

## 分担研究報告書

# 産業精神保健における災害時の支援技法と 受援体制に関する文献的検討

研究分担者 真船浩介 産業医科大学 産業生態科学研究所 精神保健学研究室 助教

## 厚生労働科学研究補助金 分担研究報告書

### 産業精神保健における災害時の支援技法と受援体制に関する文献的検討

研究分担者 真船浩介 産業医科大学 産業生態科学研究所 精神保健学研究室 助教

#### 研究要旨

本研究では、主として既に確立された技法の文献的検討を通じて、災害時等における心理的支援について検討した。被災者は、重大な心的外傷体験を経ており、一時的な不眠や不安等の急性ストレス反応が示される。急性ストレス反応の多くは正常かつ適応的であることが知られ、これらの反応に過度に焦点化した支援は、むしろ、その後の心的外傷後ストレス障害等への発展を助長する危険が指摘され、一律かつ画一的な心理的支援は望ましくない。災害時における心理的支援として、Psychological First Aid (PFA) が国際的に推奨されているが、被災者でもある産業保健スタッフが、PFAの全般を担うことは現実的ではなく、労働者(被支援者)との関わりやアセスメント技法等、一部の応用にとどまると考えられる。一方で、災害時等においても、リスク要因を同定、除去するハイリスクアプローチにとどまらず、個人と組織の対処資源・レジリエンスに着目したBASIC Ph多重ストレスコーピングモデルに基づく支援も有用と考えられる。ただし、いずれの技法においても、個々の労働者、集団に応じた対応が求められており、混乱の渦中にある緊急時にマニュアルを参照するだけで、支援を展開することは困難であると考えられる。平時からの計画的な心理教育を通じて、対処資源の整理、検討を行い、資源に応じた緊急時の支援等を計画化しておくことが望ましい。

#### A. 研究目的

大規模自然災害に限らず、事故、事件、暴力等の心的外傷体験に対する緊急支援は、その心理的影響が広く知られていながらも、近年に至るまで、科学的に一貫した知見が得られず、有効な介入技法の確立が喫緊の課題とされていた。2001年に発生した米国同時多発テロ事件以降、心的外傷

体験等における精神保健上の危機介入技法は、急速に見直しと体系化が進んでいる。

心的外傷体験に対する心理的支援として、心理的ディブリーフィング(Psychological Debriefing) (1)が広く知られ、実践されてきた。心理的ディブリーフィングでは、心的外傷体験の直後に、当事者間で互いの体験を

共有し、急性ストレス反応や対処方略に関する心理教育が行われる。消防士を対象とした心的外傷体験後早期の集団介入技法として開発され、災害被災者等への応用が進み、日本では1995年の阪神・淡路大震災において着目された。

心理的ディブリーフィングが着目される一方で、その効果について、一貫した知見が得られず、危機介入の確立が望まれた。心的外傷後ストレス障害 (Posttraumatic Stress Disorder; PTSD) の予防には、有効ではないとする知見が示され(2)、PTSDの発症を促進する有害性すらも指摘されている(3-5)。発災から数週間以内の心理療法は、慎重に選択されることが強調され、被災者に一律に適用するのは望ましくないと結論づけられている(3)。発災後、安全な環境が確保されないままに、心理療法、特に、心的外傷体験を想起、言語化する等の二次的な暴露を伴う心理的ディブリーフィング等が行われると、過度な覚醒を助長する危険性が懸念される。心理的ディブリーフィングに代わって、共感、傾聴を通じた配慮、安全確保、援助希求行動の支援、無危害原則等を強調した Psychological First Aid が提案され、大規模災害時の標準的な対応として確立されつつある(6)。

本研究では、既に確立されている緊急時の支援技法に関する文献等を精査し、産業保健における予防、準備、体制整備等の平時の対応から緊急時の対応への応用について考察するこ

