

- symptoms on suicidal ideation among U.S. Vietnam-era and Afghanistan/Iraq-era veterans with posttraumatic stress disorder. *J. Trauma. Stress.* 2012 Oct;25(5):578–82.
- Raabe FJ, Spengler D. Epigenetic Risk Factors in PTSD and Depression. *Front Psychiatry.* 2013;4:80.
- Richardson JD, Contractor AA, Armour C, St Cyr K, Elhai JD, Sareen J. Predictors of long-term treatment outcome in combat and peacekeeping veterans with military-related PTSD. *J Clin Psychiatry.* 2014 Nov;75(11):e1299–305.
- Sharp S, Thomas C, Rosenberg L, Rosenberg M, Meyer W 3rd. Propranolol does not reduce risk for acute stress disorder in pediatric burn trauma. *J. Trauma.* 2010 Jan;68(1):193–7.
- Simeon D, Knutelska M, Smith L, Baker BR, Hollander E. A preliminary study of cortisol and norepinephrine reactivity to psychosocial stress in borderline personality disorder with high and low dissociation. *Psychiatry Res.* 2007 Jan 15;149(1-3):177–84.
- Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst. Rev.* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cited 2013 Apr 15]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002795.pub2/abstract>
- Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry.* 2013 Oct;170(10):1114–33.
- The International Psychopharmacology Algorithm Project [Internet]. Available from: <http://www.ipap.org/>
- Trickett PK, Noll JG, Susman EJ, Shenk CE, Putnam FW. Attenuation of cortisol across development for victims of sexual abuse. *Dev Psychopathol.* 2010;22(1):165–75.
- Usami M, Iwadare Y, Watanabe K, Kodaira M, Ushijima H, Tanaka T, et al. Decrease in the traumatic symptoms observed in child survivors within three years of the 2011 Japan earthquake and tsunami. *PloS One.* 2014;9(10):e110898.
- Wong, J.Y.H., Fong, D.Y.T., Tiwari, A.(2012) Depression in Women Experiencing Intimate Partner Violence., in *Essential Notes in Psychiatry* edited by Victor Olisah, InTech, 2012
- Yehuda R. Biology of posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 2000;61

Suppl 7:14–21.

Yehuda R. Biology of posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 2001;62 Suppl 17:41–6.

Zannas AS, Binder EB. Gene-environment interactions at the FKBP5 locus: sensitive periods, mechanisms and pleiotropism. *Genes Brain Behav.* 2014 Jan;13(1):25–37.

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
分担研究報告書

軽症うつ病に対する認知行動療法プログラムの開発

分担研究者：大野裕

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

研究趣旨：本研究の目的は、災害後のうつ病予防のための簡易型認知行動療法教育プログラムを開発して、被災地に適応することである。本研究班では、平成 24 年度には被災 3 県の地域支援者が求めるニーズを把握し、簡易型認知行動療法教育プログラム案を作成した。平成 25 年度には東北大学やみやぎ心のケアセンター、ふくしま心のケアセンター等と協働して同プログラムを他地域において展開する試みを実施した。最終年度は、このプログラムの導入を希望する地域を募り、福島県楢葉町の協力を得て本プログラムを展開した。本研究期間に、4つのボランティア研修、6つの市民向け研修、4つのスタッフ向け研修を実施した他、地域でのボランティア活動が活発化するような支援を行った。その他、他地域でも同プログラムが実施できるように、簡易型認知行動療法教育プログラムの教材作成を行った。

研究協力者

田島美幸 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

佐藤由理 女川町保健センター健康福祉課健康対策係

玉根幸恵 福島県楢葉町住民福祉課

多田芳江 公益社団法人福島県看護協会

松本和紀 東北大学医学系研究科 予防精神医学寄附講座

上田一気 東北大学医学系研究科 精神神経学分野

A. 研究目的

本研究の目的は、被災地での亜症候性の抑うつ症状に対する支援者向けマニュアルや教育資材等を作成し、地域支援者への教育を行うことでその普及を図ることである。

B. 研究方法

われわれは、平成 23 年 7 月より宮城県女川町において、地域保健を基盤にしたこころのケア体制の整備や、その活動を支える医療保健福祉関連の支援者に対する認知行動療法のスキル研修の提供、また、傾聴ボランティアの育成にあたってきた。その経験を踏まえて、平成 24 年度には、被災地における簡易版認知行動療法プログラム案を作成し、関連の教育資材を作成した。また、平成 25 年度には、女川町でのボランティア育成研修に加えて、女川町民を対象とした市民向け講演会を実施した。また、他機関と協働して同プログラムを他地域においても展開した。さらに、平成 26 年度は、女川町でのボランティア育成研修に加えて、保健スタッフが簡易版認知行動療法を地域で展開できるように、スタッフ向けの勉強会

を実施した。また、このプログラムの導入を希望する地域を募り、プログラム展開に協力した。

C. 研究結果

3年間の活動内容の詳細は、表1に示した通りである。

【平成24年度】

平成24年度は、①ボランティア育成研修（女川町）、②東北大学やみやぎ心のケアセンターとの協働によるスタッフ研修、③簡易型認知行動療法教育プログラムの教材作成を実施した。

①ボランティア育成研修

宮城県女川町は、東日本大震災によって約1割の住民が死亡ないしは行方不明となり、家屋の約75%が半壊ないしは全壊し、人口は2割弱減少した。住民の大多数が何らかの精神的影響を受けて生活をしている現状において、住民同士の目線活かしたソーシャルネットワークの構築を目的に、「聴き上手ボランティア」の養成研修を行った（研修の詳細は表1に示す）。研修は6回で構成し、延べ117名の参加を得た。

②東北大学やみやぎ心のケアセンターとの協働によるスタッフ研修

東北大学・みやぎ心のケアセンターでは、一次予防の観点から認知行動療法の基本的な考え方やスキルを伝え、日常生活の中でのストレスケアについて学んでもらうことを目的とした研修を企画していた。そこで、われわれが実施する簡易版認知行動療法研修プログラムを提供し、被災地域向けの研

修プログラムの作成に協働した。

被災地域の住民を対象とする前に、まずは、認知療法・認知行動療法に関心を持つ保健師および関係機関職員を対象にプログラムを試行することにし、東北大学の上田一気先生、松本和紀先生らを中心として「こころのエクササイズ研修」が実施された（研修の詳細は表1に示す）。

