

DVD教材の解説（地域対応編）

ゲートキーパー研修用 DVD（地域対応編）

DVD の内容について

「ゲートキーパー養成研修用 DVD（地域対応編）」は「ゲートキーパー心得編」と「保健師編（慢性身体疾患対応）」、「訪問介護職員編（とじこもり対応）」、「窓口職員・住民編（不安障害対応）」、「民生委員編（介護負担対応）」、「児童委員編」の 6 編から構成されています。

「ゲートキーパー心得編」では、ゲートキーパーとして活動する上で必要な基本的な知識や技法、日頃から心がけておくポイントについて映像で分かりやすく学ぶことができます。



支援に関する 5 編のプログラムでは、自殺対策に関わる地域の支援者が経験しうる自殺の危険性がある者に対するメンタルヘルス・ファーストエイドによる対応法を骨子にしています。コンテンツは、それぞれに専門家の解説が収録されるとともに、悪い対応と良い対応が収録され、現場での実践的内容を学習することができます。また、ビデオを視聴し、シナリオを用いてロールプレイを行い、支援者と相談者それぞれの役割を体験し、ゲートキーパーが担う知識やスキルを学ぶこともできます。

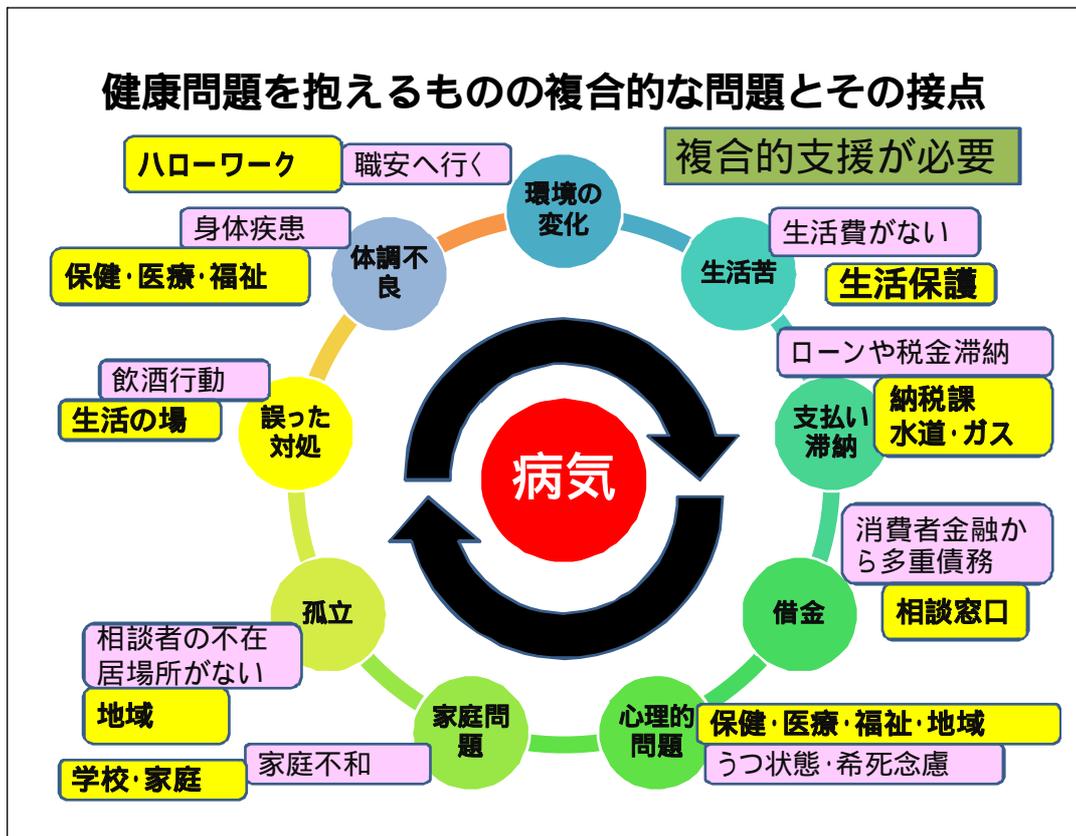
あくまでこの DVD は、支援者、つまりゲートキーパーを養成するためのプログラムであるため、たとえば希望されない人、不調でロールプレイを行うことが困難な方については、ロールプレイは行わなくてよいなどの配慮が必要です。また、「窓口職員・住民編（不安障害対応）」についても、すでに不安が起こりやすい方などはロールプレイを行わないことや、参加者の対象としないことなどの配慮が必要になります。

慢性身体疾患について

身体疾患と自殺の危険性

平成 24 年中における自殺の状況（内閣府自殺対策推進室、警察庁生活安全局生活安全企画課）において、自殺の原因・動機は健康問題が最多（48%）で、健康問題の約 3 割（33%）が身体の病気の悩みです。地域で重症の身体疾患を抱えながら生活されている住民は少なくありません。

