーターとして活動の調整や支援を行っていた。数多くの避難所に巡回する救護班や医療福祉関係者の活動拠点を固定化するため、要援護者を集約できる福祉避難所(遊楽館、桃生農業トレーニングセンター)を4月中旬に設置。福祉避難所への移動を拒む人々がいたため、筆者(石井, 2012)は二次避難説明指針(表12-3; p.179)を作成し、個別訪問を行った。

2. これからの課題として、①健康問題の早期判断と治療、②高齢者の活動性が低下しない生活環境の提供、③尊厳を保つ、エンパワメント・高齢者と支援者とのパートナーシップの促進、④ヘルスプロモーションの促進、⑤自立を阻害しない、または促進し可能な範囲でのセルフケアの確立、が想定される。

1. Op.
2. Op.