

駆的な活動についての情報収集と、その実施事業所への見学の調整を行うこととした。

C. 現在構築されている支援体制

今年度は、以下のような支援を実施した。

1) 支援に関するスーパービジョン

平成 25 年 6 月～26 年 3 月：月 1 回実施

研究分担者が 1 日、チームスタッフとして活動に参加し、アウトリーチ主体のケース対応やケア会議等での助言を行うほか、チームミーティングにも参加し、訪問支援技術やチーム運営についての助言を行った。

2) 支援者の技術向上のための研修・教育

相談支援を行うスタッフのスキルの向上のために、以下の研修を開催した。

① ケアマネジメントについての講義

リカバリー・ストレングスモデルを用いたアセスメント、ケアプラン作りについて、研究分担者による全スタッフ向け講義を実施した。

実施済み講義の概要は以下である。

平成 25 年 6～8 月：計 3 回

第 1 回 「インターク・初回コンタクトのポイントについて」

第 2 回 「ストレングスアセスメント」

第 3 回 「リカバリープラン」

② 定期的なケース検討会の実施

平成 25 年 9 月～26 年 3 月：月 1 回実施

月 1 回ケース検討会を開催し、卒後 1～2 年のスタッフを中心に、各回 2 ケースずつストレングスアセスメント・グループスーパービジョンの手法を用いたケース検討を行い、ケアマネジメントのスキルアップを図った。

③ 学会、研修会へのスタッフの派遣

以下の学会にスタッフを派遣した。
多くのスタッフが外部研修の機会を持つことで、実用的な情報の収集や関係者との情報交換など、全国的なネットワークの構築を図った。

- ・ 第 109 回日本精神神経学会学術総会への参加・発表（福岡） 3 名
- ・ 第 35 回日本アルコール関連問題学会岐阜大会への参加・発表（岐阜） 4 名
- ・ 公益社団法人日本精神神経科診療所協会平成 25 年度定時総会／第 19 回学術研究会への参加（札幌） 2 名
- ・ 第 21 回日本精神障害者リハビリテーション学会への参加・発表（沖縄） 3 名
- ・ 第 56 回日本病院・地域精神医学会総会（札幌） 3 名

④ 他機関での情報収集

総合的な相談支援に関して先駆的な活動を展開している千葉県単独事業である「中核地域生活支援センター」への見学を行った。中核地域生活支援センターは、障がい者や高齢者だけでなく、医療・福祉制度を利用することができない「社会的弱者（例えば、ホームレス・貧困家庭）」に対しても相談業務（ケアマネジメントを含む）を行う機関で、「間口の広い」支援を実践している。このような活動形態はからころステーションの活動内容に近く、参考になり得るとの判断から見学を調整した。

平成 26 年 2 月 10 日

中核地域生活支援センター・がじゅまる
（千葉県市川市）の見学

D. 今後の課題と考察

1) ケースの増加とチーム運営の効率化

からころステーションは、開設から 2 年半で、石巻地域における相談支援の中心的な役割を担うようになり、図 2 でも示したように利用者数は徐々に増加している。相談内容に抛らずどのようなケースにも対応しており、支援内容が多岐にわたることから、どうしても効率的な運営は難しい面がある。さらに、多職種チームアプローチを意識した場合には、情報共有という点でチーム運営のあり方には工夫が必要であり、また地域の各関係機関との協働においてもスタッフのフォーメーションを検討する必要がある。今年度より、からころステーションでは、各

関係機関との連携重視から、エリア担当制を開始した。しかし、これまで行ってきた個別担当と新しいエリア担当との二重担当制の支援体制は、まだシステムとしては問題があると思われる。担当制について今後どうしていくべきか、また増大するケースロードに対して、訪問やミーティングの効率化など業務負担の軽減、情報共有の工夫などへのアドバイスを引き続き行うことが必要と思われる。

2) 震災関連財源の終了後の事業の運営

現在からころステーションの活動は、すべてが震災関連事業費で賄われている。事業費は恒久的なものではないため、既存の医療・福祉サービスを基盤としたものに移行していく必要があると考えられる。

しかし、現在のからころステーションの事業は、現在の石巻地域のメンタルヘルス全般についての「間口の広い」サービスであり、すべてを既存のサービスに転換することは難しい。

図3にあるように、特に疾病や障がいがない「被災者（市民）」に対する支援については震災関連事業の委託以外に財源となるものはないと思われる。

今後これらに対する支援をどのように展開するかは大きな課題であり、そのための情報収集や助言が支援者支援として求められるところではないかと考えられる。

一方で、今回のような疾患・障がいに縛られない、広く市民を対象としたメンタルヘルスサービスは、地域ケアの理想的なサービススタイルであり、広く必要とされるサービスとも言える。震災を機にこのようなサービスを実施している貴重な経験やその効果について、実施機関の側からも発信していく必要があるのではないかと考えられる。

3) 支援者の技術向上のための研修

今年度、ケアマネジメントについての研修（講義およびケース検討）を定期的に関催した。個々

のケース対応やケース検討でのコメントなどから、特に若手スタッフの成長が感じられ、今年度末に実施したリーダースタッフとのグループインタビューでも、スタッフ内でもスキルアップの実感があること、またリーダースタッフ自身も研修を通して支援の幅が広がったという感想が聞かれた。今後は、スキルアップを客観的に評価する方法も検討すべきではないかと思われる。