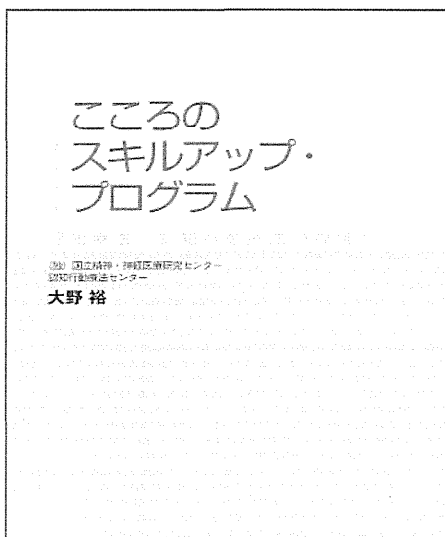
③簡易型認知行動療法教育プログラムの教材作成

東日本大震災の被災地支援にあたっては、被災者数が膨大な数に上ることから、専門家による支援に加えて、住民自体のセルフヘルプの活用が重要となる。そこで、認知行動療法を活用したセルフヘルプ教材として小冊子「こころのスキルアップトレーニング 認知療法・認知行動療法のスキルを学ぶ」を作成した。小冊子は2部構成となっており、第1部では認知行動療法の基本的な考え方を解説し、漫画を用いて誰にでも分かりやすいようにストレス対処に活かす認知行動療法について紹介した。



また、女川での取り組みを参考に、教育

資料「こころのスキルアップ・プログラム 認知療法・認知行動療法の視点から」を作成した。本教材は、同研修を行う際のパワーポイントを付属のCD-ROMに収め、パワーポイントの解説方法を分かりやすく示したものである。



これらの小冊子・教育資料は、東日本大震災被災地の住民向け研修および講演会の際に配付したり、各関連施設・団体に送付して普及啓発や研修実施時に役立ててもらった。

【平成 25 年度】

平成 25 年度は、①ボランティア育成研修（女川町）、②市民向け研修、③ボランティア活動の支援、④簡易型認知行動療法教育プログラムの教材作成 を実施した。

①ボランティア育成研修

昨年度に引き続き、女川町でボランティア育成を行った。平成 25 年度は「聴き上手ボランティア」を単独で行うのではなく、「遊びリレーションリーダー」「認知症サポーター」など、他のボランティア養成研修

で扱う内容を包括的に学べる「健康づくりリーダー育成研修（全 9 回）」を行うことにした（研修の詳細は表 1 に示す）。

②市民向け研修

女川町民を対象とした認知行動療法の基礎を学ぶことを目的とした講演会「老若男女女川町民のためのこころのエクササイズ」を実施した。講演会の実施にあたっては、町報で研修会の周知を行うとともに、認知行動療法について解説した小冊子をチラシと共に全戸配付して、講演会の内容に関心を持ってもらうように工夫した。また、午後の部と夜の部を開催し、さまざまな年齢層の方に受講していただけるように配慮した。午後の部の参加者は 39 名、夜の部の参加者は 29 名であった。

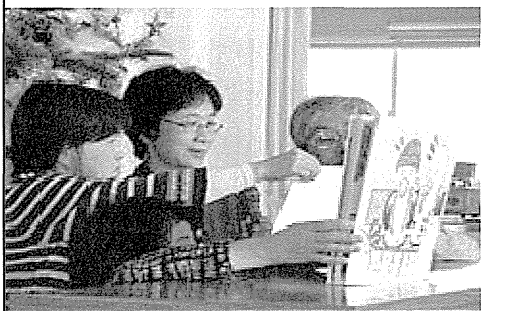
また、宮城県岩沼市、仙台市、太白区では、東北大学の上田一気先生、松本和紀先生らが中心となって市民向けの「こころのエクササイズ研修」が実施され、分担研究者らが共催した。

また、ふくしま心のケアセンター（加須駐在）の職員から、加須市内に避難中の福島県民、および、加須市内を除く埼玉県内に避難中の福島県双葉町民を対象として、認知行動療法を用いたうつ病予防のプログラムと茶話会形式のサロン活動の展開をしたいという相談があった。そこで、分担研究者が行う女川町での活動に同行してもらった後、同センター職員が中心となって、社会福祉協議会職員を対象にデモンストレーションを実施し、その後、プログラム改訂を行って、加須市内に避難中の双葉町民を対象にした研修を試みた（各研修の詳細は表 1 に示す）。

③ボランティア活動の支援

平成 23 年度から実施した「聴き上手ボランティア研修」の修了生たちが中心となって、仮設住宅内の集会所などで「お茶っこ飲み会」を行った（活動の詳細は表 1 に示す）。「お茶っこ飲み会」は、女川町内の仮設住宅集会所で実施した他、出島の島民を対象に実施したり、仙台市に移住しているみなし仮設入居者等を対象にも実施した。

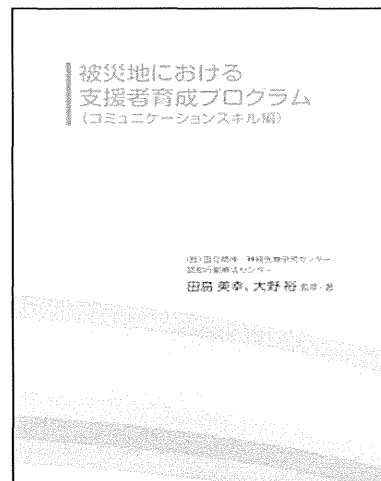
お茶っこ飲み会では、こころの健康に関する講話の他、傾聴ボランティアが中心となって、うつ病の啓発紙芝居『海猫太郎』を女川方言で作成して披露したり、ハーモニカに合わせて歌を歌ったり、大漁旗で服を作り踊りを披露したり、手作りのお菓子を食べて談笑し合うなど、楽しいひとときを過ごす場を提供した。



④簡易型認知行動療法教育プログラムの

教材作成

平成 25 年度は、教育資料として「被災地における支援者育成プログラム～コミュニケーションスキル編～」を作成した。本教材は、被災地域で支援を行う際に、相手と良好な関係を築き、話をきちんと聞く（傾聴）ための研修方法を示したものである。研修のねらい、研修時間の目安、必要な備品・教材、研修の流れや内容を説明し、具体的な研修の進め方を解説し、演習を行う際のパワーポイント（映写用・配付用）、ワークシート等も付属の CD-ROM に収めて、広く活用してもらえるように努めた。



【平成 26 年度】

平成 26 年度は、①ボランティア育成研修（女川町）、②市民向け研修、③スタッフ向け研修、を実施した。

①ボランティア育成研修

平成 26 年春に新設された災害復興公営住宅「女川町運動公園住宅」において聴き上手ボランティア育成研修を行った（研修の詳細は表 1 に示す）。公営住宅に移住して 3 ヶ月程度が経過しても、住宅内の住民同

