

特 集

## 救急における心理ケア

獨協医科大学越谷病院 精神科

小松崎大助

### A. 救急の現場の患者像

#### 1. はじめに

人間を扱う業務である医療では、疾患のみの理解だけではなく患者の人格をも理解してゆこうとする全人的医療が今日の基盤をなしている。癌性疾患や進行性疾患をもつ患者の心理ケアが医療の一端を成すように、救急医療においても心理ケアの必要性がさらに強調されている。ここでは、救急医療特に3次救急の現場で展開される外傷などの急激な心的衝撃を受けた患者に対する一般的考察を行う。

#### 2. 救急患者の心理

重症な身体疾患により身体的危機を受けた患者は、それぞれの性格やそれまで置かれていた環境などが重なり心理的危機に陥る。様々な医療の現場の中でも、救急医療は短時間で生命的予後が決定されるため、患者や家族が受ける精神的衝撃が特に強い。そしてその衝撃が患者の不安をより強固なものにしてしまう。そこで精神的動揺に対する医療者の早急な介入が必要になるのであるが、全国的にみれば、未だ精神・心理的な早期介入を導入している施設が少ないのも現状である。マンパワーなどの影響から、明らかな精神疾患に対する介入はするものの、患者の強い不安や家族の心理負担を和らげる作業には関与できていない場合が多い。この点では、早急な3次救急医療機関での認識と対応が望まれる。

前述のような明らかな精神症状が認められた時の診断、治療については別書を参照とするが、ここでは、より生物学的な問題ではない、救急患者の心理的反応について触れてみたい。

ある疾患が急性であるほど患者はそれまでの将来像、期待像の殆どを絶たれたと感じ、現実とのギャップに悩み、ひたすら耐える事で生きる。心の痛みをもった患者を理解するという事は、そのギャップに対する心理的な力動を理解することでもある。以下に心理的反応の代表的なものを挙げる。

急激に問題が起こったことへの否認と執着：他者から

の励ましや医療者からの改善の保証など、第3者からみた肯定的な予測、助言に反し、患者は病者という弱い立場に置かれた事への否認と執着を繰り返す。それは自己中心性の高いものであり、それが一層周囲の関心を小さくし、とらわれが強くなる。

**依存性**：殆どの患者は、現実の問題に対する心理的負担を軽減するため、退行状態、依存性の増加などの変化を示す。しかしこの変化は決して病的なものだけとは言えず、依存性の存在は患者がより健康を保とうとする心理的防御であり、一般的には周囲の支援によって修正が可能である。

**不安**：もっとも理解しやすい患者の心理は不安の強さであろう。上述のようなとらわれが強いと、この不安はさらに強固なものへと変化してゆき、ある閾値をこえた時に精神疾患として治療が必要となってくる。それでは、具体的に不安の対象とはどういうものなのか。特に外傷を負った患者の急性期における心理の中には、障害の程度の理解が本当には出来ていないといった先の見えない不安や、手術が成功するか否かという不安、痛みが軽減するか否かという不安、身体機能の後遺症が残るかもしれないという不安、費用などの不安、家庭の問題への不安、などがある。それらの心理状況に対して医療者が出来る事は、まず患者の病気の理解を助け、家族の介入がスムーズに出来ることへの援助と、患者と医療者との壁を無くすように働きかける事であろう。

**否定的思考**：患者は身体的にも心理的にも否定的な思考を持つことになるが、心理的危機に対する医療者の介入の認識としては、危機を避けることに加えて、危機をどう乗り越えるかと患者が感じられるかに焦点を置く事が重要である。これは心理学的には、人間の成長や自己実現という段階にあたり、本来の精神的成長を促す良い機会であると考えている。

**葛藤**：心理的危機を持った患者の反応の代表的なものは、葛藤である。個人が要求し結果を見出すまでの間に相反する2つ以上の事象がある時、患者は健常時よりも選択が困難になっており、多くの苦痛を伴う。

### 様々な防衛機制：

防衛機制とは、人が欲求不満や葛藤による破局を予感すると、不安になり、そのような状況を前もって避け、自己を防衛しようとする反応である。これは、無意識な過程であり、フロイトによって明らかにされた。