とを目的とした。

## B. 研究方法

損害を最小化するための事業継続計画 (Business continuity planning; BCP) が適用される甚大事故は、大規模自然災害のみならず、事故、事件、品質や会計等の不正に加えて、戦争やテロリズム等、多岐にわたると想定されるが、いずれの場合も、同様に何らかの心理的影響が懸念される。本研究では、甚大事故の内容、すなわち曝露条件は、具体的に指定せず、甚大事故による心理的影響と対応・対処に焦点を当てたが、主として、災害等における対応が抽出された。検索対象とした期間は2000年以降とした。検索キーワードには、「心的外傷 / trauma」、「心的外傷体験 / traumatic events / traumatic experiences / potential traumatic event / potential traumatic experiences」、「喪失体験 / loss / loss experience」、「心的外傷後ストレス障害 / posttraumatic stress disorder」、「急性ストレス障害 / acute stress disorder」、「心的外傷後成長 / posttraumatic growth」、「レジリエンス / 回復 / resilience / recovery」、「産業保健 / occupational health」、「災害医学 / disaster medicine」、「災害精神医学 / disaster psychiatry」を用いた。医中誌 Web、Scopus、Google Scholar の3つのデータベースから文献を検索し、確立された知見を集約したレビュー論文、原著論文または書籍を検討の

対象とした。なお、産業保健スタッフを対象とした災害産業保健における精神的健康に関する支援をマニュアル化して、紹介する上で、特に、平時において、詳細を確認できる日本語の文献や訳書があることも重要と考えられるため、翻訳版がある場合には、訳書の内容も確認した。

## C. 研究結果

### 1) 災害時の心理的問題

災害等では、負傷や生命の危険、近親者、親しい友人の死傷はもとより、復旧時には、災害による被害・喪失に再三直面し、二次的な被災も避けられないことから、心理的な影響は甚大である。これらの心的外傷体験の曝露は、急性ストレス障害 (Acute Stress Disorder; ASD)、心的外傷後ストレス障害 (Posttraumatic Stress Disorder; PTSD) が惹起される危険性がある。急性ストレス障害では、侵入症状、陰性気分、解離症状、回避症状、覚醒症状の5領域を中核症状とされ、心的外傷体験後、3日間から1ヶ月間、症状が持続している場合に診断される(表1)(7)。心的外傷後ストレス障害では、急性ストレス障害と類似の症状が、1ヶ月以上持続している(7)。

急性ストレス障害や心的外傷後ストレス障害等の重篤な心理的問題にとどまらず、災害後には、悲嘆や不安、不眠、行動変容等の通常生じる適応的な反応が数日から数週、長期に及ぶと2ヶ月程度、持続する可能性が指摘されている(8)。これらの正常な急性ス

トレス反応に対して、過度に焦点化した介入は、反応の増悪、遷延を招き、心的外傷後ストレス障害等の発症を助長する危険性がある(3-5)。

### 2) 災害に伴う精神障害のリスク要因

心的外傷後ストレス障害では、男性よりも女性の発症リスクが高く(9)、また、心的外傷体験の渦中、すなわち、周トラウマ期(peritraumatic phase)の解離症状が発症の予測因子とされている(10)。家族の心理的問題や自身の精神障害の既往歴に加えて、貧困、低学歴等の社会経済的地位も発症の予測因子とされている(11)。大うつ病障害(Major Depressive Episode)も含めて、災害後の多くの精神障害で、社会的支援の欠如が危険因子であった(8, 10, 11)。さらに、長期に及ぶ緊急作業に従事する場合は、上司からの支援が精神的健康の保持に重要である可能性も指摘されている(12)。

また、二次的な被災体験として、周囲からの差別・中傷も心的外傷後ストレス障害等の発症の危険因子とされている(13-18)。東日本大震災に伴う東京電力の福島第一原発事故では、当該企業の従業員も含めて、社会的に強く非難され、差別的な扱いを受けたことが報告されている(表2)(14)。これらの差別や中傷は、精神障害の危険因子となる一方、社会的支援が保護因子として機能する可能性も示されている(16)。

