

平成31年度～令和2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の整理に関する総合的検討

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

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。災害等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。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。これらの知見を整理し、本研究では、労働者自身によるセルフチェックと自発的な相談を支援するためのリーフレット、産業保健スタッフ向けに支援技法の紹介資料を用意した。また、発災後に円滑な支援を展開するために、平時から求められる啓発、研修、体制整備を推進し、事業場内で整えるべき受援体制について整理した。

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)。

PFAは、世界保健機関 (World Health Organization; WHO) によって推奨されているが(3, 6)、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、初年度（平成 31 年度）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。翌年度（令和元年度）は、初年度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、初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した。最終年度（令和 2 年度）は、これらの知見から、労働者向けのリーフレットを作成し、産業保健スタッフ向けの災害時の災害産業精神保健における留意点を提起し、受援体制の整理を目的とした。

B. 研究方法

初年度は、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象は、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、甚大事象の内容、すなわち曝露条件は、具体的に指定せず、甚大事象による心理的な影響と対応・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。

2 年目は、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、PFA, Mental Health First Aid (MHFA) (7, 8), BASIC Ph 多重ストレスコーピングモデル (9) 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、初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。

最終年度は、災害時の心理的反応を整理し、セルフチェックが可能なツールを収集、選択し、労働者を対象としたセルフケアに関するリーフレットを作成した。

また、災害時等の支援技法に関する知見を整理し、産業保健スタッフを対象として災害産業保健における留意点をまとめた。さらに、平時において整備すべき ICT 等を活用した支援体制や発災後の受援体制についての留意点を加えた。

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) (10)。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 (10)。

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 (11)。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 (12)、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 (13)。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 (14)。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 (11, 13, 14)。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 (15)。

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 (16-21)。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) (17)。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 (19)。

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(11, 13-15, 19), 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(22)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(23)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。

4) 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(24), 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(25)。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(9)。

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(26)と類似したアプローチと位置付けられている(9)。

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、リラクゼーション、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、チャン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)(27)。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。

5) Psychological First Aid (PFA)

PFAの目的、対象、提供場所、支援内容と留意点等を踏まえて、表3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。

6) 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5）。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。

7) BASIC Ph

BASIC Ph 多重ストレスコーピングモデル(9)では、対処チャネルのレパートリーに関する評価として、文章を完成させる投影法である「Six-Part Story Method」が多用されている。一方、非言語的な対処チャネルの評価は困難であるが、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(28)。ただし、これは6項目(表6)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。

8) 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(29)。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7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(29)。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を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(30)。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、リラクセ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、維持しすることも、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。

9) 労働者向けリーフレットの作成

災害下での心理的問題の啓発は、発災後のみならず、平時においても重要であることから、被災後に想定される精神障害として、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)の諸症状を整理した。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。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)(10)。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(10)。

ASD、PTSDの諸症状に加えて、緊急時の支援技法である Psychological First Aid: PFA(3, 6)においても啓発の必要性が強調されている心理的反応を整理し、掲載した資料を作成した(資料1)。疾病性が疑われる症状だけでなく、緊急時には、一部の不調が適応的な反応、すなわち一般的に頻発することが知られている。PFAでも、発災後、間もない段階では、不安や緊張、不眠は一般的な反応として、過度な対応による不調感の助長を回避することも留意されていた。

心理的反応に対する相談窓口について、リーフレットでは、一律に指定せず、平時に各企業・事業場等で検討し、追記する活用を想定し、空欄部を設けた。

10) 産業保健スタッフ向けの留意事項

被災労働者の支援者である産業保健スタ

ップも、大規模災害においては被災者であり、負担の軽減、疲弊の防止を重視する留意事項をまとめた（資料2）。災害に伴う一般的な反応を含めれば、多数の労働者が一時的には支援が必要な状態を呈する可能性が想定され、限られた産業保健スタッフだけでは対応に限界が生じることが想定された。自発的相談を含めて、広くセルフケアを促すとともに、メンタルヘルス不調の発生を防ぐためにハイリスク者から優先的に対応することが望まれた。メンタルヘルス不調のリスク要因として、既往症、被災等による喪失体験、異動直後の被災、単独での作業や非正規雇用等による孤立の悪影響を想定した。これらの条件により、要支援対象者を限定し、持続可能な産業保健活動の展開を狙った。

