

令和元年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）
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

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、既存の確立された技法から、産業保健スタッフにおいても応用可能な支援技法を整理するとともに、昨年度の文献的検討が不十分であった新興・再興感染症に関する知見を検討した。Psychological First Aid(PFA)やMental Health First Aid(MHFA)、BASIC Ph 多重ストレスコーピングモデル等の支援技法は、いずれも、緊急時の対応に関する示唆が含まれるが、完全に踏襲することは難しい。むしろ、平時の準備、啓発・教育への応用が期待されると考えられる。産業保健スタッフは、これらの技法の実践者としてよりも、事業場や労働者の情報に精通している利点を活かした支援ニーズの収集と整理に加え、外部の支援機関との連携に関する役割が大きいことが示唆された。また、これらの連携を図る上でも、平時において、支援機関を確保し、ICT等の活用により、効率化と体系化を図り、啓発、研修等を通じて、事業場内の受援体制を整えることが望まれる。

A．研究目的

大規模自然災害をはじめとして、事故、事件、暴力等の心的外傷体験に対する緊急支援は、その実効性に関する議論が重ねられ、実践的に有効な手法が提案されている。緊急時の危機介入技法は、当初、心理的ディブリーフィング(Psychological Debriefing) (1)として、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てきた。しかし、その効果には、一貫した知見が得られず(2-4)、議論の進展とともに、被災時の体験、すなわち外傷体験の想起や言語化の二次的な曝露を伴う心理療法は、過度な覚醒の助長等の弊害が危惧され、一律

の適用は推奨されていない(2)。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(PFA)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(5)。

PFAは、世界保健機関(World Health Organization; WHO)によって推奨されているが(2, 5)、非被災地域からの支援者の派遣と被災地域での受援体制の両者の構築については、一定の課題が想定される。特に、産業保健において、自然災害では、労働者を支援する代表的な専門職である産業保健スタッフ自身も被災者である可能性が高く、

産業保健スタッフによる PFA の実践は現実的ではない。また、適切な距離感を維持しつつ、巡回・接触する PFA の手法は、避難所等とは異なり、何らかの作業に従事している労働者に対して適用するのは難しいことが想定され、外部の支援者チームを事業場等で受け入れることも現実的とは言えない。仮に、外部の支援者チームを受け入れることができた場合にも、種々の有害業務や被災した職場環境等、必ずしも安全が確保できているとも限らない状況においては、支援の効果はより限定的であると考えられ、また、外部専門家の安全の確保もままならなければ、継続的な支援が頓挫する懸念も想定される。

一方で、多くの労働者が抗体を持たない新興・再興感染症の流行においては、異なるアプローチを検討する必要がある。産業保健における導入の実現可能性を検討する以前に、実際の社会的な接触と観察を前提とする PFA は、他者と距離を取ることが求められる感染拡大予防を徹底する状況下においては、介入はもとより、対象者の状態やリスクを評価するための観察すら、ままならない可能性も想定される。支援の技法の模索と合わせて、社会的距離の確保が推奨される状況下でのセルフケアの技法の周知等の徹底が望まれる。

本研究では、昨年度までに収集した知見から、具体的な支援ツール等を整理し、支援技法と受援体制を考察するとともに、特殊な制約下での支援が求められる危機的状況として、感染症の流行等における心理的支援についても、昨年度の情報収集が不十分であったため、文献を収集し、検討を加えることを目的とする。

B．研究方法

緊急時の心理的支援に関する支援ツール等の収集を目的として、昨年度、着目した PFA、Mental Health First Aid (MHFA) (6, 7)、BASIC Ph 多重ストレスコーピングモデル(8)を中心に各アプローチに基づく支援ツール類を収集し、整理した。

また、危機的状況として、昨年度の情報収集が不足していた新興・再興感染症の流行に関する心理的支援については、既存の感染症に関する危機管理・対応の知見を集約している米国心理学会 (American Psychological Association; APA) と米国トラウマティック・ストレス研究センター (Center for the Study of Traumatic Stress, Department of Psychiatry, Uniformed Services University) のレビューを整理した。

C．研究結果

1) Psychological First Aid (PFA)