### 3) 緊急時の心理的支援

多くの精神障害の発症における保護因子として社会的支援が挙げられ

ているが(8, 10-12, 16), 世界保健機関(World Health Organization; WHO)は, 専門家による心理的ディブリーフィングに代わる技法として, Psychological First Aidを推奨している(3, 6)。Psychological First Aid (PFA)は, WHOをはじめとして, 複数の関係機関・学会からガイドラインが公表されているが, 非専門家による緊急支援も想定したWHO版ガイドライン(19)に加え, 支援の留意点が詳細にまとめられた専門家向けとも言える米国国立子どもトラウマティックストレスネットワーク(National Child Traumatic Stress Network; NCTSN)と米国国立PTSDセンター(National Center for PTSD)による米国版ガイドライン(20)の2版が代表的である。

PFAは, 安心・安全の確立, 資源の活用, 急性ストレス反応の軽減, 適応的な対処と自然回復の促進を目的としている。WHO版, WHO版では, 5つの章により, 要点がまとめられ, 米国版では, 8つの支援段階(表3)の詳細がまとめられている。形式は異なるが, いずれも, PFAの目的, 対象, 提供場所, 支援内容と留意点等がまとめられている。

### 3) 外傷後成長・回復・レジリエンス

心的外傷体験は, 急性ストレス障害, 心的外傷ストレス障害等を惹起する危険がある一方で, 心的外傷体験を経ても, 健康を保持し続けているだけでなく, 前向きに価値を見出し, 行動が変容する可能性が指摘され(21), 心的外傷後成長(Posttraumatic Growth:

PSG)として評価手法も提案されている(22)。特に, 具体的な心理的支援の実践から, 既存の諸理論を統合し, 体系化された理論的枠組みとしてBASIC Ph多重ストレスコーピングモデルが提案されている(23)。

BASIC Phは, Israel Trauma Coalitionが提供する危機介入プログラムとして体系化されている。BASIC Phは, 断続的に紛争が続く過酷な状況下であるイスラエルで, 心的外傷体験後に逞しい回復と成長が繰り返されていることが着目され, 整理されている。そのため, 困難な状況においても適応が保持される力, すなわちレジリエンスを促進する介入技法として注目され, 東日本大震災後に日本でも導入, 展開されている。リスク因子を同定・除去するアプローチと一線を画し, 自然回復の過程に支援の要諦を見出した点は, 健康生成論(24)と類似したアプローチと位置付けられている(23)。

BASIC Phでは, ストレスフルな状況下に置かれても, 6つの主要なチャネルを用いた対処により, 適応, 生存し, 成長を遂げると想定する。BASIC Phでは, 対処チャネルを「信念・価値(Belief and values)」「感情/情動(Affect/Emotion)」「社会的(Social)」「想像/創造(Imagination)」「認知的(Cognitive)」「生理的・身体的(Physiological)」の6つと定義し, この頭文字をとって, BASIC Phと呼ばれている(表4)。Bチャネル(信念・価値)による対処では, 宗教的または

政治的信念，使命感や達成欲求が含まれる。Aチャンネル(感情/情動)には，泣く，笑う等の情動表現に加え，反対に感情表現を抑制する場合も含まれる。Sチャンネル(社会的対処)には，援助希求や集団への参画や所属，仕事や役割の受任が含まれる。Iチャンネル(想像/創造)には，夢想や空想，現実からの回避，誘導イメージを用いた注意の転換，即興劇，描画，遊び等が該当する。Cチャンネル(認知的対処)では，情報収集や問題解決，優先順位や予測，内省等，現実的な対処が該当する。Phチャンネル(生理的・身体的対処)には，身体を動かす表現・反応，リラクセーション，運動，摂食，睡眠等の生理的欲求を満たす活動等が該当する。