要支援対象者に限らず、災害時の個別的な支援では、特に、対象者のニーズの整理を重視した。確立された技法である PFA においても、具体的な技法や手順は確立されているが、一律・画的に提供されることは推奨されず、対象者のニーズのアセスメントに基づいた支援の提供が強調されていた。アセスメントすべき内容については、PFA において「安定化」と呼ばれる支援を要する「混乱」や孤立が懸念される「沈鬱」から、メンタルヘルス不調の危険因子として、社会的支援の欠如やスティグマ、さらに、現在の生活状況として、睡眠、休息、飲酒等の生活習慣を上げた。

要支援対象者に対する支援においても、上述のアセスメントに対応させるとともに、PFA 等の確立された支援技法から産業保健においても応用可能と考えられる技法を抽出した。混乱や動揺の著しい場合の「安定

化」を筆頭に、睡眠衛生指導や節酒を促す保健指導等に加えて、必要に応じた事業場外資源との連携、すなわち、受診勧奨や外部機関への相談勧奨を上げた。

災害産業精神保健における留意事項として、産業保健スタッフには、支援者支援の重要性を強調した。産業保健スタッフ自身のセルフケアを促すとともに、交替勤務や休息の確保を通じて、持続可能な支援体制を構築することの重要性を強調した。支援者の交替を実現するためには、記録を通じた情報収集や引継、報告等の方法や様式を統一しておくことも必要と考えられた。また、事業場外資源の積極的な活用も強調した。

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，計画する必要がある。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 (7, 8) 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(31)。

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(9, 22, 23)。BASIC Ph や PFA 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(9)。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。

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(15)。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、自身の対処法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(12)、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(14)。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(11, 13, 14)。

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)(10)。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(11)。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)。

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(3-5)。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(11, 13, 14)。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(14)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(16-21)。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)(17)。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(19)。

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。

6) 労働者向けリーフレットの作成

被災後の一般的に頻発する心理的な反応の啓発には、ASD, PTSDの諸症状から、孤立の懸念のある症状を強調した。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(11, 13-15, 19)。そこで、被災体験による緊張や不安、不眠に加えて、被災後、特に社会的支援が欠如する可能性の高い他者との接触が乏しい言動を強調した。また、「助かったことへの罪悪感」等、被災特有の反応や解離的な反応、激しい混乱や動揺も広く散見される一時的な反応として整理した。

労働者に促すセルフチェックにおいては、簡便な評価項目が確立され、かつと評価基準が明確な3つのツールを使用した。不眠を評価するため、大規模調査に用いられるアテネ不眠尺度(Athens Insomnia Scale: AIS)(32)、精神的健康、特に抑うつと不安を評価するため、大規模調査に用いられるK6(33)、危険な飲酒習慣を評価するAUDIT-C(34)の項目と採点方法、評価基準を併記し、セルフチェックに応じた自発的な相談を促すコメントを添えた。

セルフチェックに対応するセルフケアの方法は、相談を中心として、休息とリラクゼーションの重要性、セルフチェックによる不調の自覚の促進、スティグマへの対応、災害情報との向き合い方を整理した。

リーフレットに記載する相談窓口では、公的機関を代表的な窓口として、一律に掲載することもできるが、特に、大規模災害時には同機関の業務が逼迫することも想定され、必ずしも確実に使用できるとは限らない。啓発や災害時を想定した訓練も兼ねて、平時から災害時でも持続可能な相談窓口を検討し、周知する議論の促進を重視した。その結果、リーフレットでは、相談窓口を記載する空欄を用意し、各企業・事業場等で平時に検討した結果を掲載する方式を採用した。

2) 産業保健スタッフ向けの留意事項

産業保健スタッフを対象とした災害産業精神保健の留意事項には、支援等の持続可能性を強調した。災害時に頻発する一時的な反応は、経過の観察が重要である一方で、面談等で個別に評価、対応することは現実的ではない。労働者を対象とした平時及び被災後の啓発を通じて、自発的な相談を促すとともに、メンタルヘルス不調のリスクが高い対象者に優先的に対応するハイリスクアプローチも欠かせない。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(12)、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(14)。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(11, 13, 14)。これらの点から、特に、既往歴、被災による喪失体験、異動直後の被災、社会的支援が欠如しがちな単独作業への従事、社会経済的地位の観点から非正規雇用をハイリスク要因として強調した。

産業保健スタッフには、ハイリスク者等の要支援者に対して求められる評価項目についても整理した。混乱や抑うつ等の心理的反応や飲酒、睡眠、休息等の生活習慣に加えて、精神障害の発症における保護因子である社会的支援(11, 13-15, 19)と中長期に及ぶ健康影響が懸念されるスティグマ(17)のアセスメントに基づいて、対象者の支援ニーズを特定することを強調した。