**逃避：**不安を感じさせる場面から消極的に逃れようとする防衛機制で、退避、現実への逃避、空想への逃避、病気への逃避の4つの形態がある。

退避は、自己の評価の低下が予想される場面を回避することである。これが習慣化すると、多くの現実から自分を隔離する自閉に発展することもある。

現実への逃避は、適応の困難な事態に直面するのを避けて、それとは直接的に関係のない別の行動（比較的容易な仕事や行動）をはじめ、それに没頭することによって不安を解消しようとするものである。趣味や娯楽に熱中して気をまぎらわすのはその一例である。

空想への逃避は、現実の困難な状況から自由な空想世界へ逃げて、そこで現実に満たされない自己実現を夢見ることによって代償的満足を得ることである。空想への逃避が極端になったものが白昼夢である。

病気への逃避は、病気を理由に困難な事態から逃れようとするものである。これは仮病とは違って無意識的に生じ、ヒステリー性の身体症状はその典型的な例である。**抑圧：**破局を招くおそれのある危険な欲求を意識にのぼらせないようにする仕組みで、ほかの防衛機制の基本になっているものである。それは、現在直面している問題を意識面から排除しようとするだけであるので、完全な緊張解消とはならず、シコリが残りがちである。抑圧は防衛機制のなかで最も重要であり、しかも最も多く、用いられているものである。

**投射(投影)：**自分の方にもっている社会的に望ましくない感情を相手の方がもっていることにして責任を転嫁する防衛機制である。たとえば、われわれが不安を感じたときに、この不安を減少させるために、不安の原因を自分の内部ではなく、自分の外部の人や何かのせいにするのである。

「私はあの人が嫌いだ」思えば、自分の良心に責められるため、「あの人が私を嫌っている」と相手のせいにするというものである。被害妄想は投射の最も進んだ形であるといえる。

**反動形成：**抑圧が十分でなく、自分の欲求にある程度気づいて、それが表面化することで自己の評価が低下することを恐れ、そのため、まったく正反対の態度や行動をとる防衛機制である。

つまり、破壊を建設に、受動を能動に、残酷を優しさに、頑固を従順に置き換えることにより、自我に不安を

抱かせるような内容が無意識のなかに押し込める機制であるといえる。

**置き換え：**外界のある対象に向けられた無意識的な欲求や衝動を他の対象に向けかえることによって、はじめの対象からの攻撃を防いだり、不安、罪悪感、欲求不満などを解消しようとする防衛機制である。

### 3. 救急患者の心理ケア

3次救急の対象となる患者群は、圧倒的に交通外傷が多い。外傷患者は「予期しない事態」に急激な受傷の結果さらされ、緊急で集中的な医療を受けることになる。そこで認められる様々な心理的動揺に対して、医療者はどのように対応しているのか。救急医療の現場は常に時間との戦いであり、患者が理解できないことが多いため、現状を正しく簡潔に伝える。一時的に意識レベルが低下した患者などでは、事故の記憶がないということもあるので、医療スタッフは主治医を軸として共通の言葉を使用し、なるべく早期に説明する。少なくともインフォームド・コンセントの時間を削ってはいけない。その後、患者のニーズを聞くようにし、受容につとめる。否認などの反応は心の衝撃を和らげるための「健康な反応である」事を理解し、それを周囲のものそのまま認めることが必要である。その後起こる怒りや悲しみの反応においても、周囲のものは抑圧しないことがよい。

患者、家族の怒りや悲しみの反応をもう少し深いところで説明したい。受傷後すぐに起こる反応は「受傷したという事実が悲しい」という第一の悲観反応であるが、それで収束することは本来の安定に至らず、その後何らかの心理的動揺をみることになる。その先にある悲観とは、「受傷したことを悲しんでいる自分が悲しい」という第二の悲観反応であり、これら二つを悲しみの二重構造と考える。つまり後者の理解は、受傷という出来事に固執している自分をみて、それに悲観するということである。人間の心理としてこの二つの悲観反応を何度か繰り返すことで真の受容に至るのである。このケアを進めてゆくには相当の時間がかかるため、医療者は連携をはかりチーム医療をおこなう必要がある。

その他、コーピング行動といったストレスに対する意識的な行動様式を持たせるようにする。患者に厄介な問題が生じたとき、それによる情動の不安定を調節するやり方や、問題の解決と変化のために起こす行動がある。

医療者の自己洞察も重要である。多忙な時間帯の患者への対応はどうであったか、指導する立場の医療者が患者の目前で下級のものに注意をしたりしていないか、患者との話し方に問題はなかったか、忙しいことを理由に患者へのコミュニケーションを怠っていないか、などの