士の交流が少なく、身近な人とコミュニケーションを図る場を求めて本研修に参加した人が多い様子であったため、聴き上手ボランティアが2014年8月5日に同地区で「お茶っこ飲み会」を開催し、住民同士の相互交流の促進を図った。



②市民向け研修

東北大学の上田一気先生、松本和紀先生らが中心となって、宮城県石巻市で市民向けの「こころのエクササイズ研修」が実施され、分担研究者らが共催した。

③スタッフ向け研修

福島県楡葉町は、東日本大震災直後から東京電力福島第一原発事故の影響で全町避難を実施しているが、2015年4月以降の帰町計画が進んでいる。このような実情を踏まえて、福島県楡葉町住民福祉課の保健師等から、帰町後の町民のこころの健康をサポートする支援員の育成に簡易版認知行動療法プログラムを導入したいという依頼を受けた。そこで、心身の健康を維持しながら町民が生活できること、また、町民の誰もが心と体の健康づくりを支援する担い手になることを目的に、簡易型認知行動療法教育プログラム「支援者のための心の健康サポート研修会」を企画することにした。研修会は計4回で構成し、社会福祉協議会職員、町村保健師、看護師、こころのケアセンター職員などの専門家の他、民生児童委員、食生活改善委員、生き生き健康大学修了者、各種サークルリーダー、健康づく

り事業修了者など、幅広い層を研修対象として実施した。

また、女川町では、町民に対して保健スタッフが簡易型認知行動療法教育プログラムを行えるようになることを目的に、保健師、精神保健福祉士、栄養士等を対象にした認知行動療法の勉強会を開催した（各研修の詳細は表1に示す）

D.考察

本研究班では、平成24年度には被災3県の地域支援者が求めるニーズを把握して、簡易型認知行動療法教育プログラム案を作成した。翌年度は東北大学やみやぎ心のケアセンター、ふくしま心のケアセンター等と協働して同プログラムを他地域において展開する試みを実施した。最終年度は、このプログラムの導入を希望する地域を募り、福島県楡葉町へ帰町後の町民のメンタルヘルスを支える支援員の育成研修として、本プログラムを導入した。これらの活動を通して、4つのボランティア研修、6つの市民向け研修、4つのスタッフ向け研修を実施した。

また、簡易型認知行動療法教育プログラムの教育資材として、小冊子と2冊の研修マテリアルを作成した。教材にはパワーポイント教材等を収めたCD-ROMを付属し、他地域でも本教育資材を用いて簡便に研修が行えるように工夫した。

分担研究者らが作成した簡易版認知行動療法プログラムは、宮城、福島両県において、各被災地域の実情に合ったスタイルで導入されていった。また、岩手県では、既に岩手医科大学や岩手県こころのケアセンターが認知行動療法を活用した研修が既に実施されていたが、簡易版認知行動療法プ

ログラム教育資材を現場でも活用して、町民向け、スタッフ向けのさまざまな研修が展開した旨の報告を受けた。

被災地では震災後 3 年半が経過し、これまで居住してきた仮設住宅を離れて災害復興公営住宅へ移ったり、新たな土地で居を構えるなど、これまで培ってきた仮設住宅でのコミュニティを失い、新たなコミュニティを再編する必要に迫られる時期に移行している。このような過渡期にあって、支援にあたる専門職自身も、今後、自分たちの町でどのような支援活動を行えばよいかを模索している状態にある。

本研究班では、3 年をかけて簡易型認知行動療法という手法を用いて地域の支援員やボランティア育成、町民向け、スタッフ向けの研修を行ってきた。これらの研修の企画・運営実施を通して、認知行動療法のスキルを学び日頃のストレス対処や身近な人との付き合い方に活かしてもらうだけでなく、地域の保健スタッフと町民とが、自分の地域のメンタルヘルス活動をどのように進めたいのかを共に考える機会になったといえる。

E. 結論

本研究班では、災害後のうつ病予防のための簡易型認知行動療法教育プログラムを開発し、関連の教育資材を作成した。また、この簡易型認知行動療法教育プログラムは、一般市民向け、ボランティア育成向け、スタッフ向けの研修など、各地域のニーズに合わせた形で被災地域に展開することができた。

F. 研究発表

1. 論文発表

- ① 平山史子、宮川暁子、粕屋祐子、横井淳子、高橋文子、佐藤由理、木村るみ子、菅原諭子：女川町地域保健再構築に向けた取り組み、精神科臨床サービス、12、190-194、2012
- ② 大野裕・田島美幸 地域社会がストレス科学に求めるもの～認知療法・認知行動療法の立場から～、ストレス科学、Vol.28 No.2、P.1-10、2013
- ③ 大野裕：地域の絆と心理臨床家、帝京平成大学大学院臨床心理センター紀要、第 2 巻、5-7 2013
- ④ 大野裕・金吉晴・大塚耕太郎・松本和紀・田島美幸、災害支援、認知療法研究、Vol.6(2) 2013
- ⑤ 秋山剛・萱間真美・大野裕・川上憲人、福島プロジェクト—放射線ストレスへの心理支援—、学術の動向、1(19)、P.75-78. 2014.

2. 学会発表

- ① 大野裕：シンポジウム；地域社会がストレス科学に求めるもの～認知療法・認知行動療法の立場から、第 28 回日本ストレス学会学術総会、札幌市、2012
- ② 大野裕、坂野雄二：会長会談；地域医療におけるうつ病予防と認知行動療法、第 28 回日本ストレス学会学術総会、札幌市、2012
- ③ 大野裕：地域の絆作りに活かす認知療法・認知行動療法、帝京平成大学臨床心理専門職大学院シンポジウム、東京都、2012
- ④ 田島美幸：大会企画シンポジウム；災害後支援、宮城県女川町こころと

からだとくらしのケア体制における人材育成～認知行動療法を用いた研修～、第12回日本認知療法学会、東京、2012

- ⑤ 田島美幸・坂本友香・堀越勝・大野裕：一般市民を対象とした認知行動療法研修の開発・運営について、第12回日本認知療法学会、東京、2012

- ⑥ 大野裕・大塚耕太郎・佐藤由理・岩淵恵子・女川町聴き上手ボランティア：岩手県こころのケアセンター・朝日新聞厚生文化事業団主催「うつ病の予防と早期発見」～深い喪失への支援を被災地に学ぶ～、岩手、2014

- ⑦ 大野裕・佐久間啓・佐藤由理・女川町聴き上手ボランティア：朝日新聞厚生文化事業団主催「うつ病の予防と早期発見」～深い喪失への支援を被災地に学ぶ～、東京、2014