要支援対象者に対する支援においても、上述のアセスメントに対応させて整理した。

緊急時の支援技法として確立された 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。こうした支援は、産業保健において、巡視等の機会を除いて、常時展開することは現実的ではない。一方で、混乱や動揺の著しい場合の「安定化」は産業保健スタッフにも有用と考えられる。また、睡眠衛生指導や節酒を促す保健指導等、平時から展開されている支援は、災害時にもより重要となる。さらに、これらの支援を時事業場内のスタッフのみで展開するのではなく、必要に応じた事業場外資源との連携、すなわち、受診勧奨や外部機関への相談勧奨が求められる。これらの受援体制は、緊急時に構築することは現実的ではなく、平時から、訓練を兼ねた準備を重ねることが必要である。

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。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。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ンネル（「言語」）に加えて、事業場や職場の対処チャン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（対処チャンネル等）に応じた危機時の対応の計画化が必要と考えられる。

本研究では、これらの災害時における心理的支援として既存の確立された技法を参照し、労働者自身によるセルフチェックと自発的な相談を支援するためのリーフレットを作成し、産業保健スタッフ向けに支援技法の紹介資料（留意事項）を用意した。また、発災後に円滑な支援を展開するために、平時から求められる啓発、研修、体制整備を推進し、事業場内で整えるべき受援体制の課題を整理した。

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. 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).
8. 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.
9. 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.

10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc; 2013.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Shigemura J, Tanigawa T, Saito I, Nomura S. Psychological distress in workers at the Fukushima nuclear power plants. *JAMA*. 2012;308(7):667-9.
19. 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.
20. 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.
21. 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イグマの関連因子 (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.
22. World Health Organization, War Trauma Foundation, International WW. Psychological first aid: Guide for field workers. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
23. 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.
24. Thompson SC. Finding Positive Meaning in a Stressful Event and Coping. *Basic and Applied Social Psychology*. 1985;6(4):279-95.
25. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*. 1996;9(3):455-71.
26. Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass Inc Pub; 1979.
27. 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.
28. 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.
29. 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-infectious-disease-outbreaks-response>.
30. 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>.
31. Administration SAaMHS. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014.
32. Okajima I, Nakajima S, Kobayashi M, Inoue Y. Development and validation of the Japanese version of the Athens Insomnia Scale. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2013;67(6):420-5.
33. Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, Ono Y, Nakane Y, Nakamura Y, et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2008;17(3):152-8.
34. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development

of the Alcohol Use Disorders Identification
Test (AUDIT): WHO collaborative project on
early detection of persons with harmful

alcohol consumption: II. Addiction.
1993;88(6):791-804.

表 1 : DSM-V (10) 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 (21)

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(22)

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4：BASIC Ph 多重ストレスコーピングモデルの対処チャネル(9)

対処チャネル		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」(7, 8)

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 <u>ヘ</u> ル <u>プ</u> を勧める	<u>E</u> ncourage Self-Help Strategies 可能な対処を勧奨

表 6 : 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かりやすい)
(R) 逆転項目

表 7：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(29, 30)

<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 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

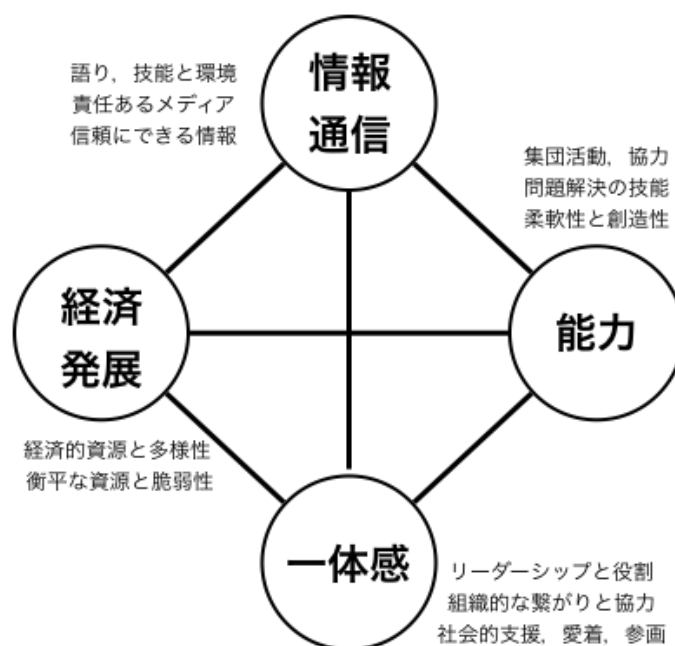


図 1：コミュニティのレジリエンス(27)