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(9-13)、世界保健機関 (World Health Organization; WHO) は、Psychological First Aid を推奨している(2, 5)。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、WHO 版ガイドライン(14)に加え、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(15)の 2 版が代表的であり、前者は非専門家による支援も想定した構成

であるのに対し、後者は専門家向けに支援の留意点が詳細にまとめられている。

PFA では、対象者の安心・安全を確立した上で、あらゆる資源を活用することにより、急性ストレス反応の軽減に加えて、適応的な対処と自然回復の促進を目的としている。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 1）の詳細がまとめられている。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。表 1 には、PFA の 8 つの支援段階に加えて、産業保健においても応用可能と考えられる支援技法、既に類似の実践が展開されていると考えられる支援技法、実践が困難と考えられる支援技法等に分類し、注釈を加えた。

2) Mental Health First Aid (MHFA)

Mental Health First Aid (MHFA) は、非専門家による精神障害への早期発見・対応を推進する技法として、支援者の教育方法が体系化されている。MHFA は、災害時の支援や受援とは直接、関連しない。しかし、精神障害への理解と状態からの逸脱に関する気づき、異変に察知した際への対応方法については、平時はもとより、緊急時においても、当事者に対する冷静な支援の確保が期待される。PFA においても強調されている社会的支援の強化は、緊急時に即応的に高めることは現実的ではない場合が想定されるため、MHFA も、緊急時に即応する手段ではなく、平時から教育・啓発が求められ、有事への備えに相当する支援技法である。

MHFA は、精神障害の早期発見・対応について、5 つの重要な要素を強調し、疾病別に留意点等を平易な表現でまとめている。

MHFA では、精神障害への非専門家による対応技法として、リスク評価、傾聴、情報提供、受援行動と自発的な対処行動の勧奨の 5 つの要素に整理している（表 2）。さらに、これらの要素をより具体的に習得するため、疾病別の事例を通じた教育プログラムが、体系化され、展開されている。

3) BASIC Ph

BASIC Ph 多重ストレスコーピングモデル (8) は、心的外傷体験に相当する過酷な状況下であっても、健康の保持とともに、前向きな行動の変容 (16) や心的外傷後成長 (Posttraumatic Growth: PSG) (17) を図る心理支援の体系的な技法である。BASIC Ph は、「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 つの対処チャンネルに焦点を当て、レジリエンスの向上を図る心理支援技法とされる（表 3）。

BASIC Ph における 6 つのチャンネルは、個人の対処様式の分類・類型化を目的とするわけではなく、適応的な対処チャンネルの獲得のために仮定されている。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、適応すると想定されている。

BASIC Ph に焦点を当てた支援を実践する上では、対処チャンネルの把握が重要となるが、言語的・非言語的に評価が可能であるとされている。対処チャンネルのレパートリーに関する評価には、文章を完成させる投影法である「Six-Part Story Method」が用いられている。一方で、非言語的な対処チャネ

ルの評価は困難ではあるが、投影法よりも実施と解釈が簡便な評価尺度も開発されている(18)。これは6項目(表4)による簡便な実施が可能な一方で、実証研究は少なく、日本語版の妥当性は検証されていない。

BASIC Phでは、個人の対処チャネルだけでなく、集団の対処チャネルも検討できる。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)(19)。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の再構築が求められる。イスラエルの中小企業を対象とした集団のBASIC Phに関する検討では、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チャネル)、危機を好機と捉える創造性(Iチャネル)、現状に応じた対応(Cチャネル)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チャネル)、労働者との関係によるポジティブ感情体験(Sチャネル)等が示されている。

4)新興・再興感染症流行に係る心理的支援

感染症の流行時には、自然災害や事故等とは異なる特徴的なストレス要因が指摘されている(20)。感染拡大予防の点から、感染者または感染が疑われる者の隔離はもとより、社会的距離の確保(Social distancing)等、他者との接触を避けざるを得ない。特に、隔離には、不満や退屈、不便、情報・生活物資の不足、自身の感染や他者に感染させることへの不安、恐怖、就労機会の喪失と受療による経済的損失、スティグマ等、多くの特徴的なストレス要因が指摘されている。また、医療従事者は、医療物資・資源の枯渇や過重な業務の長期化等からセルフケアも