振り返りが必要である。身体治療のスキルを高めると同様に、患者との言語的コミュニケーションを密に行うことも医療の質が高まり医療者としての成長になるのではないか。

#### 4. 臨死患者の心理

ある人間が急性の病状を抱え、死を迎えるまでに起こる心理反応の過程を、エリザベス・キューブラー・ロス (1926 - 2004) は、否認、怒り、取引、抑うつ、受容の5つの過程として表した。この考え方はその後も多くの研究者によって説かれてきており、ステージセオリーとして、心理社会的な反応ならびに適応までの過程として使用されてきた。現在では外傷患者の四肢切断や脊髄損傷患者の受傷後の情動の動きとしても知られている。死に対する患者の心理反応を理解する内容であり医療者は確実に知っておきたいものであるが、一方で医療者が患者を「診る」ことの責任性を再考させられる内容でもある。

1. 否認：臨死患者が自分の現状を知った時、患者はまず「そんなはずはない」と事実を否定する。現実からの逃避をし、歪曲しようとする。これは個人にあまりにも衝撃の強いものだとする、その衝撃を和らげようとする働きであり、不安の現れである。一時的に思考が停止したかのような状態になるかもしれない。
2. 怒り：否認の状態を維持できなくなると、適切な感情の表出が出来ないために、情動の乱れ、特に怒りが強く出現する。怒りの対象は特定でなくあらゆる人間に向けられる。また、「なぜ、私が」といったさまざま、な「なぜ」が思考の全景をなす。
3. 取引：人生において自分の為しえなかった欲望をかなえてほしい、という思考。
4. 抑うつ：怒りという反応は他者性のつよいものであったが、抑うつ状態が認められるようになると自己内省的となる。孤立感が強くなるのもこの時期である。周囲のことに無関心となり、思考は困惑状態を脱しようとしている。
5. 受容：現実を受け入れようとする思考。

#### B. 死を経験する家族に対しての医療者のケア、医療者自身のケア

救急医療では致死的外傷で搬入される患者やその他生命的緊急度の高い状態で搬入される患者が多く、たとえ救命が確定出来ても機能的損傷を長期間に渡って残すことがある。しかし救命治療を施した結果、蘇生が出来なかった場合もある。今日、救急医療に携わる医療者たち

は日々そのような境遇に直面し対応を求められているわけであるが、蘇生が出来なかった「突然の死」を受け止めようとする家族への対応は、医療者といえども未だ十分に確立されているわけではない。現状は各個人の経験に基づく対応をしていることが多く理論的ではないと言えよう。この部分をマニュアル化することは各個人の人生観を崩すことにもなりかねないが、危機に携わる医療者からは十分な臨床経験から得た心理ケアを訓練し準備をしておくことが出来る。実際、欧米では危機ケアに対して臨床専門看護師という位置づけが定着し、その他医療スタッフのあらゆるレベルのリソースが必要になっており、当事者への移行を援助している。ここでは、突然の患者の死を経験した家族に対する医療者のケアについて概論するとともに、日常的に人間の死を経験する医療者自身の心理ケアにも触れてみたい。そして、日常の業務で人間の死の現場に関わる医療者らの、自身のケアについても論じてみたい。

##### 1. 「死」ということを目の当たりにした家族

救急医療に携わる医療者が患者、家族の危機ケアをする際に良く使用するキーワードがある。それは、患者の死の後に遺された家族らがそれを受容するまでに抱える人生の流れを「物語」と言うこと、そしてそれを「傾聴」ということである。さらに、それらを通じて当事者が回復してゆく過程を「コーピング = coping process」としている。それでは、遺族が患者の死を受容するまでの過程はどのような構造をとるのか。

Bob Wright (「Sudden Death」, 1996) によれば、危機に対処しようとする際に3つの過程を踏んでゆくという。1つ目は事件の認識である。この場合、起こった事件内容を理解するというのではなく、死亡してしまったという現実に対して向き合えるか否かということである。2つ目は外的リソースである。当事者は、ほとんどが混乱や苦悩を覚えるために、周囲のサポートや援助を受ける手段を見つめることが出来なくなってしまっている。家族やその親近者が、危機への対処をする当事者への支援をすることが必要となる。例えば危篤の一方を知らされた家族が受診するとき、家族は一人だけで受診するのではなく複数人で来てもらうことが、事件の衝撃を分散することとなるであろう。3つ目は内的リソースである。自分の心理状態を抑制的にするのではなく、表出する感情を自らが認め洞察することが必要である。これらの過程で否定的な反応がいくつかでも見られると危機に陥ることとなり、医療者はこれらの3つの過程においてサポートを行ってゆくことが望ましいと考えられている。