災害が起こっても

**あなたの
こころの健康を守る
相談チャートシート**

大切にしたい3つの対処

- しっかり休養
- よく話し合う
- 不調に気づく

不安や心配は迷わず相談！
【相談窓口：専門家に相談できます】

原則2日以内に返信します

災害などの衝撃的な出来事が起ると、**ほとんどの人に**次のような「**こころ**」と「**からだ**」の変化が起こります

からだの不調

- 震え、頭痛、からだの痛みや疼き
- ひどい疲労感(ぐったり感)
- 食欲がない
- 眠れない・悪夢を見る
- 食べられない・飲めないなど



うごきの不調

- うごきの不調
- 他の人に反応しない(できない)
- まったく話をしない(できない)
- 簡単なことが決められないなど
- きもちの不調



きもちの不調

- 悲しみ・落ち込み
- 不安・恐怖・心配
【さらにひどいことが起こりそう】
【落ち着かない】
- イライラ・怒り、警戒
【小さなことでカッとなる】【ピクッとる】
【助かった/助けられたことが甲斐ない/助すかしい】
- 罪悪感・恥ずかしい
【助かった/助けられたことに何を感じない】【現実感が無い】
【自分の名前がわからない】【何が起きたのかわからない】
【自分がどこから来たのかわからない】



こうした一時的な変化のほとんどは重大な状況に適應するために自然な反応です。1ヶ月間程度で自然に回復しますが、**不安や心配は必ず相談すること**が大切です。また、不確かな情報から中傷や差別を受けたり、負い目を感じる場合があります。中傷や差別、負い目も、抱え込まずに相談し、助けを求めることが大切です。

「こころ」と「からだ」を守るために大切なこと

しっかり休養

心理的な距離
不安や心配からしっかり
離れる時間が大切です

緊張をほぐす
非常時は緊張が強い
ので体をほぐします

よく話し合う

気持ちを話す
気持ちの変化は我慢し
ずきずきに表現してみます

不安等を相談
不安や心配等は隠さず、
迷わず相談します

不調に気づく

疲れのサイン
疲れのサインを見逃さない
ようにふり返ります

習慣に気づく
飲酒、喫煙、服薬等の習慣
の変化があれば相談します

中傷への対処

仲間をつくる
抱え込まずに相談を
助けを求める

客観的に見る
災害と自身とを
切り離して客観的に見る

正確に知る

情報源を絞る
国や自治体等情報源を
絞り情報を集める

流言に気づく
発信元や組織が曖昧な
情報を疑ってみる

眠れていますか？

構れない環境や心配・不安な状況で眠れなくなるのは自然な反応です。しかし、慣れてきた、落ち着いたと思えても、ぐっすり眠れない状態は注意が必要です。ご自身の睡眠のふり返りには以下の項目を確認して下さい。



■過去1ヶ月間に少なくとも週3回以上 以下のようなことがありましたか？

0 全くない	1 少しある	2 かなりある	3 非常にあり／ほとんど眠れなかった	
いつもより寝つき(布団に入ってから眠るまで)に時間がかかる	0	1	2	3
夜間、睡眠中に目が覚める	0	1	2	3
希望する起床時刻より早く目覚め、それ以上眠れない	0	1	2	3
総睡眠時間の不足	0	1	2	3
全体的な睡眠の質への不満	0	1	2	3
日中の気分(いつもより気が滅入る)	0	1	2	3
日中の活動(身体的・精神的)が低下する	0	1	2	3
日中の眠気がある	0	1	2	3

選択した数字を合計します
合計得点が... 点



0～3点：不眠の心配はありません
4～5点：注意が必要な不眠です
6点以上：強い不眠が疑われます 専門家に相談が必要です

気持ちのふり返り

様々な負担が重なる時、いつもとは違う不快な気持ち＝心理的ストレスを感じます。こうした気持ちは自然な反応ですが、仕事や家事等が手につかなくなることもあります。心理的ストレスの強さを以下の項目で確認して下さい。



■過去30日間に以下のように感じたことがありましたか？

0 全くない	1 少しだけ	2 ときどき	3 たい	4 いつも	
神経過敏だ	0	1	2	3	4
絶望的だ	0	1	2	3	4
気分が沈みこんで、何が起ころとも気が晴れない	0	1	2	3	4
何をするのも骨折りだ	0	1	2	3	4
自分は価値のない人間だ	0	1	2	3	4