BASIC Phにおける6つのチャンネルは，個人を対処の様式から，分類・類型化することを目的とするわけではなく，生活史を通じ，得意なチャンネルやその組み合わせを獲得し，パターンを形成していると想定している。特定のチャンネルだけが一貫して使われるのではなく，状況等に応じて，使い分け，組み合わせながら，言語を通じて表出されると想定する心理言語学的な性質が強調されている。良く用いられるチャンネルは，「明白な言語」と呼ばれ，反対に，あえて使われないチャンネルを「忘れられた言語」と呼ばれる。誰もが全てのチャンネルを有しているものの，実際の対処のチャンネルを特定するためには，顕在化している言動，つまり「明確な言語」だけでは，チャ

ネルの特定が困難な場合も想定されている。このような場合は，「隣接言語」と呼ばれる非言語的な表出にも着目し。対処の文脈や意図について，言語的・非言語的に確認することが求められる。例えば，現状を肯定的に受けとめ直そうとする対処は，信念・価値に対するBチャンネルと解されるが，肯定的な側面に着目し，対処を試みる問題解決等の認知的対処Cチャンネルとも解することができる。対処チャンネルの「言語」は，質問紙により，評価する方法も開発されているが，複数の「言語」が同時に用いられていることもあり，当初から，文章を完成させる「Six-Part Story Method」と呼ばれる投影法が用いられている。

BASIC Phでは，個人の対処チャンネルだけでなく，集団の対処チャンネルも検討できる。コミュニティのレジリエンスは，4つの資源のつながりから整理されている(図1)(25)。平時から，危機状況による寸断に備え，緊急時には寸断された資源を繋ぐことが求められる。BASIC Phでは，イスラエルにおける事業場，特に同国企業の99%以上を占める中小企業における平時と非常時の「言語」の表現型の相違を検討している。例えば，危機状況下において，事業主に推奨される行動として，怒りのコントロール(Aチャンネル)，危機を好機と捉える創造性(Iチャンネル)，現状に応じた対応(Cチャンネル)が挙げられ，組織に推奨される行動として，現在よりも将来の文脈を見据えた思考(Iチャンネル)，労働者との関係によ

るポジティブ感情体験（Sチャンネル）等が示されている。

#### D．考察

災害は、深刻な心的外傷体験として、急性ストレス障害や心的外傷後ストレス障害をはじめとする精神障害の発症リスクであり、支援が不可欠であるものの、正常な適応的反応と区別するため、持続期間に着目する必要がある。過度な介入による発症の助長を避ける上でも、経過を注視しつつ、被災者に対して支援を押し付けることのない適切な距離感も求められる。

急性ストレス反応、PTSD等の予防と急性ストレス反応のアセスメントと継続的または専門的支援の要否の判断には、PFAが有用と考えられる。精神障害等のリスクを把握が不可欠である一方で、急性ストレス反応に焦点化し過ぎることにより、状態の増悪を招く危険も否めない。PFAでは、被災者との適切な距離感により、症状の助長を防ぐべく留意が強調されているが、外傷後成長等を見越した資源に着目した適応への支援も重要と考えられる。BASIC Phモデルは、心的外傷後成長、自然回復の過程から整理されたモデルであり、支援者として、症状の増悪リスクを抑えつつ、被災者との関わりを維持する上で、重要な示唆が得られると考えられる。