ままならず、疲弊に加えて、不安や恐怖、自責感、不眠等が強く懸念される。表6には、感染症流行時に特徴的なストレス要因とストレス反応をまとめた。

これらのストレス要因には、社会的距離の拡大により、社会的支援が損なわれる点で共通し、異なるアプローチの支援が必要となる。通常心理的支援では、要支援者に直接、接触を試み、傾聴した上で、正確かつ適切な情報を提供し、当事者のニーズに基づく支援が展開されるが、社会的距離の確保が求められることにより、物理的な制約が生じる。急性ストレス反応等の予測される不調に関する心理教育や相談対応、周囲とのコミュニケーションを通じた社会的支援の確保についても、ICTの活用が重視されている一方、正確かつ適切な情報源を限定し、メディアの情報を制限することも強調されている。

また、危機状況下の統制を求められるリーダーには、リスクコミュニケーションの原則を踏襲することが推奨されている(20)。リーダーは、定期的かつ適時に情報を提供し、正確な脅威を共有するとともに、憶測や場当たりのな約束を避ける必要がある。最新の情報を提供しつつ、必要な情報を繰り返し伝えることが重視されている。また、一方的に情報を提供するだけでなく、不安や脅威を共有し、回答できる仕組みを提供することが重視されている。このような相互のコミュニケーションにおいても、通常、対面で行われるものの、感染症流行時の特殊な制約化では、電話やICTが活用されるため、情報の行き違いや誤解を招かないよう、憶測に頼らない、誠実な対応が強調されている。

社会的距離を確保せざる得ない場合においても、セルフケアの重要性が強調されている(21)。不確かな情報や流言は、不安や恐怖、混乱を助長するため、正確かつ適切な情報が得られる情報源を確保し、メディアの閲覧を制限することが推奨され、公的機関が信頼に足る情報源の代表例とされている。一方で、メディア等の情報を制限した時間を隔離状況下でも行える活動に当てることも推奨されている。隔離とは無関係で、メディアの閲覧の代替となる活動として、読書や音楽・映像鑑賞、言語等の学習が例示されている。また、過度な不安を避けるためには、情報の限定だけでなく、リラクゼーションの技法の活用や日記法等による現実的かつ建設的な振り返りも提案されている。さらに、規則的な習慣(ルーティン)を設け、維持することも、精神的健康を保持し、生活リズムが保持される工夫とされている。十分な睡眠や食事、運動等を通じた生活リズムの維持はもとより、変調を自覚した場合に、電話や ICT を活用した相談先を確保しておくことも重視されている。

D. 考察

1) 災害産業保健における PFA の応用

産業精神保健においては、PFA が想定する支援方法を忠実に踏襲することが難しいと考えられる。一方で、支援に関する留意点やアセスメントの技法、安定化と称される対象者の激しい混乱・動揺に対する対処方法等は、産業保健スタッフにも有用な示唆が含まれている。

PFA で重視されている安全確保(第2段階:安全・安心の確保)やニーズに適った即応的かつ具体的な支援(第5段階:実際の援

助)、頻発しやすいストレス反応や適切な対処方法に関する情報提供(第7段階:対処方法の情報提供)は、産業保健スタッフによる実践が困難である可能性が高い。前二者の安全確保と具体的な支援は、危険の除去から、正確な災害情報等の伝達、利用可能な資源の紹介や具体的な受援手続き等の紹介が含まれるが、産業保健スタッフが被災者である場合には、危険の除去はもとより、災害・救援等や利用可能な資源に関する情報を得ることが困難であり、現実的ではない。また、後者の情報提供については、産業保健スタッフの専門知識・技能の範疇に含まれる内容であるとは考えられるが、事業場内での継続的な支援を展開・維持するために、産業保健スタッフの安全と健康に十分に留意し、展開すべき内容であると考えられ、必ずしも現実的ではない。これらの支援段階・技法では、外部の機関・専門家との連携、受援が不可欠と考えられる。