選択した数字を合計します
合計得点が... 点



0～2点：自然な反応です
3～8点：注意が必要です
9～12点：強い心理的ストレスです
13点以上：専門家に相談が必要です

飲み過ぎに注意

心配・不安な状況は、知らず知らず飲み過ぎてしまいがちです。飲み過ぎていないか、以下の項目を確認して下さい。



0 飲まない	1 ～月に1回	2 月に2～4回
3 週に2～3回	4 週に4回～	

■飲酒するときは通常どのくらいの量を飲みますか

0 1～2単位	1 3～4単位	2 5～6単位
3 7～9単位	4 10単位～	

■1度に6単位以上の飲酒はどのくらいありますか

0 ない	1 年に数回	2 月に1度
3 週に1度	4 ほぼ毎日	

選択した数字を合計します
合計得点が... 点

合計得点が...

男性 6点以上	危険な飲酒です
女性 4点以上	危険な飲酒です

※1単位＝純アルコール10g

種類	量	単位
日本酒	1合	2単位
ビール	350ml	2単位
チューハイ	350ml (7%)	2単位
焼酎	各杯	2単位
ウイスキー	1ショット	1単位
ワイン	1杯	2単位
葡萄酒	1台	2単位

危険な飲酒の影響

うつ病・アルコール依存症 攻撃性・非合理的行動...
頭痛が心・口唇が心
発熱力の低下・貧血 心不全・乳がん...
肝臓病・肺炎・凍瘡

楽しく飲むには

- ◆空腹時は飲まない
- ◆食事と一緒に飲む
- ◆強いお酒は薄める
- ◆時間を決めて飲む
- ◆寝る前に飲まない
- ◆飲まない日を作る

災害時に労働者の心の健康を守る セルフケア支援

災害時には、多くの労働者に一時的な不調が表れますが、対象を適切に絞った支援が求められます。既往歴があると、災害等の劇的な変化により、再発、再燃の危険性が高まります。また、家族や友人、家財等を失う深刻な喪失体験のある労働者は重篤な急性ストレス反応が生じる場合があります。さらに、単独での作業や入職・異動の直後のために、同僚との接点に限られ、孤立する可能性があります。孤立による社会的支援の不足は、疲労や精神障害のリスク要因となります。こうした孤立は不安定な雇用によっても生じる場合があります。将来への不安や利用できる事業場内の資源の制約等とあいまって、健康障害のリスクとなります。まずは、平時に把握していたハイリスクな労働者のアセスメントと相談窓口の周知徹底が求められます。

心配な労働者には、支援の要否やニーズを判断するためのアセスメントが必要です。仕事に支障が及ぶ可能性のある混乱や落ち込み等の気分の変化や飲酒、喫煙、睡眠、服薬等の生活習慣の変化は、支援の要否を左右します。非常時には、平時と異なる作業が想定され、職場の社会的支援の変化も確認することが重要です。また、事故等の当事者に向けられる非難や中傷は強い心理的ストレスのリスク要因になります。限られた時間で、要点を絞った聴取に加えて、継続的に観察することが必要です。

労働者のニーズに基づいた現実的な支援が必要です。混乱や動揺が著しく、仕事を思うように進められない労働者には「安定化」と呼ばれる技法が有効です。また、睡眠、飲酒等の生活習慣の変化には、睡眠衛生指導や節酒を促す保健指導等による簡便な支援が必要です。状態に応じて、受診を促すことはもとより、職場での報告や連絡、相談に加えて、フライングでの家族や友人との会話等、人とのつながりを意識して強める工夫を促すことも重要です。労働者のニーズを整理し、段階的に支援を提供することが求められます。

持続可能な支援体制と外部からの支援体制を整備することが求められます。多くの支援は、手短でも、ニーズに応じて段階的に続けることが必要です。急激かつ重点的な支援により、支援者が疲弊しないよう、支援者の休息を確保し、記録や報告の方法の整理から負担の軽減を図り、持続可能な体制をつくります。また、積極的に活用できる外部の支援を把握・整理することも重要です。

資料2 産業保健スタッフ向け災害産業精神保健の留意事項

ハイリスクな労働者の条件	アセスメントが必要な内容	要支援者への段階的な支援
既往歴	混乱・沈鬱	安定化
喪失体験	睡眠・休息	睡眠衛生
異動直後	生活習慣	相談勧奨
単独作業	社会的支援	保健指導
非正規雇用	ステイグマ	受診勧奨

持続的な支援体制の確保

支援者等の交替勤務の整備と休息の確保
外部の支援機関の活用と受援体制の確保
支援記録と活動報告の方法・様式を統一