災害に伴う過重労働、社会的支援や作業設備等をはじめ、多様な資源の枯渇・喪失、スティグマ等のストレス要因への対処では、労働者個人での対

処はもとより、緊急時に随時対応することも現実的には難しいことが予想され、予め状況を予測・想定し、外部との連携も含めて、組織的に対処する計画を用意できるのが理想と考えられる。災害時の受援は不可欠であるものの、支援の要請や支援ニーズの伝達、現状の報告等、外部との連絡調整には、関係各所への類似情報の重複提供等がないよう、連携・受援の方法は負担を最小化する仕組みについて、平時に検討、構築することが重要と言える。大規模事故の場合は、被害者、地域、顧客等への対応から、スティグマに曝露する可能性が高まることも予想され、組織的な対応方法と心理教育等も検討する必要性が考えられる。BASIC Phモデルでは、平時から、労働者のセルフケアへの応用も期待でき、また、個人と組織のレジリエンスを高める一案になり得るかもしれない。また、事業場等においても、平時のレジリエンスを振り返り、災害時等に真価を発揮する「言語」や喪失する危険のある「言語」等を確認、強化し、危機に備えることも有用と考えられる。一方で、危機介入技法に共通してする限界として、科学的根拠の蓄積の機会が限られ、妥当性や効果の担保が難しい可能性も否めない。

平時、災害時、事後の心理教育を整理し、体系化も喫緊の課題と言える。BASIC PhやPFAを含む多くの支援技法は、緊急時に学び、直ぐに実践するのは現実的ではない。未熟な技能や理解不足は、支援による悪影響を助長す

る可能性も否めない。平時の職場のメンタルヘルス対策、または防災・減災対策として、何をどの程度用いて、啓発と技能の習得を図るか、計画する必要が欠かせない。災害時の支援や受援とは直接、関連しないものの、平時からの精神障害の理解と支援の促進することにより、緊急時にも支援や受援を円滑にする可能性を踏まえ、非専門家における精神障害の理解と具体的な支援を啓発・習得する Mental Health First Aid (26, 27)も心理教育の一案になり得るかもしれない(表5)。また、災害後、すなわち心的外傷後のハイリスク者には、心的外傷後ストレス障害における心的外傷体験からの回復に関する心理教育も有用である可能性がある(28)。

大規模災害時は、労働者の支援者である産業保健スタッフも被災者であり、支援に要する負担の増大への配慮が不可欠である。事業場外資源の有効活用が期待される。BASIC Phにおいても、当該コミュニティの安定に、支援者支援が重要である点が強調されている(19, 20, 23)。BASIC PhやPFAとともに、支援者自身が休養をとり、自身のストレスに対処する機会を確保することの重要性を指摘している(23)。ただし、本研究では、受援体制の整備に関する考察が十分ではない。契約によるEAPの利用に加え、大規模災害時には、Disaster Psychiatric Assistance Team(DPAT)等の公的資源や学会、民間機関等による専門家または非専門家有志の支援活動との連携・

協働に関する課題の整理が求められる。

## E．結論

危機状況下における心理的支援において即席で実施可能なマニュアル類等の準備は現実的には困難と考えられ、平時から一定の訓練、教育等が重要であると考えられる。災害等が精神的健康を脅かす危険がある点は共通しているが、リスク要因には個人差もあり、一律の支援の展開よりも、個別的な配慮、対応が欠かせない。危機状況での心理的支援として、Psychological First Aid (PFA)が国際的に推奨されているものの、原則として、外部支援者による技法として想定されており、被災者でもある可能性の高い産業保健スタッフが、PFAを担える可能性は限定的である。ただし、一部、例えば、労働者との関わりやアセスメント等の技法は参考になり得る。一方で、リスクの同定、除去等を主体としたハイリスクアプローチにとどまらず、資源を活かすポジティブなアプローチも重要と考えられる。個人と組織の対処資源に着目したBASIC Phは、有用な概念と考えられる。BASIC Phも同様に、危機状況での効果が実践的に示されているものの、即時に応用できるとも言えず、産業保健スタッフが、平時から自身の対処チャネル(「言語」)に加えて、事業場や職場の対処チャネルについても把握しておけることが望ましい。いずれも平時の計画的な心理教育の展開と、事業場や職場、