うつ病に罹患したものは結果的に複合的な悩みを抱えることがあります。図は身体疾患を抱えた人がうつ病を発症した場合に、負の連鎖や悪循環が起こっている状態を示したものです。



身体疾患とうつ病について

身体疾患の人がうつ病になる理由には次のようなパターンがあります。

(1)重症の身体疾患に罹患したことによる心理的負担でうつ病となる。

－例えば、がんと診断された1週間以内の自殺リスクは、一般人口の10倍以上です。

また、診断された1年以内は約3倍です。 出典 Fang Fら(N Engl J Med, 2012)

(2)身体疾患の症状の一つとしてうつ病をきたす

－パーキンソン病や脳梗塞を始めとする一部の身体疾患は、身体疾患の直接的な影響としてうつ病を起こします。このような場合、うつ病に対する医学的な治療が強く勧められます。

(3)身体疾患の結果、生活上の障害を生じて、うつ病となる。

－体調不良という身体的問題に加えて、働けなくなったり、生活費の苦勞や借金をしたりなど、生活上の困難を抱えてしまうことも少なくありません¹⁾。そのような中で、家庭等での人間関係も悪化して孤立したり、飲酒などにより気分を紛らわそうとするような誤った対処行動がますます身体状況を悪くするような悪循環もしばしば認められます。

このように、健康問題に端を発した場合でも、うつ病にはさまざまな背景があります。「重

い病気にかかったのだから落ち込むのは当たり前」「重い病気で落ち込んでいる人には、声かけやうつ病の治療は無益」などという考えは大きな誤解です。

身体疾患とうつ病を抱えている人が持つ社会とのさまざまな接点において、医療のみならず、介護サービスや生活支援（見守りや声かけ、買い物）など包括的なケアが求められます。地域で健康問題を抱える人を支援する上で、うつ病患者との接点となりうる医療、福祉、行政、そして地域などが包括的にゲートキーパーとして、支援に組み込まれる仕組みが重要です。病気に苦しむ人に対するゲートキーパーとしての心に寄り添った関わりが自殺対策につながります。

重症身体疾患を抱えているものへの対応の基本

■ 温かみのある対応をする

真剣で、かつ温かみのある対応が必要です。出会いでは挨拶も大切にしましょう。

■ 誠実に話を聴き、理解しようとする姿勢を示す

不安なこと、辛いことなどは相談者と支援者でイメージのギャップを生じさせやすい言葉でもあります。困っていることを具体的に尋ねることが理解につながります。相手の悩みや苦勞を理解し、ねぎらうことも大切です。

■ 生活面や人生にも話題を向ける

どのような日常生活を送っているか、これまでどのように生きてきたかということに目

を向け、それを認める過程は、言葉の裏にある気持ちや状況を理解につながります。相手を認め理解することは、相手の自尊心を労わることでもあり、相手の状況を踏まえた支援の土台ともなります。

■問題解決の視点で関わる

相談者が抱えている問題に対する苦悩を和らげるためにできることを検討します。後述の、介護保険などはその例です。その時には、相談者の気持ちや選択を尊重しようとする姿勢を示し、押しつけにならないよう気をつけます。

■継続的な問題解決の視点で関わる

身体疾患を抱えた生活では、問題がすぐに解決するわけではありません。深いよりは、1回1回は短くとも、継続的な関わりをすることが大切です。

■多職種を上手に利用する・使い分ける

身体疾患を持つ人が治療や生活で困った時の相談先は、主治医だけではありません。病院内のさまざまな職種を上手に利用することを勧めます。主治医に遠慮して十分に聞きたいことが聞けない患者さんもいますし、そういう人に「主治医ときちんと相談してください」ということは、かえって心理的に負担をかけることにもなります。医学的な病状は主治医が一番把握していますが、症状とのつきあい方や生活上の配慮は看護師、食生活は栄養士、治療の副作用は薬剤師など、病院の多職種に相談が可能です。がん医療においては、全国のがん診療連携拠点病院に必ず「がん患者・家族相談支援センター」が設置されています

ので、相談窓口として有効利用して下さい。

■慢性身体疾患に良いことは、うつ病にも良いことが多い

多くの慢性疾患（がん、心臓病、脳血管障害、糖尿病など）の患者さんには、適切な食生活、節酒、禁煙、適度な運動が効果的です。実は、これらは、うつ病の予防・改善にも役立つことがわかっています。食事・節酒・禁煙・運動に関する助言・支援を通じて、身体疾患とうつ病の両方に役立てることができます。