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

【表1 軽症うつ病に対する認知行動療法プログラムの開発 研究班の平成24～26年度の活動内容一覧】

	ボランティア養成研修	市民向け研修	スタッフ研修	ボランティア活動支援	教材の作成
平成24年度	<p>研修名: 志き上手ボランティア研修 総数: 6回 期間: 13:00～15:30 場所: 安川町保健センター会議室 参加者数: 第1回13名、第2回26名、第3回16名、第4回23名、第5回18名、第6回27名 講師: 大野裕、田島美幸、夏梅明美(12/13回時) 主催: 安川町保健センター健康福祉課</p>		<p>研修名: こころのエクササイズ研修(職員対象) 総数: 4回 期間: 13:30～15:00 場所: 若沼市総合福祉センターあひづら大会議室 参加者数: 19名(14-25名) 講師: 上田一貴、田島美幸(2/9回時) 協力・後援: 若沼市役所 健康福祉部 健康推進課 共催: 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター</p>		<p>小冊子: こころのスキルアップトレーニング 認知療法-認知行動療法のスキルを学ぶ 教材: こころのスキルアッププログラム 認知療法-認知行動療法の視点から</p>
平成25年度	<p>研修名: 安川町 健康づくりリーダー養成研修 総数: 6回 期間: 10:00～12:00 場所: 若沼市立公民館 参加者数: 第1回17名、第2回19名、第3回11名(志き上手研修は2回) 講師: 大野裕、田島美幸 主催: 安川町保健センター健康福祉課</p>	<p>研修名: 若狭男女市民のためのこころのエクササイズ 総数: 2回 期間: 7月17日 ①13:30～15:30、②18:30～20:00 場所: 安川町保健福祉センター 参加者数: 103名、229名 講師: 大野裕 主催: 安川町保健センター健康福祉課</p>	<p>若狭男女市民では、社会福祉協議会職員らを対象に、市民向け研修の予備トレーニングを実施(7/1) 講師: 若狭町地支所駐在ふくしま心のケアセンター田中康平、渡邊正道</p>	<p>【お茶っこ飲み会】 日時: 7月17日 10:00～11:30 場所: 石巻ハイスク 集会所 講師: 大野裕 対象: 石巻ハイスク施設宅の町民(11名) 協力: 志き上手ボランティア 主催: 安川町保健センター健康福祉課</p>	<p>教材: 被災地における支援者養成プログラム-コミュニケーション編-</p>
		<p>研修名: こころのエクササイズ研修(若沼市) 総数: 6回 期間: 13:30～15:00 場所: 若沼市総合福祉センターあひづら 大会議室 参加者数: 19名(9-16名) 講師: 上田一貴 協力・後援: 若沼市役所 健康福祉部 健康推進課 共催: 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター</p>		<p>【お茶っこ飲み会】 日時: 9月27日 14:00～15:00 場所: 若狭福祉会館 講師: 大野裕 講師: こころのケア推進員 対象: 若狭福祉会館の民 協力: 志き上手ボランティア 主催: 安川町保健センター健康福祉課</p>	
		<p>研修名: こころのエクササイズ研修(仙台市) 総数: 6回 期間: 13:30～15:00 場所: 仙台市東区HAMO55(ホームズファイン)会議室 参加者数: 19名(11-19名) 講師: 上田一貴 協力・後援: 仙台市精神保健福祉センター(はあとぴーと)及び、おまほ仙台市青葉区、宮城野区、若林区、太白区、東区の家康福祉課 共催: 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター</p>		<p>【みなし役所入居者サポートラウンドーモ】 日時: 11月20日 13:00～15:00 場所: 仙台市東区役所 講師: 大野裕 講師: 健康福祉課 対象: 仙台市みなし入居入居者、その他(21名) 協力: 志き上手ボランティア 主催: 安川町保健センター健康福祉課</p>	
		<p>研修名: こころのエクササイズ研修(太白区) 総数: 6回 期間: 13:30～15:00 場所: 太白区中央市民センター会議室 参加者数: 14名(13-16名) 講師: 上田一貴 協力・後援: 太白区の家庭福祉課 共催: 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター</p>		<p>【お茶っこ飲み会】 日時: 7月12日 ①10:00～11:30 ②14:30～15:30 講師: 若狭福祉会館 講師: 大野裕、田島美幸 講師: 自分自身から理解するには-こころも身体も健康に-高次事務室のためには 対象: 出席者(1)出席10名、(2)時間11名 協力: 志き上手ボランティア 主催: 安川町保健センター健康福祉課</p>	
平成25年度		<p>若狭男女市民では、加療在住の双葉町民を対象に研修を実施(10/29)。 内容: 認知行動療法の解説、OTボランティアの協力を得て保健福祉会実施 講師: 若狭町地支所駐在ふくしま心のケアセンター田中康平、渡邊正道</p>			
平成26年度	<p>研修名: 安川町こころのケア「志き上手研修会」 総数: 5回 期間: 10:00～12:00 場所: 運動公園住宅 参加者数: 第1回26名、第2回20名、第3回21名(第4、5回は予定未定) 講師: 大野裕、田島美幸 主催: 安川町保健センター健康福祉課</p>	<p>研修名: こころのエクササイズ研修(石巻市) 総数: 6回 期間: 13:30～15:00 場所: 保健福祉センター 会議室 参加者数: 32名(29-41名) 講師: 上田一貴 協力・後援: 石巻市健康福祉推進課、からこまステーション、こころのケアセンター若狭01E 共催: 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター</p>	<p>研修名: 認知行動療法の勉強会 総数: 4回 期間: 13:30～15:00 場所: 安川町保健センター 講師: 大野裕 参加者: 安川町保健センターの保健師、精神保健福祉士、栄養士等</p>		
			<p>研修名: いっつの間に仲間を元気にする働きかー心の健康サポート研修会 総数: 4回 期間: 13:30～16:00 対象: 身辺人を入会したい想う方、民生児童委員、食生活改善委員、若狭市健康増進会理事等、研修サークルリーダー、健康づくり推進員等、社会福祉協議会職員、町民保健師、看護士、こころのケアセンター職員等 参加者数: 第1回77名、第2回45名、第3回38名(第4回は今後実施予定)</p>		

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松岡洋夫	災害時の精神科医：対応と今後の医療に向けて	鴻池 治、久道 茂（編）	今を生きる－東日本大震災 復興と再生への提言－ シリーズ4 医療と福祉	東北大学出版会	仙台	2013	107-120
小西聖子、丹羽真一、細谷光亮、大津留晶	震災と原発事故、こころの健康にどう向き合っているか	福島県立医科大学附属病院被ばく医療班（編）	放射線災害と向き合っている－福島に生きる医療者からのメッセージ	ライフサイエンス出版	東京	2013	189-208
		松本和紀、松岡洋夫（編）	東日本大震災の精神医療における被災とその対応－宮城県の直後期から急性期を振り返る－	東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座	仙台	2014	全185頁