産業保健スタッフの資源(対処チャネル等)に応じた危機時の対応の計画化が必要と考えられる。

F . 健康危険情報  
なし

G . 研究発表  
なし

H . 知的財産権の出願・登録状況  
なし

I . 引用文献

1. Mitchell JT, Everly GS. Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual for CISD, Defusing and Other Group Crisis Intervention Services. 3rd ed. Ellicott City, MD, US: Chevron; 2001.
2. Gersons BP, Olf M. Coping with the aftermath of trauma. *BMJ*. 2005;330(7499):1038-9.
3. Litz BT, Gray MJ. Early intervention for mass violence: What is the evidence? What should be done? *Cognitive and Behavioral Practice*. 2002;9(4):266-72.
4. McNally RJ, Bryant RA, Ehlers A. Does Early Psychological Intervention Promote Recovery From Posttraumatic Stress? *Psychol Sci Public Interest*. 2003;4(2):45-79.
5. Rose S, Bisson J, Wessely S. A systematic review of single-session psychological interventions

(‘debriefing’) following trauma. *Psychother Psychosom*. 2003;72(4):176-84.

6. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*. 2007;70(4):283-315; discussion 6-69.
7. American Psychiatric A. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc; 2013.
8. Katz CL, Pellegrino L, Pandya A, Ng A, DeLisi LE. Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature. *Psychiatry Research*. 2002;110(3):201-17.
9. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(7):626-32.
10. Koopman C, Classen C, Spiegel D. Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *Am J Psychiatry*. 1994;151(6):888-94.
11. Norris FH, Friedman MJ,

- Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 Disaster Victims Speak: Part I. An Empirical Review of the Empirical Literature, 1981–2001. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2002;65(3):207–39.
12. Mafune K, Hiro H, Inoue A, Hino A, Shigemura J, Yamada M, et al. Social support during emergency work and subsequent serious psychological distress: A cross-sectional study among emergency workers who responded to the Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. in press.
13. Shigemura J, Tanigawa T, Nishi D, Matsuoka Y, Nomura S, Yoshino A. Associations between disaster exposures, peritraumatic distress, and posttraumatic stress responses in Fukushima nuclear plant workers following the 2011 nuclear accident: the Fukushima NEWS Project study. *PLoS One*. 2014;9(2):e87516.
14. Shigemura J, Tanigawa T, Nomura S. Launch of mental health support to the Fukushima Daiichi nuclear power plant workers. *The American Journal of Psychiatry*. 2012;169(8):784.
15. Shigemura J, Tanigawa T, Saito I, Nomura S. Psychological distress in workers at the Fukushima nuclear power plants. *JAMA*. 2012;308(7):667–9.
16. Takahashi S, Shigemura J, Takahashi Y, Nomura S, Yoshino A, Tanigawa T. Perceived Workplace Interpersonal Support Among Workers of the Fukushima Daiichi Nuclear Power Plants Following the 2011 Accident: The Fukushima Nuclear Energy Workers' Support (NEWS) Project Study. *Disaster Med Public Health Prep*. 2017:1–4.
17. Tanisho Y, Shigemura J, Kubota K, Tanigawa T, Bromet EJ, Takahashi S, et al. The longitudinal mental health impact of Fukushima nuclear disaster exposures and public criticism among power plant workers: the Fukushima NEWS Project study. *Psychol Med*. 2016;46(15):3117–25.
18. 重村淳, 廣尚典, 井上彰臣, 真船浩介, 内野小百合, 小室葉月. 福島第一原子力発電所事故の緊急作業従事者におけるスティグマの関連因子(第1報). 東電福島第一原発緊急作業従事者に対する疫学的研究. 厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金 平成28年度総括・分担研究報告書. 東京: 厚生労働省; 2016. p. 183–90.
19. World Health Organization, War Trauma Foundation, International WV. Psychological first

