

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

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、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、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。

労働者向けリーフレットには、各企業・事業場の体制に応じた相談窓口を追記する必要がある。必ずしも災害時に即席で使用できるわけではない。平時から、災害時の相談窓口を整備し、リーフレットに最新の情報を記入する必要がある。また、災害時の心身の反応は、発災後に周知することはもとより、発災前から、災害等の生命を脅かされる出来事を体験した後の一般的な反応を啓発するとともに、セルフチェック及びセルフケアの方法を教育研修により定期的に確認、訓練することが望ましい。

被災事業場の産業保健スタッフも、災害時には被災者であり、持続可能な産業保健活動を展開するためにも、災害時の支援方法を整理する必要がある。産業保健スタッフ自身の疲弊を防ぐセルフケアは、率先して実践されることが望ましい。そのためにも、実現可能な対策を平時から整理し、過重労働を防止するとともに、事業場外資源の積極的な活用を前提とした受援体制を検討することが必要である。また、災害の種類や被災状況に応じて活用可能な ICT 等による効率化も、平時における体制整備の重要な課題の一つである。

A. 研究目的

大規模自然災害に加えて、新興・再興感染症の流行等の特殊災害も含めて、災害下の労働者等の心理的反応には一定の共通点が見受けられる。災害時には、抑うつ、悲嘆、不眠、怒り・イライラ等の共通する心理的反応に加えて、飲酒・喫煙等の生活習慣の変化が認められる。これらの反応は、平時からの

啓発とともに、事後措置を伴うスクリーニング等の体制整備にも限界が発災時には、セルフチェックに基づく自発的相談の周知と促進も必要である。

災害、事故、事件、暴力等の心的外傷体験に対する緊急支援は、実践的に有用な手法が提案されているが、大規模自然災害時は、産業保健スタッフ等の支援者も被災者であ

り、事業場内で展開する活動についても、平時から整理し、災害下での疲弊と過重労働の防止を考慮することが欠かせない。また、必要な支援等を過不足なく展開するために、事業場外資源の確保と積極的な活用も検討が望まれる。

本研究では、昨年度までに収集した知見から、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、受援体制について整理することを目的とする。

## B. 研究方法

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) 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)(1)。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(1)。

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(2, 3)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。

### 2) 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フも、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・画一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

### 1) 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(4-8)。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) (9)、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 (10)、危険な飲酒習慣を評価する AUDIT-C (11) 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発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(7)。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(4, 5, 7)。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

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(4-8)と中長期に及ぶ健康影響が懸念されるスティグマ(13)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。

## E. 結論

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. American Psychiatric A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc; 2013.
2. 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.
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. 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.
5. 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.

6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.

11. 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.

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. 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.

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

15. 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).

16. 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.

17. 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.

18. 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>.

19. 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>.

20. 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.

21. 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.

表 1 : DSM-V (1) 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
-

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こると、**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】  
【ピクッとくる】
- 罪悪感・恥ずかしい  
【助かった／助けられたことが甲斐ない／助すかしい】
- 混乱、ぼんやりする など  
【気持ちが悪くなったように何も感じない】  
【現実感がでない】  
【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た時間が大切です

**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せず、すぐに表現してみます

**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話し助けを求める

**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**  
発信元や根拠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 非常にある/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
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	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
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
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

危険な飲酒です  
男性6点以上  
女性4点以上

※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

### 楽しい飲むには

- ◆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

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・めまい・口乾・心
- 発熱力の低下・貧血
- 心不全・乳がん...
- 肝臓病・肺炎・凍瘡

# 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