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
松本和紀、小原聡子、林 みづ穂、原敬造、白澤英勝	東日本大震災における宮城県の精神科医の活動	精神医学	55(4)	391-400	2013
大塚耕太郎、酒井明夫、中村 光、赤平美津子、富沢秀光、佐藤瑠美子、小久保ゆみ、大杉美和子、齊藤多佳子、岩戸孝政、岩戸清香	東日本大震災以後の岩手医科大学におけるこころのケア活動について	精神医学	55(3)	297-302	2013
丹羽真一	東日本大震災・福島第一原発事故と精神科医の役割 第1回	精神医学	55	89-91	2013
丹羽真一	東日本大震災・福島第一原発事故による避難生活と睡眠障害	Clinical Neuroscience	31(2)	238	2013
松岡洋夫	精神保健医療福祉の中長期計画－宮城県の場合－	精神神経学雑誌	114(3)	218-222	2012
松本和紀	東日本大震災における精神保健医療・宮城での経験から	治療の聲	13(1)	77-84	2012
松本和紀、佐久間 篤、上田一気	大規模災害後のうつ病	内科	110(6)	1085-1089	2012
松本和紀	被災者のメンタルヘルスケア	日本医師会雑誌	141(1)	56-60	2012
高橋葉子、松本和紀	東日本大震災におけるトラウマ	こころの科学	165	50-55	2012

富田博秋、鈴木大輔	災害によるPTSDの疫学とリスクファクター	Pharma Medica	30(12)	13-17	2012
高橋葉子	震災から半年後の宮城県気仙沼市で行った研修：「災害後の看護師の心のケア」の概要	日本精神保健看護学雑誌	21(1)	23-27	2012
高橋葉子	東日本大震災における中長期支援の課題：被災地看護支援に焦点をあてて	日本精神保健看護学雑誌	21(2)	100-1001	2012
高橋葉子	東日本大震災の支援者支援：支援者であり被災者である人達を支えるということ	精神医療	67	114-120	2012
丹羽真一	福島原発事故	日社精医誌	21(2)	195-200	2012
三浦 至、和田 明、板垣俊太郎、矢部博興、丹羽真一、福島県精神科医療施設合同調査グループ	福島県における震災ストレスと不安・抑うつ -精神科外来における新患調査から-	臨床精神医学	41(9)	1137-11142	2012
和田 明、高橋高人、矢部博興、丹羽真一	福島県における震災・原発事故後の精神科医療	精神科診断学	5(1)	77-80	2012
Y Kunii, A Wada, J Matsumoto, H Yabe, and S Niwa	Worsening of Manic State in Patients with Bipolar I Disorder Following the Fukushima Disaster.	Psychiatry Clin Neurosci	66(7)	622-623	2012
丹羽真一	災害ストレスとPTSD; 災害医療の観点から：福島原発事故による災害ストレス反応の特徴	Pharma Medica	30(12)	31-39	2012
丹羽真一	福島第一原子力発電所事故の影響 -避難者のメンタルヘルス-	精神神経学雑誌	116(3)	219-223	2013
Matsumoto J, Kunii Y, Wada A, Mashiko H, Yabe H, Niwa S	Mental disorders that exacerbated due to Fukushima disaster, a complex radioactive contamination disaster	Psychiatry and Clinicl Neurosciences	68	182-187	2014
大塚耕太郎、酒井明夫、中村 光、赤平美津子	東日本大震災後の岩手県沿岸の住民のメンタルヘルス対策について	精神神経学雑誌	115(5)	485-491	2013
松本和紀	宮城県における震災後の精神医療の状況 -震災から1年を経て-	精神神経学雑誌	115(5)	492-498	2013
松本和紀	東日本大震災の直後期と急性期における精神医療と精神保健 -宮城県の状況と支援活動-	精神神経学雑誌	116(3)	175-188	2014

松本和紀	支援者と働く人々のケア —東日本大震災の経験から—	精神医療	72	31-40	2013
松本和紀	東日本大震災における宮城県の 精神科医の活動	精神医学	55(4)	391-400	2013
松本和紀	Mental Health of Disaster Relief Supporters	Japan Medical Association Journal	56(2)	70-72	2013
富田博秋	災害精神医学に関する研究の課題	精神神経学雑誌	116(3)	231-237	2014
船越俊一, 大野高志, 小高晃, 奥山純子, 本多奈美, 井上貴雄, 佐藤祐基, 宮島真貴, 富田博秋, 傳田健三, 松岡洋夫	自然災害の諸要因が高校生の心理 状態に及ぼす影響の検討 —東日本大震災から1年4ヵ月後の 高校生実態調査—	精神神経学雑誌	116(7)	541-554	2014
Tomita H, Ursano RJ	Breakout session 3 summary: psychosocial/mental health concerns and building community	Disaster Med Public Health Prep	8(4)	363-365	2014
内田知宏, 松本和紀, 高橋葉子, 越道理恵, 佐久間篤, 桂雅宏, 佐藤博俊, 上田一気, 松岡洋夫	災害後の精神疾患予防の取り組み	精神神経学雑誌	116(3)	203-208	2014

「今を生きる―東日本大震災 復興と再生への提言―

シリーズ4 医療と福祉（鴻池治、久道茂）」（東北大学出版会）

二〇一三年（二〇七―二二〇頁）

「災害時の精神科医 対応と今後の医療に向けて」

東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野（東北大学病院精神科） 松岡洋夫

東日本大震災は、二〇一一（平成二三）年三月一日に発生したマグニチュード九という未曾有の東北地方太平洋沖地震とその直後の大津波、さらに同年四月七日の強い余震などによる広域の大規模災害であり、死亡者と行方不明者は約二十万人で宮城県はその約六〇%を占める。宮城県の被災地は沿岸部全域にわたるが、被害の程度や質は地域によって大きく異なり、精神科領域に限っても保健医療福祉の被害は質量ともに地域差が大きく（“まだら状格差”）、被害内容は一律ではない。この地域差の問題は均一で画一的な支援を困難にして（B）、急性期（おおよそ被災後数カ月以内）や中期（おおよそ被災後数カ月以降）の支援のみならず、今後の長期（おおよそ被災後一年以内）の復興計画にも複雑な影響を及ぼしている。かつての阪神・淡路大震災（一九九五年一月一七日、マグニチュード七・三）や新潟県中越大地震（二〇〇四年十月二三日、マグニチュード六・八）での経験は重要な情報をもたらしたが、復旧・復興に地域差の大きい今回の広域災害にはそれらの経験がそのまま適用できないという問題がある。さらに政局の混乱も相まって、復興基本法制定やこころのケアセンター設置などは阪神・淡路大震災のときと比べて数カ月の遅れがあり、その他の領域での復旧・復興も大幅に遅れている。本稿では、精神保健医療福祉に関わる東日本大震災の特性と、そこから見えてくる今後の長期的な復興計画の在り方に関して、筆者の所属する東北大学病院精神科（以後、当科）としての視点を中心に述べる。