介護保険について

「要介護認定」の認定により介護保険を利用することが可能になります。介護保険は、高齢者（65歳以上の人）に加えて、40～64歳でも末期がんなど特定疾病が原因となり介護が必要であると認定された患者の場合に、介護保険による在宅サービス等を利用することができます。

心身の調子が変わりやすく、迅速な対応を要する場合も少なくない末期がんにおいては、保険者（市区町村）の判断で、その要介護認定が出る前に介護サービスを受けることができます（注）。40～64歳で末期がんに対する介護サービスを検討される場合には、市区町村の介護保険の窓口にご相談されることが役立ちます。

注. 厚生労働省「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項」（2010年4月30日通知）

特定疾病

介護サービスにおける特定疾病は以下のとおりです。

がん末期（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）、関節リウマチ、筋萎縮性側索硬化症、後縦靭帯骨化症、骨折を伴う骨粗鬆症、初老期における認知症、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、早老症、多系統萎縮症、糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症、脳血管疾患、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患、両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

参考文献

- 1) 大塚耕太郎,酒井明夫.地域におけるうつ病対策. (大野裕編) うつ病治療ハンドブック—治療のコツ—.東京:金剛出版;2011;p336-346.
- 2) 藤澤大介. うつ状態にあるがん患者のこころのケアのすすめかた. Medical Practice 28(10), 1779-1782, 2011

高齢者や介護者のうつについて

高齢者のうつと自殺の特徴

高齢者のうつ状態では、抑うつ気分の訴えよりは身体症状や不安焦燥の訴えが多く、重症感がなく、神経症的な執拗な訴えに見ることがあります¹⁾。支援者にとっては、こうした状態像の大多数がうつ病であることを見抜くことが重要です。さらに、先に述べたように認知症など脳器質性疾患がないか検討することも必要になります。

高齢者の自殺既遂者、未遂者の特徴として、1) 衰えによる身体的不調や身体疾患への罹患、2) 死別や離職など様々な喪失体験、3) 個人的な悩み、4) 家族と同居していながら相談できない、5) サポート者が少ない、6) 孤独な状況、などがあげられます²⁾。

一般には、良好な家族関係や家族援助、社会的スキルや困難が生じた場合の援助希求、重要な決断の場合の助言の要請、経験や解決法に明るさ、新しい知識に明るさ、そして良好な関係やサポートは自殺行動に対する防御因子となります²⁾。しかし、高齢者は個人的苦悶体験を抱え、身体的衰えや身体疾患が存在し、またうつ病への罹患もあり、周囲に家族がいるものの心理的孤立の状況に陥っている場合もあります。このように高齢者の自殺には自殺の防御因子が乏しいという深刻な状況です。

たとえば、高齢者では老化による体力の衰えが基盤にあり、ライフイベントを契機にうつ病を発症する場合があります。また、日常生活で仕事や家庭の役割の喪失体験がその

背景にあることを認める場合もあります。そして、新たな楽しみをみつけることができない高齢者もいます。老年期には、新たな生きがいや楽しみを提供できる環境も重要です³⁾。

認知症とうつ病

老年期では物忘れとうつを合併し、認知症かうつ病か判断が困難な場合があり、両者が併存している場合もあります。脳委縮や脳血管性障害、神経変性疾患など脳の器質的変化はうつ病を引き起こすことがあります。また、アルツハイマー型認知症の初期症状としてうつ症状を認める場合も少なくありません。認知症のうつ症状では、悲しみや自責感のよな症状よりも、身体的愁訴や喜びの欠如が多いことなどが特徴として挙げられます⁴⁾。

高齢者の自殺対策

以上から、高齢者の自殺対策には啓発活動やスクリーニング事業など、医療モデルのみならず、危機介入、ソーシャルサポートなどの援助体制が必要となります³⁾。

1) 予防的介入

自殺対策としては、精神障害の早期発見や早期受診を促すような相談窓口の機能を担うシステムが必要とされ、うつ状態の早期発見と精神科へのコンサルテーションが有用です。実際にハイリスク者を支援する場合、まずうつ病などの精神障害についての相談窓口の担当者が、面接技法や診断・治療などに関する知識を習得することが求められます。ゲート