- aid: Guide for field workers. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
20. Brymer M, Jacobs A, Layne C, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, et al. Psychological First Aid: Field Operations Guide. 2nd Edition ed. UCLA, Los Angeles, CA.: National Center for PTSD, National Child Traumatic Stress Network; 2006.
21. Thompson SC. Finding Positive Meaning in a Stressful Event and Coping. *Basic and Applied Social Psychology*. 1985;6(4):279-95.
22. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*. 1996;9(3):455-71.
23. 佐野信也, 立花正一, 新井陽子, 角田智哉, 濱田智子, 水馬裕子, et al. 緊急支援のための BASIC Ph アプローチ: レジリエンスを引き出す 6 つの対処チャンネル. 東京: 遠見書房; 2017.
24. Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass Inc Pub; 1979.
25. Norris FH, Stevens SP, Pfefferbaum B, Wyche KF, Pfefferbaum RL. Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *Am J Community Psychol*. 2008;41(1-2):127-50.
26. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*. 2002;2(1).
27. Nakagami Y, Kubo H, Katsuki R, Sakai T, Sugihara G, Naito C, et al. Development of a 2-h suicide prevention program for medical staff including nurses and medical residents: A two-center pilot trial. *J Affect Disord*. 2018;225:569-76.
28. Administration SAaMHS. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014.

表 1：DSM-V (7) の診断基準に基づく急性  
ストレス障害の中核症状

---

侵入症状

- ・ 反復的，不随意的，侵入的で，かつ苦痛な心的外傷の記憶
- ・ 心的外傷と関連する反復的で苦痛な夢
- ・ 心的外傷の再体験，フラッシュバック
- ・ 心的外傷の象徴的側面を契機に生じる極度または遷延する心理的・生理的反応

---

陰性気分

- ・ 陽性の情動（幸福，満足，愛情）の持続的な体験困難

---

解離症状

- ・ 周囲や自身の現実が変容した感覚
- ・ 心的外傷の重要な側面の想起困難

---

回避症状

- ・ 心的外傷に関連する苦痛な記憶，思考，感情から回避する努力
- ・ 心的外傷に関連する苦痛な記憶，思考，感情を惹起する可能性のある人，場所，会話，行動，物，状況から回避する努力

---

覚醒症状

- ・ 睡眠障害（入眠困難，中途覚醒，浅眠）
- ・ 言語的，身体的な攻撃性を伴う苛立ち，激しい怒り
- ・ 過度の警戒心
- ・ 集中困難
- ・ 過度な驚愕反応

---

表 2：災害時のスティグマ(18)

---

悪い扱いを受けた

怖がられた

怪しく思われた

冷たくされた

馬鹿にされた

見下された

差別された

中傷された

脅かされた

嫌がらせを受けた

身分をかくした

身分をいつわった

人付き合いを避けた

恥ずかしく思った

自分を責めた

働く意欲が下がった

---

表3：Psychological First Aidの8段階(19)

---

1) 被災者への接触・関与
自己紹介，会話の同意取得，切迫した問題（水・食料・医療）の聴取
留意点：被災者との距離，身体接触，視線の向け方等に関する文化的配慮

---

2) 安全・安心の確保
物理的な危険の除去，災害情報と救助活動等の正確な伝達
死亡・喪失等に伴う手続き，告知の支援
留意点：否認，悲嘆，罪悪感等への配慮と尊重

---

3) 安定化
激しい情動，不穏，混乱，自失等により，避難等の生命の危険の回避が困難な場合に，身近な事象に注意を向けるよう介入し，冷静さを取り戻せるよう支援
留意点：プライバシー・受援意思の尊重（声をかけた後に間を置いて再度接近する）

---

4) ニーズの収集
要望（災害・安否情報，医療の要否）や情報（離別・喪失，既往，自責・恥感情，既往，過去の外傷体験，社会的支援）の確認
留意点：網羅の確認は避け，被災者のペースを尊重