東日本大震災の特徴―まだら状格差―

マグニチュード九という東北地方太平洋沖地震によって最大震度七を記録した宮城県栗原市（宮城県内陸部）では死者がいなかったことに象徴されるように、人的被害に關しては死者と行方不明者の大半が地震直後に発生した大津波による沿岸部の被害に集中している。直下型の阪神・淡路大震災の比較的均質で局所的な被災状況と比べ、今回の震災は津波による広域災害であり被災状況は質量ともに地域によって多様であった。さらに、福島県では東京電力福島第一原子力発電所の事故も加わり被災状況は複雑化した。

東日本大震災と阪神・淡路大震災を比較してみると、死者・行方不明者は前者が約二十万人で、後者（六五〇〇人弱）の約三倍である。被害総額でみると前者は広域ではある

ものの神戸市のような大都市が含まれていないために後者の二から二・五倍程度である一方、一次産業被害はいくつかの指標でみる一〇〇倍単位の大規模な被害となった。こうした被害の質的相違は、後述するように精神保健医療福祉の被害とそこからの復旧にも影響し、阪神・淡路大震災や新潟県中越大地震のさいの経験から得られた復旧・復興計画がそのまま今回の大震災に適用できないという難しさがある。さらに、宮城県の被災地は沿岸部全域にわたり、被害の程度や質は地域によって大きく異なり、津波被害は精神保健医療福祉にも後述するような「まだら状格差」ともいべき地域差を引き起こした。このため急性期から中期は各被災地固有の状況と復旧ニーズをいかに正確に把握できるかが大きな課題であったが、さらに今後の長期的な復興計画にもこの地域差の視点が極めて重要となっている。

被災の地域差に関わる要因は多様で、(一)行政・精神保健福祉レベル、(二)医療レベル、(三)産業や居住レベル、(四)養育・学校レベル、(五)地域コミュニティレベル、(六)個人レベルと多岐に及んでいる。メンタルヘルスは様々な心理社会的要因の影響を強く受けるため、それぞれのレベルの被害内容は精神保健医療福祉の復旧・復興を考える上で非常に重要な要因である。

例えば、(一)の行政・精神保健福祉のレベルでは、役所、保健所、福祉施設などの建物、人的資源、関連資料、連絡機能の被害の程度によって、従来の精神保健福祉のための訪問活動や相談活動が可能かどうか、福祉施設での対応が可能かどうか、とくに患者を医療機関にどのように繋げられるかという問題が生じた。(二)の医療レベルでは、病院や診療所の医療に必要な建物・資材、人的資源、医薬品、医療機器、カルテなどの被害状況、そして一般診療科と精神科との相互支援機能(たとえば、内科医療機関の被害のためにその通院患者を近隣の精神科医療機関で対応可能かなど、あるいはその逆)などの問題があった。(三)の産業や住居レベルでは、地域特有の産業被害、失業などに伴う経済的問題、避難所、半壊住宅、仮設住宅、見なし仮設住宅などへの転居によって引き起こされる生活環境の変化がストレスとなり精神的に悪影響を及ぼすことが多かった。(四)の養育・学校レベルでは、乳幼児期、小児期、青年期の発達に大きな影響が生じるような養育者、家族、託児所、保育所、学校などの被災状況、転居による交友関係の変化などが重要な問題となった。(五)の地域コミュニティレベルでは、自治会などの機能が、とくに居住環境(避難所、仮設住宅など)の変化の中で維持されているかなどの問題があった。(六)の個人レベルでは、個人の元々の回復力(レジリエンス)や精神疾患への脆弱性(易罹病性)の程度、文化的背景なども重要な要因となった。これらの要因が複雑に絡み、地域や個人ごとに固有の被災の質量を決定し、しかも復旧の時間経過も地域特性(たとえば、復旧を支援する地域からの交通の利便性など)で規定されるために時々刻々と変化し、とくに震災直後の急性期は通信網の崩壊によって情報が混乱し、正確に被災状況を把握することに困難を極めた。

大震災に伴う精神医療被害と支援活動―急性期から中期―

医療施設自体の被害では、入院施設に被害のあった地区の入院患者は県内外の病院に転院を余儀なくされた。宮城県の具体的な被害として、沿岸部の三つの精神科病院は津波による浸水・流失（この三病院で合計二七二名が県内の三八病院、山形県の一〇病院に転院）、比較的内陸部の一精神科病院が地震による一部倒壊の深刻な被害があった。また、沿岸部の八つの診療所が津波による浸水・流失の被害があった。

震災直後には急性発症の精神疾患が多く見られたが、それには医療の供給断絶や居住環境の変化によるストレスの影響が主に関連していた。当初は地元の医療資源では対応が困難で、急性発症の重症患者などは、被災地周辺の被害の比較的小さい病院が対応し、しばらくは入院定員の超過や外来患者の増加が続いた。大きな被害のなかった当科での入院患者も被災後の急性期はその七〇％程度が、震災と関連して発症や再発したもので占められていた。

被災地域での医療活動としては、宮城県内はもとより厚生労働省・宮城県、大学病院、大学精神科などのいくつかのルートで全国各地から精神科医、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士などで構成される数名の心のケアチームが支援に入った。通常は五から七日単位で交代で派遣され、避難所を中心に精神医療救護活動（医療の提供、被災者向けの相談、講話、支援者のストレスケア）を行った。二〇一一年一月時点では、県発表の従事者数は延べ四五〇〇名以上で、一万人以上におよぶ支援活動を行った。メンタルヘルスの相談内容では、不眠、不安・焦燥感、抑うつが大半を占めていた。また、県精神保健福祉センター内にこころの健康相談電話を開設し、一〇〇〇件以上の相談にあたった。また、震災孤児や親族を失った子ども、転校を強いられた子ども、不登校や心身の不調を訴える子どもへの対応は、宮城県子ども総合センターや仙台市精神保健福祉総合センターなどの児童精神科医や臨床心理士が中心となり、子どものこころのケアチームが結成され巡回相談などを行い、さらに学校保健や母子保健に関わる機関と連携して活発な支援活動を行ってきた。