キーパー養成プログラム等により、高齢者に対する心理的援助法を習得していくことも役立つと考えられます。

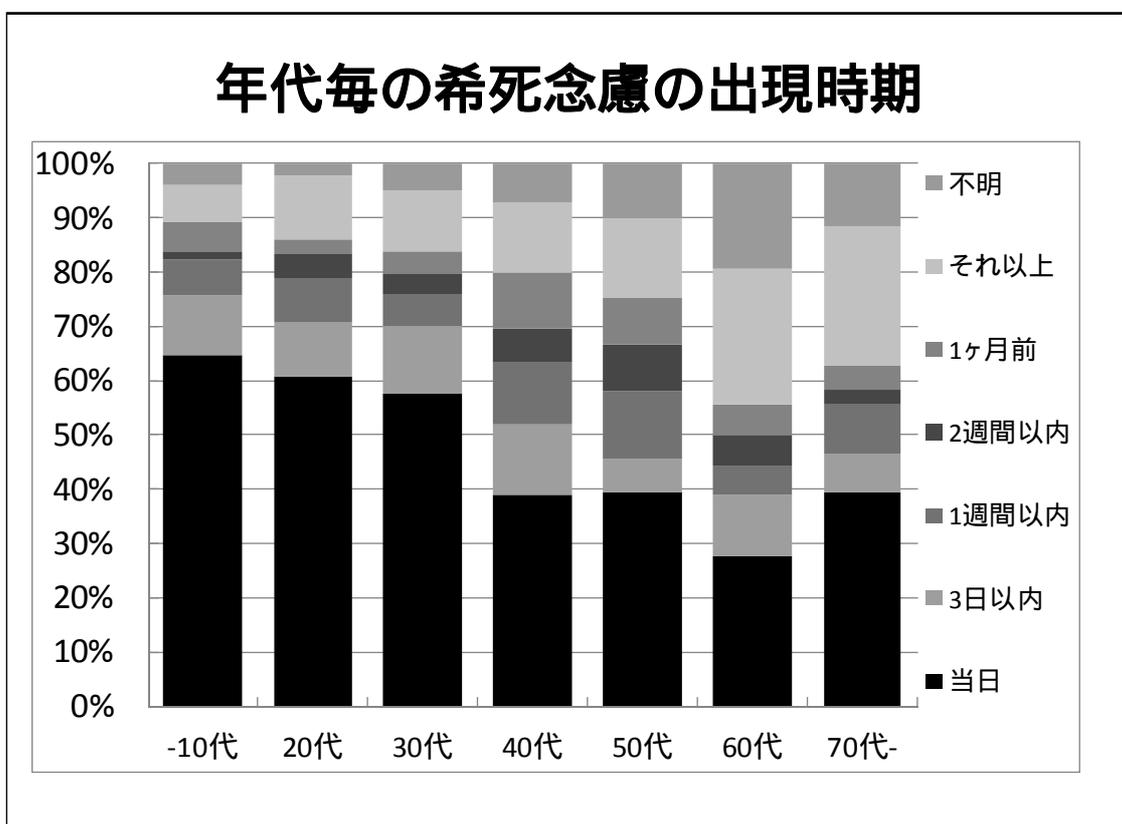
そして、高齢者のうつや自殺の背景には、身体的な不調、喪失体験、個人的な悩み、心理的孤独、心理的支援の乏しさ等の状況があり、精神医学的治療だけでなく、様々な問題解決を図ることも重要です。自殺対策としては、ハイリスク者の早期発見、早期支援を促すような相談窓口機能を担うシステムも必要とされます⁵⁾。そのため、医療機関と地域の連携を目的として、患者をサポートするような地域のネットワークづくりを行うことは、重要な自殺対策機能を担うと考えられます。

ネットワーク構成員としては、医療機関以外にも保健所や保健センターを含めた行政の窓口、司法の窓口、教育機関などが存在します。地域における様々な社会資源を活用しながら、自殺のハイリスク者を支援するような体制づくりが必要です。そして、こころの健康に関する地域づくりという観点からは、地域住民参加型の活動が根付いていくことが重要です。住民組織、民間団体、行政、専門家など自殺対策に関わる社会資源が包括的に自殺対策に参画していくことは、こころの健康づくりを地域で支え合うことにつながるでしょう⁵⁾。できるだけ広い領域をターゲットとしたメンタルヘルス教育も重要であり、ゲートキーパー養成プログラムによる教育をひろげましょう。

2) 危機介入、ハイリスク者対応

岩手医科大学における精神科救急（岩手医科大学附属病院一次二次外来及び岩手県高度

救命救急センター)において、2002(平成14)年4月1日~2005(平成17)年3月31日の3年間の自殺企図者3次救急外来受診485件(既遂者63件)、1次2次救急外来受診164件の計649件のうち高齢者(60歳以上)は81件(男性35件、女性46件)でした⁵⁾。自殺企図者の希死念慮は当日に出現する割合が高いが、高齢者の自殺企図者においても、希死念慮は企図当日に生じる割合が少なくありません(図)⁶⁾。



この事実は、高齢者の自殺予防には迅速な危機介入が必要であること、そして、希死念慮それ自体の出現を防止するような、ストレス緩和のためのアプローチが必要であることを示しています。