PFA では、支援者が巡回し、適度な距離を保ちながら、接触し、ニーズの収集と支援や情報提供、支援機関への紹介を講じることを想定している。しかし、特に、自然災害においては、産業保健スタッフ自身が被災者であることが想定され、PFA の本来の支援を安全かつ完全に提供できる状況とは限らない。一方で、当面の安全の確保を最優先し、安全確保のためのニーズを充足する支援が重視される点や心的外傷体験を想起される刺激から対象者を保護し、二次的な曝露を回避する必要性等、汎用的かつ重要な留意点は産業保健においても応用可能と考えられる。

また、本来の PFA は、外部専門家による訪問支援が想定されていることから、対象

者にとって、外来者の存在が負担になることがないように、接触を強いることなく、適度な距離を保ち、文化や風習に配慮しながら、ニーズを丁寧に把握することが強調されている。これらの配慮については、当初から事業場に関与している産業保健スタッフの場合には、既に、各事業場の文化・慣習等に精通し、個々の労働者からも支援者としての認知が定着している可能性が高く、ニーズを把握、集約できる可能性も高い。

一方、対象者の鎮静や社会的支援の強化、外部の支援者への紹介については、産業保健スタッフによる応用の検討の余地がある。過酷な被災環境下において、労働者が激しく混乱、動揺している場合、冷静さを取り戻すための技法（第3段階：安定化）は、有用な支援技法となる可能性がある。また、社会的支援の確保（第6段階：社会的支援の促進）についても、現実的かつ実効的な仲介、勧奨には、従前の人間関係等を把握している産業保健スタッフが長けている可能性が高い。事業場内の貴重な医療専門職であることから、産業保健スタッフに、多様な情報やニーズが寄せられる可能性も想定され、外部の支援機関・専門家との結節点となる役割も期待される可能性が高い。いずれにおいても、産業保健スタッフに、利用可能な社会資源に関する情報が提供されており、外部からの支援が十分に得られていることを前提とした応用可能性と考えられる。

PFAには、産業保健スタッフにも、示唆に富む内容が豊富ではあるが、産業保健スタッフによるPFAの実践については、支援者である産業保健スタッフの安全と健康の確保が困難な場合が容易に想定されることから、外部支援者との協働は不可欠である。平

時から、産業保健スタッフは、緊急時に支援を仰ぐ外部専門機関等の社会資源を整理、構築するとともに、支援者を擁する学会、職能団体等による社会資源の整備、行政による社会資源の有効活用を可能にする制度設計が望まれる。また、本研究において整理を試みた産業保健スタッフによる支援段階の応用可能性についても、産業保健スタッフを対象とした調査等を通じて、確認し、課題を整理する必要がある。

2) 災害産業保健におけるMHFAの応用

発災後、MHFAを導入・展開するのは現実的ではない。一方で、平時のメンタルヘルス対策、特に、メンタルヘルス不調の第二次予防として早期発見・対応の拡充に真価が期待され、災害への備えとしての応用可能性が期待される。

MHFAでは、非専門家による支援が想定されており、緊急時には逼迫することが想定される産業保健スタッフ等の人的資源の温存も期待できる。MHFAは、実践的なスキルの教育を通じて、非専門家による精神障害への対応が整理され、効率的な専門家への紹介や当事者による自発的な対処・相談を促進する技法が整理されている。産業保健スタッフによる定期的かつ網羅的なアセスメントやスクリーニングを経ずとも、職場や同僚により、互いの変調を早期に察知し、対応、紹介できる可能性がある。MHFAによる第二次予防のための知識・技能の獲得は、労働者相互の社会的支援の拡充を通じて、産業保健スタッフの負担軽減を図り、限られた専門職の資源の補完が期待できる。

平時の計画的な啓発・教育による社会的支援の拡充は、限られた専門職の資源を効

率的に補完できる可能性が期待できる。緊急時において、短期的に収束する状況では同僚による支援、長期に及び対応が迫られる状況においては上司による支援が、重要である可能性が示唆されている(11)。多様な災害等に備えた体制を整備する上でも、一般労働職から管理監督者まで、目的に応じた啓発・教育が望まれる。

3) 災害産業保健における BASIC Ph の応用

BASIC Ph に精通した専門家は少なく、緊急時の支援技法として広く導入するのは難しいが、平時のセルフケアとしても、困難にしなやかに対処できる成長という視点から、レジリエンスに着目する意義は大きい。