さらに同氏は、家族らが死の衝撃がおこり特別な心理状態を持つために、いくつかの状況を整理して論じている。例えば、患者の家族に電話をかけて様態を伝える、ということがある。様態を知らされる家族がリソースを持ち合わせているか否かは瞬時に判断ができるものではないし、結果的に持っていないのだとすればより明確に事実を伝える必要があることや、重大な宣告を突然して良いのか否かといった電話をかける医療者側の心理としての葛藤があることを自認しておく、としている。また別の例では、患者の死を直接家族に伝えることが挙げられている。そこでは、「死について、湾曲的な言葉や表現を用いないこと」、「コミュニケーションのスキルを持った医師が対応すること」が必要であるとしている。蘇生中に家族、身内のものがその場に居合わせるべきか否かを調べた研究について取り上げており、アメリカのある病院の研究で分かったことは、家族や身内のものは、蘇生が続けられている最中であっても死に逝くものと一緒にいたいと願っている結果となった、その人々にはスタッフが付き添い蘇生室に連れてゆき状況を説明することで、蘇生処置の妨げとなる人はいなかった、と言っている。

死の宣告のあと遺族らは、遺体の司法的問題や清拭をするために医療者に言われるがままに蘇生室を退室する。そのように、家族が来院してから一連の流れは病院側に託され、ほぼ受動的に物事が過ぎる。しかし、ここで注意したいのは、遺族にとっての蘇生から死の宣告という時間は一度きりであり、そして近い将来に予期していなかった事実が目前で行われているというアンビバレントな気持ちがある状態になっているということである。そこで我々医療者の出来ることは、遺族らの一度きりの時間を重要な価値と感じ、遺族に対して故人に話しかける、手を握ること（可能であれば）をさせることなどの具体的で可能な行動を告げることであろう。この時間は、のちに遺族らが悲嘆過程から脱することを積極的に手助けする。

## 2. 患者の死について家族が語ること

残された家族が死の衝撃を受容するまでの人生の流れを物語というように理解することは、その人間を全体的に理解する意味で有用である。その物語は、当事者自らが語る機会が日常の中ではあまりないため、それを傾聴するものが必要なのも安易に理解できよう。そして、その役割は危機を伝えられた瞬間から関わりを持ってきた医療者が引き受ける。一般的にはカウンセラーや場合によっては専門の看護師が引き受けるのが理想だが、いずれにせよ、面接という形で繰り返されてゆく。

実際に物語を共通のものとしてゆくには、最低限の情報と共通言語が必要である。なぜならば、当事者からの確かな言葉が出てこないと理解しがたい物語になるであろうし、聞き手との共通言語が見つけ出せない共感が生まれにくい。しかし、あまりにも聞き手が受動的過ぎると、当事者の中だけの理解で物語は進む。私の考えでは、残された遺族らは他の誰でも行っているように、理想的に希望した物語を構想し、それに向かって現実を何とか変えてゆくことで将来像を成り立てようとしているのである。その期待していた将来像には当然、家族であった遺族が重要な構成要因であったろうし、その期待が強ければ強いほど、現実が物語の終結像とかけ離れたものになった結果を受け入れられない。「こんなはずじゃなかったのに」、「お前がいなくなったら子供はどうするのだ」、「両親と一緒に暮らそうっていついていたじゃない」。残されたものたちは理想像の崩壊に不安を生じ、強迫的に繰り返す理想と現実の思考のギャップを嘆く。堂々巡りの「とらわれ」となっているこの思考は、当事者が語っていただけでは抜け道がないのである。そして、語られる言葉以外に隠されたメッセージがあることも予測し、それを言語的にフィードバックすることが出来るであろう。

## 3. 自殺企図患者の遺族に対する心理ケア

救急医療、特に3次救急においては、自殺企図のために外傷を負い搬入されてくる患者も例外ではない。企図患者が示す精神的危機のサインを家族は認知できず、ある日突然病院から連絡を受ける、そしてそれが自殺であることを知らされた遺族らの境地は、強力な「トラウマ」となって将来安易に拭われるものではない。