一方で、高齢者の自殺企図者の中には若年者に比較して長く希死念慮を持ち続ける者もいます（図）。こうした状況には、ストレス値が高く容易に解決できないような問題を有していたり、問題の抱え込みが起きていたり、その結果として自殺企図が生じてしまう等の負の連鎖があると考えられ、企図の手段も重篤となりやすいといえます。背景の精神障害も勘案すると、早期介入や支援体制、連携体制の整備が急務です。

高齢者の自殺ハイリスク者に対するプライマリケアでの戦略としては、一般的な双方向性のアプローチ、自殺のリスクの構造化された評価、危機介入の戦略、プライマリケアにおいて機能するマネジメントの手順などの重要性が指摘されています³⁾。高齢の自殺ハイリスク者に対して、精神障害やその治療に関する知識、自殺の危険に直面したときのセルフケア、周囲のサポートのあり方、援助組織との連絡の取り方などに関する心理教育を、本人や援助者に対して行うことは、自殺対策としてきわめて効果的です⁷⁾。

3) 介護者のうつ

認知症や重症疾患など要介護者の介護を行う家族は、その症状への対応の負荷から不眠や体調不良、うつ病などの不調を呈することがあります。また、それに加えて、経済的困窮、相談者の不在、社会的交流の減少など介護者の生活が制約されるなどさまざまな問題を抱えていることが少なくありません。

家族など介護者と関わる場合には、温かく接し、心配がある場合には相談にのることや、具体的な問題を抱えている場合には関係機関を紹介すること、体調不良やこころの健康の

不調がある場合には専門家やかかりつけ医等への相談をすすめること、家族会など自助グループを紹介すること、なども念頭に置いておくとよいでしょう。

参考文献

- 1) 真田順子：高齢期のうつ。(上島国利監修) 精神科臨床ニューアプローチ 2 気分障害。メジカルビュー, 東京, pp123-126, 2005
- 2) 大塚耕太郎,酒井明夫,智田文徳,中山秀紀,間藤光一.高齢者の孤独と自殺.Depression Frontier.2006;4(1):28-33.
- 3) Multisite intervention study on suicidal behavior-SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS. WHO-Suicide Prevention Supre. WHO, Geneva, 2002
- 4) Amore M, Tagariello P, Latenza C, et al: Subtypes of depression in Dementia. Arch Gerontol Geriatr 2007; 44 (Suppl 1):23-33.
- 5) 大塚耕太郎,酒井明夫,智田文徳,星 ほか. 高齢者のうつと自殺への介入－予防介入,危機介入,事後介入－.老年精神医学.19(2),183-197.
- 6) 大塚耕太郎,酒井明夫.10 予後.Mini Lecture15. 老年期うつ病と自殺。(三村将,仲秋秀太郎,古茶大樹編集) 老年期うつ病ハンドブック.東京:診断と治療社;2009: p 202-208.
- 7) 大塚耕太郎, 酒井明夫、智田文徳、ほか:9. 高齢者の自殺とサイコエデュケーション. 老年精神医学雑誌 17(3), 307-314, 2006

不安障害のメンタルヘルス・ファーストエイド

通常よりも強い不安

不安障害は、普通の不安よりも、より重症で、長期間継続し、社会的な活動や人間関係を妨げる程度に強く不安を感じる状態です。

不安による症状

不安による症状は身体面、心理面、行動面などさまざまな影響を与えます。

1) 身体面

動悸、息苦しさ、振え、めまい、頭痛、発汗、赤面、口渇、胃痛、吐き気、嘔吐、肩こり、等

2) 心理面

過度な心配や恐怖、思い悩む、集中できない、物忘れをする、イライラ、情動不安、神経過敏、不眠、悪い夢を見る

3) 行動面

特定の状況を避ける、人前に出ることによる苦痛を感じる、強迫行為、人付き合いや人前での行動に苦痛を感じる、アルコールなどにより紛らわそうとしている。

不安障害のタイプ

不安障害に該当する主要なタイプとして、全般性不安障害、パニック障害および広場恐怖、社会恐怖、心的外傷後ストレス障害および強迫性障害があります。

1) 全般性不安障害

あらゆる状況で、理由のない不安や心配があり、緊張する状態が少なくとも 6 か月以上続きます。

2) パニック障害

パニックは、極めて強い不安や恐怖が突然に襲ってくる状態をいいます。時に、心臓がドキドキしたり、胸が苦しくなったり、息苦しくなることを伴います。また、このような発作がまた起こるのではないかという予期不安を感じ、そのような状況を避けようとする場合があります。

パニック障害は、このようなパニック発作が少なくとも 1 か月間にわたり反復し、コントロールを失うくらいのパニック発作や予期不安を認めます。

広場恐怖は、パニック発作への恐怖から、発作を起こすと考えられるような状況を回避する状況をいいます。

社会恐怖は、自分が注目され、恥ずかしさや辱められる行為を受ける状況への恐怖です。内気な子供が青年期に移る時に発症することが多く、たとえば行事やデートなど人前で行動する状況などで恐怖を感じる場合があります。