震災直後から被災者の多くは避難所での生活を余儀なくされたが、被災者の適応能力や互助機能がメンタルヘルスに大きく影響した。避難所避難者の解消の時間的推移にも地域差があり、それは人的被害や住宅被害の程度のみならず、支援の質量、支援を行う地域から被災地までの距離などの要因が大きく関与していた。その後、避難所は解消され、それに代わり仮設住宅が宮城県では約四〇〇団地（約二万戸）設置されたが、被災地域単位での移動が少なかった宮城県では、団地での自治体組織率が平均で五〇％程度と低く（福島県は被災地単位での移動が多く組織率は九〇％程度）、とくに都市部被災地の仮設住宅での組織率が極端に低く、県内の地域によって三倍程度の格差が生じた。この格差は互助機能に大きく影響し、阪神・淡路大震災のときに問題となった孤立や孤独死などが長期的に懸念されている。また、沿岸部の漁村などでは昔から「結い（ゆい）」というコミュニティの固い結束が知られているが、これによって逆に逆境に対して過剰

に適応、忍耐することによってメンタルヘルスの問題が見えにくくなるという問題もある。こうした東北地方の特有の気質（文化）は、“*gaman*（がまん）”として米国精神医学会のニュースで紹介された（2）。

震災に伴うこころの問題（二）

被災者のこころの変化とその回復過程は、被災直後の茫然自失期に始まり、英雄期（ハネムーン期）、幻滅期を経て再建期へと立ち直っていくと一般的にいわれている。震災直後は事の圧倒的な重大さによって思考停止状態となり（茫然自失期）、その後、気分を高揚させて復旧に向けて頑張り（英雄期）、さらにその後、慢性的な疲れとともに現実の厳しさをあらためて実感し（幻滅期）、いずれそれを乗り越えてようやくこころの安定が訪れる（再建期）。しかし、なかには乗り越えがでずに以下のようなより深刻な問題に発展していく場合がある。

被災に伴う心理的な影響でよく知られているのは、自らが生命の危機に曝されたことや悲惨な光景を目撃したことによっておこる心的外傷の直接的影響として起る外傷後ストレス障害（*Post-traumatic stress disorder, PTSD*）である。PTSDは外傷体験のフラッシュバックや悪夢とそれに関する健忘（解離）や、外傷体験と関連するような状況や場所の回避行動、強い緊張感を伴う過覚醒と感情麻痺など、記憶と感情の対立的症状の混在で特徴づけられる。PTSDの概念が広く知られるようになったのは、一九七〇年代にベトナム戦争においてアメリカ軍の帰還兵の一部で上記の特有の精神症状を示すことが知られるようになり、主に一九八〇年以降にこの領域の研究が盛んに行われ予防法や治療法が開発されてきた。しかし、被災後一ヶ月以降に PTSD を罹患するのは一部の被災者であり、多くの被災者が体験するのは一過性の軽微な PTSD 症状や非典型的な急性ストレス反応である。急性ストレス反応では、人や物を失ったこと（喪失体験）などの様々なストレスによって、抑うつ、不安感、不眠、身体のような違和感（不定愁訴）がみられるが、大半は時間と共に回復していく。また、様々なストレスを伴う被災後の生活変化などに適応できず、アルコールやギャンブルへの嗜癖に陥ったり、信頼感の喪失、引きこもり、不適切な反応の遷延などの重度の適応障害になる場合もある。さらに、急性期は医療機関への通院が困難となり治療薬が途絶えたりすることで、既存のうつ病や統合失調症などの再発による入院例が相当数見られた。

これらのこころの問題は震災直後から一年程度の急性期から中期の特徴であるが、時間経過とともに復旧・復興がすすまない一群では、“はさみ状態差”；後述）、こころの問題も長期化、遷延化するため、神戸や新潟での経験を踏まえると今後五年、一〇年という単位で長期的なこころのケアを継続していく必要がある。

精神保健医療福祉における復興計画の方向性（図二）

震災後一年ほど経過した現在、“まだら状態差”ともいえる多彩な被災状況を示す、

広範な宮城県沿岸部での精神保健医療福祉をどう再構築するかが大きな課題となっている。急性期から中期は前述のように全国からのこのころのケアチームの介入によって支えられてきたが、巡回相談を中心としたこうしたチームの需要は徐々に少なくなり、震災後一年程度で大半の被災地域からこのころのケアチームは撤退することになる。これに代わって、このころのケアセンターなどの新たな組織の設置による継続的な支援体制の確立が必要になっている。行政レベルでの精神保健医療福祉関連の動きとしては、病院自体の復旧に対して“災害復旧費補助金”が全半壊病院再建費用の一部として支給されている。また、地域のコミュニティ復旧には、“地域支え合い体制づくり事業”が打ち出され地域サポートセンターなどの充実に役立てられている。さらに、治療中断者などを対象とした“精神障害者アウトリーチ推進事業”が進んでおり、一部の病院ではこれを取り入れて病院機能が復旧するまでの間の補完的なものとして機能している。このアウトリーチ事業は、今後、本邦で積極的に取り入れていくべき新たな地域医療のモデル(後述)としても期待される。しかし、未曾有の大災害であったことや政局の混乱も相まって、復興基本法は阪神・淡路大震災では発生後一ヶ月で成立したが、東日本大震災では三ヶ月以上経過してようやく成立し、このころのケアセンターの設置も数ヶ月以上遅れており、さらに復興庁についても紆余曲折し年が明けての二〇一二年二月一〇日に設立された。こうした状況を憂いて、復旧すら見通しが立っていない中で復興はほど遠いと指摘するものもいる。

二〇一一年一月二二日に国会において三次補正予算がようやく成立したが、こうした復旧・復興の遅れに対して宮城県は独自に“東日本大震災復興基金”を同年八月上旬に設けて、その中で“みやぎ心のケアセンター”を設置することを決定し、同年一月には準備室が開設され一二月には稼働を開始した。それでも“神戸このころのケアセンター”開所から比べて四ヶ月の遅れがあった。このころのケアセンターは、神戸や新潟のこのころのケアセンターを参考に、宮城県精神保健福祉協会に設置され、“基幹センター”は仙台市内に同年一月に開設されたが、さらに二〇一二年四月には宮城県北部で深刻な被害を受けた石巻と気仙沼とにそれぞれ“地域センター”の開設が予定されている。みやぎ心のケアセンターでは、精神保健医療福祉全般にわたる総合的コーディネート(急性期の活動の発展・吸収と新たな事業の統合、既存の関係機関・施設との役割分担、地域のニーズ調査に基づいた将来計画の立案と推進)、支援のための人材育成と人材派遣、精神疾患の予防に向けた啓発活動(被災者、支援者、一般医、精神保健医療福祉専門家などを対象にした研修など)、震災関連の精神疾患に関する相談や仮設住宅などの巡回相談、民間団体やボランティアなどの育成と活動支援などが主な業務となる。スタッフは精神科医、精神保健福祉士、臨床心理士、保健師、作業療法士、事務員などで構成され、基幹センターには二〇名程度、地域センターの二ヶ所には合わせて一〇数名程度が予定されている。さらに医師不足の深刻な東北地方では精神科医をはじめとした専門職員の不足が予想され、非常勤の職員も二〇名程度配置する。当科からも多くの医局