救急の現場における心理ケアとして、見落としやすい事象であるが実際は決して少なくないこの物語の始まりは、わが国では以前から独特の問題として遺族らの心の中の葛藤として収められてきた。すなわち日本人の特徴として自殺という事実を遺族らは隠す。遺族らはその傷を癒すのに膨大な時間をかけるのみとなり、うまく収束に至らなかった場合は様々な精神障害を引き起こしたり、衝動的に自殺が「連鎖」することもある。これら自殺企図患者の遺族に対する心理ケアを、高橋らは「自殺のポストベンション」として言及している。以前から精神科医療では、自殺予防教育のような「プリベンション」や、現実問題として自殺のサインがある人に介入する「インターベンション」がなされてきた。しかし、ポストベンションを取り上げることはあまりなかった。

氏の著書によればポストベンションの介入に関して、具体的にアプローチの考え方が書かれている。例えば、

「遺族に対する介入はあくまでも現場からの要請に基づいて行われるものである」という意見や、「この介入は自殺の原因を探すための介入ではなくて、死の衝撃に対するケアである」という理解である。

### C. ト라우マとその関連

現在ではマスメディアなどで良く耳にする「心的トラウマ」は、自然災害や戦争などの人的災害といった生命の危機となるような、精神的に重大な苦痛のことを言う。ベトナム戦争の帰還兵のなかに起こったPTSD（外傷後ストレス症候群）から認知度が広がり、日本では1995年の阪神・淡路大震災やサリン事件のあとにPTSDとなった患者が多数認められ、認知されるようになっていった。次第に、トラウマつまり精神的に重大な苦痛という理解範囲が広がり、現在は人生に大きな影響を及ぼすような体験のことを言うようになってきている。

PTSDを診断するのに、前述したトラウマに暴露された患者が何らかの精神症状を発症するとすべてが当てはまるか、という問題がある。診断にいたるプロセスは成書に譲るが、米国精神医学会によるPTSDの診断基準は、1) 不安障害のサブカテゴリーに分類され、2) ト라우マが病因となっていること、3) 外傷的な出来事がある形で再体験されること、外傷と関連した刺激の持続的回避と全般性反応性の麻痺、持続的な覚醒亢進症状が3つ以上あることを特徴に挙げている。さらに、時間的経過を加味することが临床上言われており、トラウマに暴露されてから一定の期間を経て出現する、という認識になっている。これらを統合し診断するためには、PTSDの症例を多数診ている精神科医に委ねるのが望ましい。

治療に関しては、PTSDと生物学的特徴との関連が指摘されてきており、薬物治療が一般的には選択される。

#### 1. 医療従事者のストレスとストレスマネジメント

災害、事故、犯罪、暴力などの心的トラウマを実際に受けた当事者への援助が重要視されている一方で、援助者側へのケアの重要性も指摘されている。

##### 1. セカンダリート라우マスティックストレス

心的トラウマを負った人々の援助者が二次的外傷ストレスを生じるといわれている。二次的外傷ストレス(secondary traumatic stress: STS)とは、「重要な他者がトラウマとなる出来事を体験したと知った結果起きる、自然な行動や感情である。これはトラウマを受け苦しんでいる人を支える、支えようとすることにより生じるストレスである」と説明されている。救急医療に携わる人々が援助する患者は、怪我であっても、体調不良で

あっても、「突然」起こった者たちである。よって悲惨で衝撃的な場面に遭遇することが多く、トラウマとなるストレスにさらされている可能性が高い。

#### 2. 救急医療従事者(看護師)のストレッサーとストレス

長尾(2002)は福山の救急医療施設におけるストレッサー分類を参考に、救急看護師のセカンダリート라우マティックストレスとなり得る状況とストレッサーを、下記のように分類した。

**惨事ストレッサー**：悲惨な身体損傷などの目を背けたくような状況や心停止など、一刻を争うような緊張感の中で勤務を継続、遂行する際に生じるストレスのこと。  
**物理的ストレッサー**：ICU、救急初期治療室など特殊な職場環境、不規則な労働時間(個人ではコントロールできない勤務時間)、時間外の教育、指導、研修への参加など。