3) 心的外傷後ストレス障害

人は通常トラウマ的な出来事が起きた直後に非常にストレスを感じます。心的外傷後ストレス障害は、人がトラウマである出来事を経験した後に起きる可能性があります。

よくあるトラウマの例として、戦争に巻き込まれる、事故にあう、暴力を受ける、災害を経験することが含まれます。

トラウマにより繰り返し夢を見たり、その記憶が何らかの刺激で動揺する状況として呼び戻されたり、トラウマが起きた状況を避けるという状態になり、長期間続く感情の麻痺や、社会への関心が低下する状態になっています。精神的にイライラしたり、周囲に過敏に反応しやすい状況になります。

これは、急性ストレス障害にあてはまり、通常、1カ月以内に回復します。しかし、主な症状が、1か月以上続くときには心的外傷後ストレス障害の可能性もあります。

4) 強迫性障害

強い不安を伴い、意味がないとわかっているにもかかわらず繰り返し考えてしまうような強迫思考や、不安を減らすために強迫思考に基づいて行わざるを得ない反復的な行動を意味する強迫行動に悩まされます。例えば、不潔や安全性、完全性への強迫思考や、手洗い、確認、数を数える等の強迫行動を認める場合があります。

不安障害への支援

不安障害に悩む人の相談に乗ってくれる場としては、精神保健福祉センターや保健所の精神保健相談のようなさまざまな精神保健福祉に関する相談窓口、精神科、心療内科やかかりつけ医などの医療機関があります。

不安障害へのファーストエイド

1) 自傷・他害のリスクをチェックしましょう (り：リスク評価)

強い不安を抱えている人へのアプローチは、うつにある方への方法と非常に似ています。不安障害にある人は特にうつを伴っているときに、自殺の危険性を認めることがあります。

- ✦その人の不安を心配していると示しましょう。
- ✦落ちつける時間や場所を見つけましょう。
- ✦その人が感じている状況を話さない時には、優しくこちらから声がけしましょう。
- ✦プライバシーや秘密を尊重しましょう。
- ✦話しながら、危機的状態にある兆しがないか気をつけましょう。

2) 判断・批判せずに話を聞きましょう (は：はんだん、批評せずに話を聞く)

- ✦どのように感じているかを話題にし、注意深く聞きましょう。
- ✦本人の性格や状況について否定的な判断を言わないようにしましょう。
- ✦姿勢、視線を合わせるようにしましょう、他の人との物理的な位置関係などを意識しまし

よう。

✦聞く姿勢を示しましょう。

✦「しっかりしなさい」といった軽々しい役立たない助言や励ましをしないようにしまし
よう。

✦有害な行為を防ぐ必要にせまられる以外は対立を避けましょう。

3) 安心と情報を与えましょう

(あ：あんしん、情報を与える)

✦本人への尊重と尊厳をもって接しましょう。

✦病気について本人を責めないようにしましょう。

✦一貫して温かみのある対応を行い、理解しようと努めましょう。

✦本人に回復の希望を伝えましょう。

✦具体的な助けをおこなったり、情報を提供しましょう。

✦「そんなこと全く心配ないよ」とか、「もっと強くならなきゃ」というように、不安を些細
なことと思って取り合わないことはやめましょう。

4) 適切な専門家のもとへ行くよう伝えましょう (さ：さポートを得るように勧める)

✦適切な専門的援助や効果的な支援があることを話して、利用を勧めましょう。

✦支援を探す手伝いをすると申し出ましょう。

✦適切な専門的援助を得ることを諦めないよう励ましましょう。

5) 自分で対応できる対処法(セルフ・ヘルプ)を勧めましょう (る: セルフヘルプ)

✦セルフヘルプは本人に合う方法を取り入れることが重要です。

✦症状の重さや本人の取り入れやすさも考慮し、専門家の助言をもらうことも役立ちます。

✦無理に押し付けるようなすすめ方はしないことが大切です。

パニック発作への支援の仕方

身体的問題のない過換気症候群ではパニック発作の基準を満たすことが多いです。この事例で提示したように、身体的な問題がないとはっきりしている場合には、パニック発作への支援の仕方が役立ちます。

1. パニック発作なのか、心筋梗塞のような心臓の発作なのか、喘息なのか、判断がつか

ない時には救急車を呼ぶ。意識がない場合にも救急車を呼ぶ。

2. パニック発作とわかった場合には、可能な限り患者を静かで安全な場所に移動させる。

3. ゆっくりと深呼吸させて落ち着ける。

-自分の呼吸と同調するようにささやき、速度を落とすよう促し、患者を落ち着か

せる。3秒間で息を吸い、3秒間とめ、3秒かけて息をはくよう促す。

4. 相手の話をよく聴く。
5. パニック発作であり、心臓発作のような命の危険があるものではないことを患者に説明する。
6. 発作はすぐ治まり、完全に回復することを説明する。
7. 発作が治まるまでそばについて安全を確保すると伝えて、安心させるようにする。