員が非常勤医として登録されている。

東北大学の復興支援（図一）

震災後の急性期から中期では厚生労働省・宮城県の行政や、その他の公的および民間組織での対応にも限界があったため、当科は被災地の大学病院精神科として支援を独自に行った。具体的には医局員の派遣のみならず、行政では対応しきれなかった全国からの支援者のコーディネートを独自に行い、震災後の数カ月は外部からの支援者も含めて週当たり延べ五〇名程度の人員を東北大学のこころのケアチームとして被災地に派遣し続けた。ちなみに震災後約一年が経過した現在も当科所属の精神科医、看護師、臨床心理士などを中心に週当たり延べ一〇名程度が被災地支援を継続している。急性期を過ぎた現在、被災者間に生活、職業、学校など様々な場面での“はさみ状格差”（生活の再建や精神的な立ち直りが順調にすすむ群と、それらがうまくすすまず取り残され孤立する群の二極化）⁽¹⁾が生じており、アルコール依存症、うつ病、自殺、PTSDなどの重篤な事例化も目立ってきた。さらに、日本精神神経学会から「被災自治体（県、市町村）職員の健康に関する緊急要請」の周知に関する声明⁽²⁾が出されたように、市町の行政職員、消防、警察、学校職員などの“支援者”のメンタルヘルス問題も深刻化しており、被災地の行政職員の病休者が例年をはるかに上回っていることが新聞報道された。

前述のように宮城県はいち早くみやぎ心のケアセンターを開設したが、それに先立ち、精神医療専門職の不足を見越してみやぎ心のケアセンターを後方支援するために東北大学に県からの寄附講座として“予防精神医学寄附講座”（准教授一名、助手二名、事務職員一名を配置）が二〇一一年一〇月に設置され活動を迅速に開始した。寄附講座では主に、人的資源不足の解消、支援専門家の育成、メンタルヘルスの啓発、それらに関わる調査などから将来の精神保健医療福祉体制の研究を重点的に行う。また、これとは別に東北大学の公衆衛生学分野が中心となり“東北大学地域保健支援センター”が二〇一一年五月に開設され九つのプロジェクトを擁し、石巻市、仙台市の被災地を中心に被災者健康診査を行い既に中間報告がなされている

<http://www.ch-center.med.tohoku.ac.jp/>。ちなみに二〇一一年度には東北大学の全学的取り組みとして“東北大学災害科学国際研究所”の設置が決定された。

今回の被災では、人的資源に関してとくに東北地方での医療過疎や医師不足・偏在の問題、さらに精神医療に関しては欧米先進国での取り組みから遅れを取っている未分化な地域精神医療の問題など、本邦が抱える精神保健医療福祉の脆さが露呈したともいえる。たとえば、欧米先進国では、多職種チーム（精神科医、保健師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士など）による在宅医療ともいうべき二四時間対応の“アウトリーチ医療”の展開によって、“（収容型の）入院医療中心から地域生活中心”の医療へと脱却しつつあり、今回の震災で活躍したこころのケアチームのような機能が常時確保され

ていることになる。当然、災害時には日常的な医療チームだけでは対応は不可能であるが、こうしたチーム医療のノーハウが災害時に役立つことは十分に期待できよう。

震災からの復旧すらままならない状況ではあるが、二〇一一年七月に社会保障審議会医療部会は医療政策の中で、これまでのがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の四大疾患に精神疾患を加えて五大疾患とした矢先でもあり、このころの健康政策構想実現会議が国会での議員立法として制定を請願している。“このころの健康を守り推進する基本法”にあるような精神保健医療福祉全体の向上を視野に入れた復興が必要であろう(図1に示した“従来の機能を越える体制強化”の部分)。ちなみにこのころの健康政策構想実現会議からの提言では以下の一〇領域のワーキンググループからその詳細が報告されている：自殺対策、精神保健改革、アウトリーチ医療、チーム医療、入院医療、専門医療、家族支援、人材育成、評価、法制化 (<http://www.cocoroseisaku.org/>)。

これからの精神医療にむけて―予防精神医学― (4)

今回の震災を機に、前述のように当科には県からの寄附講座である予防精神医学寄附講座が設置されたが、これは単にみやぎ心のケアセンターの後方支援を行うという目的だけではなく、本邦で未発達な予防精神医学の領域を活性化させることにも主眼を置いている。とくに被災地での長期支援では、未だに根強い精神疾患への偏見や差別の解消も視野に入れながら、重症の精神疾患を未然に防ぐための“一次予防”(啓発などを中心に疾患の発生を減らす)と“二次予防”(精神疾患の微細な症状や徴候に早期対応し顕在発症を防いだり、あるいは顕在発症直後にできるだけ早期に治療を開始できるようにすることで疾患を軽症化させる)が今後の理想的な医療の方向性である。

先進国では若者(後期小児期～青年期～早期成人期)における疾病負担の中で精神疾患によるものが最も顕著であり、また本邦での年代別の死亡原因を見ると若者では自殺が最も多い。ニュージーランドで行われた出生コホート研究によると、二六歳時点での精神疾患の七五％は一八歳以前で、五〇％は一五歳以前で既に何らかの精神・行動の変化を示していた。フィンランドで行われた出生コホート研究では、二四歳までの男性の自殺行動は八歳時点での心理社会的問題で予測できることを明らかにした。

若者のメンタルヘルスが重要である根拠として、以下のような若者の精神疾患の特徴が指摘されている：(一)精神疾患の七五％は二四歳以下で発症し、萌芽的症狀を入れると大半は一二～二四歳で発症する；(二)精神疾患を抱えた若者の二五％しか専門的治療を受けていない；(三)若者は精神疾患によつて差別や偏見を体験し、ときに自殺問題に発展する；(四)精神疾患は学業、仕事、対人関係、結婚に悪影響をもたらし、結果的にその個人の生涯にわたる経済的、社会的状況を決定する。そうした若者のこのころの危機の問題解決策として、“若者に焦点をあてたモデル youth-focused model”が提唱されている。そこでは、このころの健康だけでなく若者全般の健康・福祉にわたる専門技能を統合し、しかも病院ではなく若者が集いやすい地域コミュニティを基盤にす