**心理的ストレッサー**：時間を問わず生命危機に面した患者が搬送されてくる。かかわった患者の死、挫折感、無気力、患者、家族の悲観反応に直面する。トラウマとなる場面に遭遇したとしても、その状況から逃げ出すという選択ができない。

**組織内の葛藤**：スタッフ間の人間関係、その他

#### 2. ストレスからの影響：リアリティ・ショック

リアリティ・ショックは特に新人医療従事者に起こるもので、救急現場に配属されたばかりの看護師など、業務内容が理想と掛け離れているという現実を経験することから起こるショック反応である。臨床現場の実践者として知識・技術が不足し、自身が思っているようなケアができなかったということから、自尊心を失い気力感に苛まれる。いわゆる「理想と現実のギャップ」に悩むのである。このことから生じる人間の社会的、身体的、情緒的なものを含む総合的な反応である。

#### 3. 燃え尽き症候群

燃え尽き症候群とは、「熱心に仕事に打ち込んでいた人たちが、自分が担当していた患者の死や、仕事への責任・負担でストレスが強まり、無気力とやりきれなさなどに打ちひしがれる。そして、身体的・情緒的な疲弊状態に陥る」という一連の症状群を言う。

燃え尽きは、身体的・情緒的に次のような徴候を示す。  
<身体の徴候>

- ・疲労、気力や意欲の喪失、疲労困憊感
- ・すっきりするまでに時間がかかる咳、風邪、頭痛

- ・吐き気、消化不良、さしこむような痛み、下痢、便秘
- ・よく眠れない、目が覚めてもすっきりしない
- ・夢の中で一晩中仕事をしている
- ・寝つきが悪かったり、早く目が覚めたりする
- ・仕事での出来事ややり忘れていたことを思い出して、突然目が覚める
- ・かゆみ、発疹、乾燥肌や脂肌
- ・頻脈を伴う息切れや過呼吸
- ・ぜいぜい息が切れる
- ・全身の不定愁訴、種々の痛み、説明がつかない気力喪失

#### <感情の徴候>

- ・情緒的に不安定、すなわち、神経過敏でいらだちやすく、すぐに涙が出たりして、著しい苦悩がある
- ・すぐに癩癩を起こしたり、いらだちが怒りに発展したりする。他人を責めたり、公然と非難したりせずにはいられない。
- ・全然大したことではないのに、怒りが突然わき上がってきて驚く。自分でもおかしいと思う。
- ・強力な悲壮感や、絶望感。人類や、その非人間性や自己破壊性に恐怖感を抱くなど、グローバルな視点をとることもある。
- ・突然金切り声を上げたり、叫んだりする。激昂する。
- ・パラノイアすれすれの猜疑心。特に、自分が有能か否かについて、人々が自分のことを話していると思う。気が狂うのではないかと思うようになる。
- ・当事者や患者を避け、ケアに関わろうとしない。
- ・当事者に会わずに済ませるために細かな言い訳をする。
- ・書類仕事や細々とした手続きに身が入らない。集中できないか、集中したくない。エネルギーがなく、無気力。集中力が続かない。

### D. 職場のメンタルヘルス

国民生活基礎調査によると、有職者中、平成10年6月1日現在で、精神・神経の治療のために通院していた人は1%強になっている。また、自殺者数も年々増え続けている現状を受けて、平成12年に当時の労働省（現厚生労働省）は、「事業者における労働者の心の健康づくりのための指針」を発表した。基本的考えとして4つをあげ、心の健康づくりにおいて事業場や労働者がとるべき対策を示し、以下にまとめた。

1. セルフケア：労働者によるストレスへの気づき、ストレスへの対処
2. ラインによるケア：管理監督者による、職場環境などの改善、個別の指導、相談など。

3. 事業場内産業保健スタッフなどによるケア。
4. 産業医、衛生管理者などによる、職場の実態の把握、個別の指導・相談など、ラインによるケアへの支援、管理監督者への教育・研修など。事業場外資源によるケア：事業場外資源による、直接サービスの提供、支援差サービスの提供、ネットワークへの参加。

### E. 救急医療者のストレスマネジメント

救急医療従事者のストレスマネジメントも上記の指針に従ったケアが大切である。特に個人で対処を行うセルフケアとチームのスタッフと共に行うラインによるケアが重要になってくる。