BASIC Ph モデルの応用は、緊急時に限らず、平時から労働者のセルフケアへの応用も期待できる。事業場等においても、平時のレジリエンスを振り返り、緊急時に効果的な対処チャンネルや、行われなくなる、または過度に抑制される対処チャンネル等を確認し、適応的な対処チャンネルを検討、強化することを通じて、危機に備えることも有用と考えられる。また、集団においても、怒りのコントロールや将来を見据えた思考等、適応的な対処チャンネルが示唆されている。個人と組織のレジリエンスを高める技法として、BASIC Ph の視点が有用である可能性がある。

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。BASIC Ph は、イスラエル等の紛争が頻発する過酷な状況下において、豊富な支援実績を有するが、緊急時対応が中心となるため、定量的データの収集や科学的根拠の蓄積は十分とは言えない。また、支援

技法においても、投影法によるアセスメントを中核としており、質問紙法による簡便な実施と解釈が困難である。一部には、簡便な尺度も開発されているが、妥当性の検証はもとより、6つの対処チャンネルの精査が難しい。困難な局面でも、健康を確保し、成長するための行動を検討するBASIC Phの視点を取り入れた訓練として、自身の対処方略を振り返る研修等は検討に値する。

4) 新興・再興感染症における心理的支援

感染症流行時は、社会的距離の確保が求められる特殊な状況ではあるが、支援の留意点については、他の緊急時との共通点も少なくない。正確かつ適切な知識と情報により、安全を確保することはもとより、制約のある中でも、社会的支援の確保を図る点では共通している。直接的な接触を避けつつ、社会的支援を確保するために、ICTの活用等が重視されているが、効率化・迅速化という点では、その他の緊急時においても、有用であると考えられる。

5) アセスメントの課題

いずれの支援技法においても、対象者または、職場環境等の外的条件の評価が起点であり、課題と言える。精神障害には、災害に関するいくつかのリスク要因が指摘され、捜査的な診断基準により、深刻なストレス反応が定義されている。労働者本人の状態はもとより、労働者を取り巻く環境・条件の評価も重要となる。

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(22)、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(12)。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とされている(9, 10, 12)。

深刻なストレス反応についても、操作的診断基準が参考にはなるが、一律の対応や受診勧奨は、重症化等を助長する危険性も想定され、慎重な評価と対応も求められる。急性ストレス障害の操作的診断基準では、侵入症状、陰性気分、解離症状、回避症状、覚醒症状の5領域に整理されている(表6)(23)。重篤な反応が明確な一方で、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(9)。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(2-4)。

心理的支援を行う上では、労働者本人の状態・特性のアセスメントにとどまらず、職場や社会環境の評価も欠くことができない。安全が確保されていない状況においては、心理的支援が奏功せず、ストレス反応等の増悪を助長する危険すらある(2-4)。安全が確保されても、社会的支援が確保できない場合には、その後の精神障害の発症の危険が高まることが指摘されている(9, 10, 12)。低い社会経済的地位が心的外傷後ストレス障害のリスク要因(12)とされていることから、当該事業場での雇用の流動性の変化も、労働者の精神的健康を左右する環境要因として評価が望まれる。また、事故や感染症等においては、事業場内はもとより、事業場外においても、周囲からの中傷や差別

に曝される危険性が高い。これらの中傷や差別は、二次的な被災体験として、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, 24-28)。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、スティグマとして整理されている(表7)(25)。一方で、これらの差別や中傷に対しても、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(13)。

緊急時においては、限られた時間で迅速な対応が求められ、アセスメントに十分な時間が割けない可能性が想定され、平時におけるハイリスク要因の同定から、緊急時の初期、中期、長期に渡って、把握すべき要因・状態を整理しておく必要が望まれる。平時には、精神障害の既往歴や家族歴、社会経済的地位の把握が望まれる。社会的支援についても、緊急時には、平時と大きく変化する可能性が想定されるが、平時の状況を把握しておくことにより、緊急時に新たな社会的支援を提供する必要があるのか、従前の関係を再構築するための支援が必要となるのか判断に有用な情報となり得る。災害直後等の緊急時の初期には、安全の評価と確保が最優先されるのは言うまでもない。社会的支援は、発災当初から、重要な保護因子として機能することが指摘され、早期から、対話や社会的関係の維持についての状況を把握することが望まれる。発災後、3日以上、急性ストレス障害に該当する症状が持続する場合は、操作的診断基準を満たす可能性が高いが、災害等では、通常生じる反応でもあるため、状態の変化や経過を観察する必要がある。また、急性ストレス障害の