---

5) 実際の援助
ニーズを明確化し，優先順位を設けて具体的に援助
留意点：即時対応・解決が難しい要望に対してもスモールステップの対処・支援を提案

---

6) 社会的支援の促進
家族・友人，身近な被災者，援助者等との交流を促す
留意点：孤立した被災者に対しても時機を見極め，社会的支援の重要性を示し，交流を促す

---

7) 対処方法の情報提供
ストレス反応，心的外傷・喪失体験の影響に関する情報提供し，適切な対処を強化
緊張，怒り，不眠，物質依存等への介入
留意点：一方的な提案は避け，被災者と話し合い，自己決定を促し，自己効力感を尊重

---

8) 支援事業の紹介
必要な支援先の紹介と申し送り
留意点：紹介・引継により，見捨てられたと誤解を招くことのないよう配慮

---

表4：BASIC Ph 多重ストレスコーピングモデルの対処チャンネル(23)

対処チャンネル		内容
Belief	信念・価値	意義, 承認, 自己評価, 宗教, 運命論, 楽観性・悲観性
Affection	感情・情動	感情表出・発散, カタルシス, 情動麻痺, 受容, 愛情
Social	社会的	援助希求行動, 交流, 孤立, 社会的役割, 社会的スキル
Imagination	想像・創造	遊び, 空想, 芸術, 創造性, 発散的思考, 視点の転換
Cognitive	認知的	問題解決, 論理的思考, 情報收拾, 優先順位設定, 内省
Physiological	生理・身体的	運動, リラクゼーション, 摂食, 物質使用, 身体的刺激

表5：Mental Health First Aidの主要要素「りはあさる / ALGEE」(26, 27)

要素		概要
り) <u>リ</u> スク評価	<u>A</u> ssess Risk of Suicide or Harm	自傷・他害の評価
は) <u>判</u> 断・批判せずに話を聞く	<u>L</u> isten Non-judgmentally	判断を加えずに傾聴
あ) <u>安</u> 心と情報の提供	<u>G</u> ive Reassurance and Information	安心と情報を提供
さ) <u>サ</u> ポートを得るよう勧める	<u>E</u> ncourage Person to Get Appropriate Professional Help	専門家支援の勧奨
る) <u>セ</u> ルフヘルプを勧める	<u>E</u> ncourage Self-Help Strategies	可能な対処を勧奨

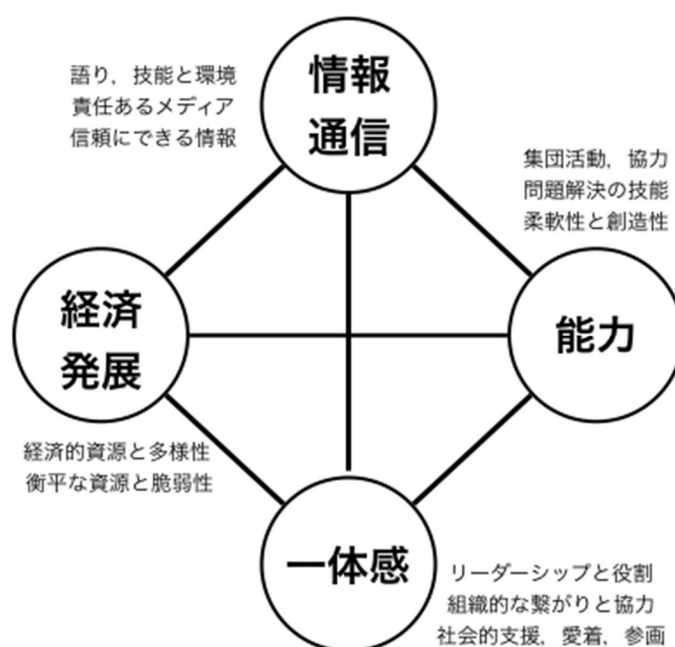


図1：コミュニティのレジリエンス