**セルフケア**：日常の業務の中で、ストレスを感じていても、「仕事だから」「みんな同じだから」「みんなも頑張っているから」など、ストレスを直視することを避ける傾向にあると言われている。このようにストレスへの対処から回避するのではなく、疲れや体調の変化に気づくことが、セルフケアの第一歩となる。

ストレスを受ける事柄に個人差があるように、受けたストレスへの対処法も人それぞれである。自分はどういう対処法が適しているかを、日常の生活から知っておくことが大切である。例えばプライベートのどんな出来事でイライラしたり、悲しくなったか。そのときどのようにその気持ちを収めたかを意識し、職場でのストレスに活用できるようにしておくことが、個人での対処につながるとされる。

**ラインによるケア**：個人では日々の業務でのストレスは気づきにくいものである。よって各スタッフがお互いにコミュニケーションをよくとり、お互いをサポートするという意識を高めることもストレスの軽減につながっていくと思われる。周りのスタッフの変化に注意し、声をかけること、話を聞くことで、悩みを共有することが大切であるだろう。ラインによるストレスケアの環境としては、メンタル面を扱う専門の者が配属されていることが理想的である。現状では医師、スタッフは上級のものに相談するなどの対策をしていることがほとんどであろう。救急医療では精神疾患を持った自殺企図患者の搬入や、外傷患者とその家族の心理面が大きく急激に展開されるため、精神科医や臨床心理士を配属し治療をおこなっている病院もある。しかし、職場のメンタルヘルスに焦点を当てると、今までの日本の風潮にもあるように、精神科医や臨床心理士に「自らのことを」相談することはあまり好ましくない事態であると感じるようである。それらの見えない壁のようなものを打破するには、メンタル面を扱うものが自ら積極的に救急の現場へ介入してゆくことが必要である。そして、業務での同じ時間軸

を持ち、チーム医療として打ち解ける環境を作ってゆくの  
のが望ましい。患者の心理的フォローの相談を救急医、  
看護師、ケースワーカーなどが馴れ合いなしに相談でき  
る要員であり、分析的な指摘が出来る要員である必要が  
ある。

## F. まとめ

患者や家族の心理を経時的に的確に捉えることは、ス  
キルを持った医療者であっても困難な場合が多い。尚更、  
救急医療の多忙な時間枠の中でそれを理解することは、  
医療者自身が苦痛となって理解するなどの誤解を招きや  
すい。さらに、時間のなさから心理ケアにまで携われな  
い虚しさとして感じられるかも知れない。しかし、初期  
の介入の重要さは今まで論じてきた通りであり、その後  
の患者、家族の受容に大きく関わるのである。医療の質  
を高めるための心理ケアは、医療者自身の深い内省を含  
めたものであってほしい。

DSM-IV-TRによる外傷後ストレス障害(Posttraumatic  
Stress Disorder)の判断基準

A. その人は、以下の2つがともに認められる外傷的な  
出来事に暴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症を負うような出  
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、その人が体験し、目撃  
し、または直面した。
- (2) その日の反応は強い恐怖、無気力、または戦慄に関  
するものである。

注：子供の場合はむしろ、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、侵入的、かつ苦痛な想起で、それ  
は心像、思考、または知覚を含む。

注：小さい子供の場合、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：子供の場合は、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

ものを含む)

注：小さい子供の場合、外傷性特異的なことの再演が行  
われていることがある。

- (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暴露された場合に  
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暴露された場合の  
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) 外傷の重要な側面の想起不能
- (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) 感情の範囲の減少（例：愛の感情を持つことができ  
ない）
- (7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、また  
は正常な寿命を期待していない）

D. (外傷以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、または睡眠持続の困難
- (2) いらだたしさまたは怒りの爆発
- (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ヶ月以上

F. 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。

該当すれば特定せよ

急性 症状の持続期間が3ヶ月未満の場合

慢性 症状の持続期間が3ヶ月以上の場合

発症遅延 症状の発現がストレス因子から少なくとも6  
ヶ月の場合

**参考図書**

キューブラー・ロス：死ぬ瞬間，読売新聞社，1971.  
森温理ら：標準看護学講座・精神看護学，金原出版，1997.

大原健士ら：自殺企図患者のケア，金原出版株式会社，1989.  
高橋祥友ら：自殺のポストベンション，医学書院，2004.  
黒澤尚ら：臨床精神医学講座17巻，リエゾン精神医学・精神科救急医療，中山書店，1998.