操作的診断基準に該当する症状群のみならず、健康と安全の確保の点からも、睡眠や食習慣についても、評価できるのが望ましい。不眠や食習慣の変化についても、災害時に生じる通常の反応であり、また、避難環境等によっては、睡眠衛生、食事ともに、条件の改善が望めない場合も想定されることから、過度な焦点化を避け、遷延、増悪を注視しつつ、事業場や行政等に対する環境整備に関する提言・要請が重要である。スティグマも誤情報の流布から生じる場合も含めて、発災初期から報告されることがあるが、特に発災後、数週間から1ヶ月以上、曝露が持続する場合には、組織的な関与による当事者の保護が必要になる可能性があり、中期的に確認すべき要因である。これらの段階に応じて把握が望ましい要因・状態を表8にまとめた。

産業保健においては、緊急時の産業保健スタッフによる直接的な支援に限界がある一方、事業場内のニーズに基づいた外部との連携に期待が寄せられる。緊急時では、自身も被災者である可能性の高い産業保健スタッフによるPFAやBASIC Ph等に基づく専門的支援は、現実的ではない。一方で、産業保健スタッフは、事業場の特徴はもとより、労働者個人の職務内容、健康情報等を把握しているため、的確な状況・状態の評価に基づく、支援ニーズの整理に長じている可能性が高い。また、平時からの外部資源の確保や心理教育を通じた体制の整備を事業場に促し、緊急時には、外部支援者との連携が重要な役割になると考えられる。

本研究では、受援体制の整備についての考察は十分ではない。いずれの緊急時にお

いても、社会的支援の確保が精神的健康の保持増進に重要である一方で、社会的支援の確保にはICT等のツールを活用した方法の検討も急務である。また、EAPの利用のみならず、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必要である。

E．結論

危機状況下における心理的支援では、マニュアル類があろうとも、即席での実践は現実的とは言えず、平時から一定の訓練、教育等が重要であると考えられる。緊急時には、産業保健スタッフによる具体的な支援の実践が困難な場合も想定される一方で、事業場と労働者の情報に精通していることから、ニーズの段階的な収集と外部の支援機関等との連携が期待される。

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. 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.
3. McNally RJ, Bryant RA, Ehlers A. Does Early Psychological Intervention Promote Recovery From Posttraumatic Stress? *Psychol Sci Public Interest*. 2003;4(2):45-79.
4. Rose S, Bisson J, Wessely S. A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychother Psychosom*. 2003;72(4):176-84.
5. 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.
6. 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).
7. 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.
8. 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.
9. 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.
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. 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.
12. 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.
13. 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.
14. World Health Organization, War

Trauma Foundation, International WV. Psychological first aid: Guide for field workers. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.

15. 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.

16. Thompson SC. Finding Positive Meaning in a Stressful Event and Coping. *Basic and Applied Social Psychology*. 1985;6(4):279-95.

17. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*. 1996;9(3):455-71.

18. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Med*. 2008;15(3):194-200.

19. 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.

20. Center-for-the-Study-of-Traumatic-Stress. COVID-19 PANDEMIC RESPONSE RESOURCES 2020 [cited 2020 3/1]. Available from: [https://www.cstsonline.org/resources/resource-master-list/coronavirus-and-emerging-](https://www.cstsonline.org/resources/resource-master-list/coronavirus-and-emerging-infectious-disease-outbreaks-response)

[infectious-disease-outbreaks-response](https://www.cstsonline.org/resources/resource-master-list/coronavirus-and-emerging-infectious-disease-outbreaks-response).

21. American-Psychological-Association. Keeping Your Distance to Stay Safe 2020 [cited 2020 3/1]. Available from: <https://www.apa.org/practice/programs/dmhi/research-information/social-distancing>.

22. 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.

23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc; 2013.

24. 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.

25. 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.