過換気症候群の原因が身体的なもの、あるいは原因がわからない場合

過換気症候群は、発作性の過換気によって種々の症状を呈する症候群です。

1. 過換気症候群の症状

呼吸器系：頻呼吸、呼吸困難感、空気飢餓感、胸内苦悶感

循環器系：動悸、胸痛、胸部絞扼感

消化器系：口渇、腹部膨満感、悪心、嘔吐、腹痛

神経・筋肉系：頭痛、めまい、失神などの意識障害、手足・顔面・口唇のしびれ、

テタニー様痙攣、筋硬直、筋肉痛

精神科系：不安、恐怖、緊張、集中力の低下

全身状態：全身倦怠感、易疲労感

そして、過換気症候群の原因としては下記のように身体的原因から、精神的原因、薬物による原因などが存在します。救急受診となった過換気症候群のうち、精神科医の診断で

は82%が精神障害を合併し、気分障害が22%、パニック障害が8%、ストレス関連障害が42%でした。しかし、一方で激しい運動、疲労、入浴、発熱、駐車、手術、飲酒、疼痛など精神障害ではない要因から発症する場合もありました。

2. 過換気の原因（文献2参照）

呼吸器系：肺炎、肺線維症、肺水腫、肺血栓塞栓症、気管支喘息、気胸など

循環器系：うっ血性心不全、虚血性心疾患、低血圧など

代謝系：（糖尿病性、腎性、乳酸）アシドーシス、肝不全など

精神・神経系：パニック障害、気分障害、中枢神経疾患（脳血管性障害、感染、腫瘍）

薬物：サリチル酸、メチルキサンチン誘導体、β刺激薬、プロゲステロンなど

その他：発熱、敗血症、疼痛、妊娠など

3. 身体的原因がある場合、身体的原因がわからない場合は救急医療受診が必要です

過換気症候群の中には重篤な身体疾患が存在する場合もあるため、はじめての症状で過換気症候群やパニック発作が疑われた場合や身体的問題を背景にしている場合には、まず意識状態、血圧、脈拍、血中酸素飽和度（SpO₂）などの生命徴候の確認やその後の医学的精密検査を要します。以上から、身体的原因がある場合や特定されていない場合には、救急医療へつなげることが必要となります。

救急対応について

1. 呼吸しやすい状態にして安静にさせ、そばにいる
2. 窒息があるか、負傷や出血があるか、など状況を確認する
3. 意識があるか確認する
4. 呼吸、脈拍など確認する
5. 救急車を呼ぶ
6. 最低限の情報を確認する（氏名、連絡先、これまでも病気があったかなど）

*なお、紙袋による再呼吸法については、効果がない、身体的な原因による重篤な過換気を悪化させる可能性がある、二酸化炭素そのものが患者の不安を助長する可能性がある、等のことから最近は行わないようになっています。

参考文献

- 1) B・キッチナー、A・ジョーム：(メンタルヘルス・ファーストエイド・ジャパン編訳) 専門家に相談する前のメンタルヘルス・ファーストエイド、創元社、東京、2013
- 2) 大塚耕太郎・中山秀紀：過換気症候群・パニック発作による頻回受診の例。(日本臨床救急医学会監修、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」) 救急医療における精神症状評価と初期診療 PEECガイドブック—チーム医療の視点からの対応のために—、Pp183-189、ヘルス出版、東京、2012
- 3) 中山秀紀、大塚耕太郎、岡山明ほか：救急医療における過換気症候群の特性と精神症状評価、日本救急医学会雑誌15：250-258、2004

若年のメンタルヘルス・ファーストエイド

一般に、「ファーストエイド」とは救急対応や危機介入を意味しており、身体的には救急のABCなどが該当します。

メンタルヘルス・ファーストエイド (Mental Health First Aid¹⁾、²⁾) は、メンタルヘルスの問題を有する人に対して、適切な初期支援を行うための5つのステップからなる行動計画で、オーストラリアの Betty A Kitchener と Anthony F Jorm により開発されたものです。

このプログラムは、心理的危機に陥った方に対して、専門家の支援が提供される前にどのような支援を提供すべきか、どのように行動すべきか、という対応法を身につけるプログラムです。