26. Shigemura J, Tanigawa T, Saito I, Nomura S. Psychological distress in workers at the Fukushima nuclear power plants. *JAMA*. 2012;308(7):667-9.

27. 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.

28. 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.

表 1 : Psychological First Aid の 8 段階(14)

1) 被災者への接触・関与	1
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	3
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	2
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	1
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	× 3
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	2
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	× 3
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	2
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	
1 : 産業保健スタッフが既に実践できている可能性が高い支援段階	
2 : 産業保健スタッフによる応用できる可能性が高い支援段階	
× 3 : 産業保健スタッフによる実践が現実的ではない可能性が高い支援段階(外部の専門家との協働, 受援が必要と考えられる支援段階)	

表2: Mental Health First Aidの主要要素「りはあさる / ALGEE」(6, 7)

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

表3: BASIC Ph 多重ストレスコーピンモデルの対処チャンネル(8)

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4: BASIC Ph に基づくレジリエンスの評価尺度項目(16)

尺度項目
I tend to bounce back quickly after hard times. (私は, つらいときも, 早く立ち直りやすい)
I have a hard time making it through stressful events (R). (私は, 困った出来事に, 悩まされている)
It does not take me long to recover from a stressful event. (私は, 困った出来事から, 元に戻るのに時間はかからない)
It is hard for me to snap back when something bad happens (R). (私には, 何か悪いことが起こると, すぐには立ち直れない)
I usually come through difficult times with little trouble. (私は, 困難な時でも, あまり問題なく乗り越えられる)
I tend to take a long time to get over set-backs in my life (R) (私は, 人生の挫折から立ち直るのに時間がかりやすい)
(R) 逆転項目

表 5：新興・再興感染症流行時の特徴的な
ストレス要因とストレス反応(20, 21)

<ストレス要因>

不満，退屈，不便，孤立
物資の不足，情報の不足・誤り
受療機会の喪失，経済的損失
自身または他者への感染の脅威
スティグマ

<ストレス反応>

感染の恐怖，生活の不安
抑うつ，悲嘆，不眠，倦怠，孤独，
怒り，イライラ，フラストレーション

表 7：災害時のスティグマ(28)

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 6：DSM-V (23) 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 8：発災後の段階に応じた評価の項目案

段 階	評価項目
平時	既往歴・家族歴，社会経済的地位（雇用形態・就労条件等）の分布
緊急対応期	安全，被害状況，社会資源・外部支援機関
初期対応期	ハイリスク者，休息状況
復旧計画期	急性ストレス反応，睡眠・食習慣等，休息状況の経過観察
再稼働準備期	スティグマ，急性ストレス反応の遷延への対応，休息状況
再稼働期	スティグマ，レジリエンス

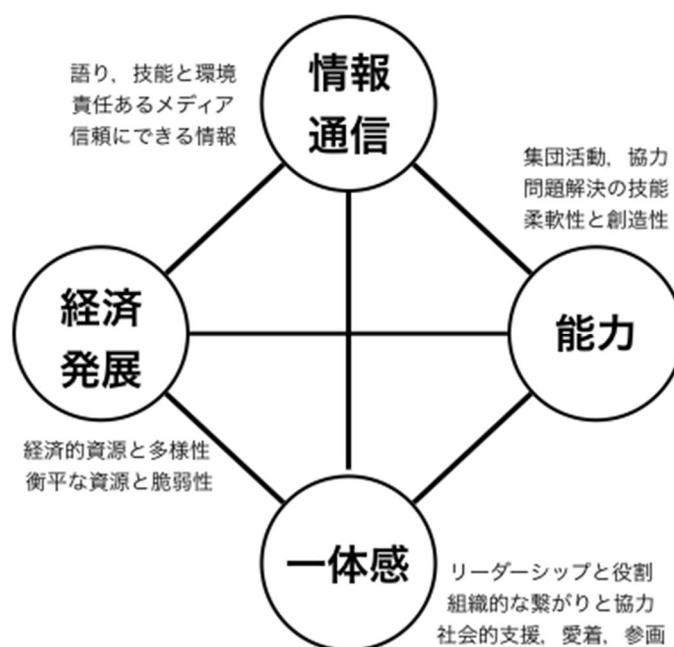


図 1：コミュニティのレジリエンス(19)