メンタルヘルス・ファーストエイドは、下記の5つの基本ステップで構成されています。

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| 1) 自傷・他害のリスクをチェックしましょう | (り： <u>リ</u> スク評価) |
| 2) 判断・批判せずに話を聞きましょう | (は： <u>は</u> んだん、批評せずに話を聞く) |
| 3) 安心と情報を与えましょう | (あ： <u>あ</u> んしん、情報を与える) |
| 4) 適切な専門家のもとへ行くよう伝えましょう | (さ： <u>サ</u> ポートを得るように勧める) |
| 5) 自分で対応できる対処法(セルフ・ヘルプ)を勧めましょう | (る： <u>セル</u> フ <u>ヘル</u> プ) |

- 1 .自傷・他害のリスクをチェックしましょう (り：リスク評価)

✦自殺の危険性としてもっとも重要なものは以下の二つです。

- 1) 現在の自殺の計画性
- 2) 自殺関連行動の既往

✦ その場合には直接次のような質問をしながら、危険性を確認するとよいでしょう。

- 1) 自殺したいと考えていますか？
- 2) 具体的に自殺を計画していますか？
- 3) これまでに自殺しようとしたことはありますか？
- 4) 自殺をしたいという考えを実行に移すことからどのくらいの期間自分を保てますか？
- 5) どのような助けが現在抱えている苦痛を軽くすることができますか？

✦ 自殺の危険因子は次のとおりです。

- うつ病：うつにある若年ではよりリスクが高い
- 精神病性障害：幻覚や妄想などの精神病の症状がある場合にはリスクが高い
- アルコール：アルコール乱用は非常に自殺につながりやすい
- 社会資源：利用できる社会資源的援助が少ないとリスクが高い
- 計画性：自殺の計画を立てているものはリスクが高い
- 自殺関連行動の既往：自傷や自殺企図を以前に認めた場合には将来自殺しようとするリスクが高い
- 性別：性の悩みを持つものはより危険性が高い

2 . 判断・批判せずに話を聞きましょう

(は：はんだん、批評せずに話を聞く)

✦どのような気持ちなのか話してもらおうようにしましょう。

✦弱い人だと決め付けずに聞きましょう。この問題は弱さや怠惰からくるものではありません。

当人はなんとかしようとしているのです。

✦責めてはいけません。その人がうつ病の症状を有していることに対して、あなたのいらだ

ちをぶつけてはいけません。

✦「しっかりしろ」「頑張れ」などの軽率な励ましをしてはいけません。

✦有害な行為や危険な行為を避けるために必要ということでなければ、対立を避けましょう。

3 .安心と情報を与えましょう

(あ:あんしん、情報を与える)

✦現在の問題は、弱さや性格の問題ではなく、医療や支援が必要な状態であること、決して

珍しいことではないことを伝えましょう。

✦怠けているわけではなく、落込んで不調となり、意欲がなくなっていることを伝えましょ

う。

✦適切な支援や治療で良くなる可能性があることも伝えましょう。

4 .適切な専門家のもとへ行くよう伝えましょう

(さ:サポートを得るように勧める)

✦心療内科や精神科の受診や、スクールカウンセラーなどの専門家に相談を勧めてみましょ

う。体調が悪い時にはかかりつけ医に相談してみてもよいでしょう。

✦いじめなど、原因となる学校の問題がある場合には学校の先生への相談を勧めてみましょう。

✦医療福祉やその他の相談機関など専門家のところに行くことの有益性を伝えることが大切です

✦家族や友人は悩むものにとってとても重要な支援者です。周囲に支えられているという気持ちになることが回復への近道です。家族や友人など周囲のものは、批判せずによく話を聞きましょう。そして、適切な支援につながるよう勧めましょう。また、自殺の危険性があるか、危険性がある場合ただちに行動に移す状態かどうか確認しましょう。そして、温かい援助を与えましょう。

5 .自分で対応できる対処法(セルフ・ヘルプ)を勧めましょう (る:セルフヘルプ)

✦セルフヘルプは本人に合う方法を取り入れることが重要です。アルコールをやめる、軽い運動をする、リラクゼーション法(ゆっくりと呼吸をする、力を抜く等)などを行うことによって、メンタルヘルスの問題による症状が緩和されることがあります。

✦家族などの身近な人に相談をすることや、自分に合う対処法を勧めてみたりするのもよいかもしれません。

✦症状の重さや本人の取り入れやすさも考慮し、専門家の助言をもらうことも役立ちます。

✦無理に押し付けるようなすすめ方はしないことが大切です。

参考文献

- 1) B・キッチナー、A・ジョーム：(メンタルヘルス・ファーストエイド・ジャパン編訳) 専門家に相談する前のメンタルヘルス・ファーストエイド。創元社、東京、2013
- 2) Kitchener BA, Jorm AF: Youth Mental Health First Aid: A Manual for adults Assisting Youth. ORYGEN Research Centre, Melbourne. Australia