また今後の課題として、外部支援が終了したときにスタッフ自身でスタッフ教育を企画・運営できる方法を一緒に検討していく必要があると思われる。

E. 結論

石巻地区における支援者支援は、ようやく直接支援から間接的な支援へと移りはじめた。震災から3年目に入り、地域のメンタルヘルスに関するネットワークのなかで、それぞれの機関の役割が徐々に明確化してきた。からころステーションの役割は、アウトリーチを主体とする相談事業が主なものであり、その役割に応えることができるスキルを獲得するために、今年度は支援に関するスーパービジョン、支援者の技術向上に関する研修・教育を行った。

また、震災支援から始まり、徐々に震災以前よりも質の高い地域精神保健システムへの再構築の中で、震災関連事業が縮小または終了した後の事業運営に関する情報提供と助言を行った。

今後、震災支援費を利用したメンタルヘルス全般についての総合的なサービスを既存のサービスへ転換していくことについての検討が必要だが、一方で、このような「間口の広い」サービスのあり方について、今回の経験やその効果・有用性を発信していく必要があると思われる。

F. 健康危険情報 なし

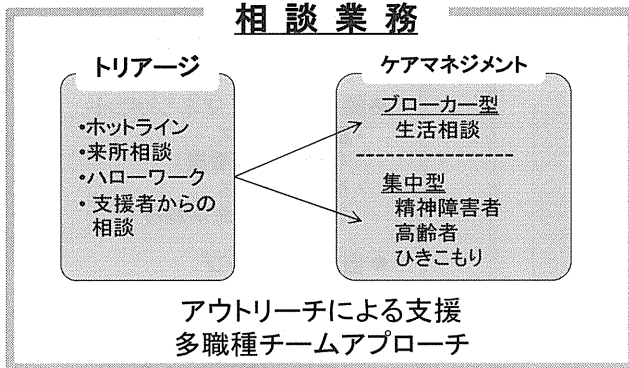
G. 研究発表 なし

H. 知的所有権の取得状況 なし

図 1. からころステーションの事業内容

からころステーションの事業

ケア対象者に対する直接サービス



震災支援に関する活動

メンタルヘルスについての普及・啓発活動

- ・講演会
- ・健康講座
ストレスケア／うつ
自殺対策／アルコール

震災についての調査・研究協力

- ・仮設住宅入居者健康調査 2次調査
- ・活動についての学会での発表

被災者自助グループの育成

- ・おじころグループ
(単身生活中高年男性グループ)
- ・アルコールグループ

地域支援者の

サポート・ネットワークの形成

- ・支援者に対する研修会
- ・エリアミーティングへの参加

図 2. からころステーションの実績

からころステーションの実績

—平成24・25年度のコンタクト数—

	平成24年度	平成25年 (4月～12月)
訪問	2,410	2,349
来所相談	882	966
電話相談	2,409	2,349
ケース会議	533	826

図 3. からころステーションの今後の事業内容

今後の事業内容の方向性

ケア対象者に対する直接サービス: 医療・福祉サービスへの転換

相談業務

トライージ

- ・ホットライン
- ・来所相談
- ・ハローワーク
- ・支援者からの相談

ケアマネジメント

- ・ブローカー型生活相談
- ・集中型(継続支援)
精神障がい者
高齢者
ひきこもり

アウトリーチによる支援
多職種チームアプローチ

被災者自助グループの育成

- ・おじころグループ
(単身生活中高年男性グループ)
- ・アルコールグループ

医療・福祉サービス への転換

- 集中型ケアマネジメント
 - ・医療サービス
(往診・訪問看護)
 - ・福祉サービス
(相談支援・生活訓練)

- 自助グループ
 - ・医療サービス
(デイケア・集団療法)
 - ・福祉サービス
(地域活動支援センター)

※疾患、障がいがないと利用が困難
※すでに他の事業所で利用中の場合、
重複

- トライージ
 - ・本来行政サービス、行政の委託等
が適当

震災支援に関する活動: 震災こころのケアに関する事業として継続?

福島県全域（福島-A）における地域精神保健医療福祉システムの 再構築に向けた支援者支援に関する報告

研究分担者 田島良昭¹⁾

研究協力者（主筆頭者に○）○武田牧子¹⁾ 田島光浩¹⁾ 横山浩之²⁾ 石井千恵³⁾ 石塚忠晴⁴⁾
東海林崇⁵⁾

- 1) 社会福祉法人 南高愛隣会
- 2) 福岡大学 医学部精神医学教室
- 3) 医療法人社団 清心会 藤澤病院
- 4) 社会福祉法人 郡山コスモス会
- 5) 株式会社 浜銀総合研究所

要旨

昨年度実施した実行委員会は、障害者福祉事業所同士の定期的な集まりとなり、主体的に情報交換や連携強化事業を実施した。その事業がベースとなり、平成25年6月に「ふくしまこころのネットワーク（旧福島県精神障害者自立支援事業所連絡会）」が再構成された。

今年度は、ふくしま心のネットワークと協働して研究事業を実施し、福島県内の精神障がい者福祉サービス事業の向上を目的に、作業所同士の連携強化と人材育成の仕組みのための研修及び運動療法プログラムを導入したところ、利用者が積極的に楽しんで参加し、運動量、会話とも活発になり、原発被災による運動量の低下を補うプログラムとの感触を得た。

A. 研究地区の背景

分担研究班が担当している福島県の浜通り地区にある精神障害者福祉事業所は、地震や津波による直接被害以上に、福島原発事故の影響が大きく、現在も避難先の二本松で事業を継続している事業所、閉鎖せざるを得ず、いわき市の法人本部に吸収された事業所、一時避難した後に再開した事業所、事業所自らが、被災住民の支援を行った事業所など、それぞれの事業所が異なる事情を持ちながらも、精神障害者支援を継続している。

直接の避難区域ではないが、中通り、会津では、避難した障害者の利用が急増し、支援者不足や支援内容の再構築など新たな課題の対応に迫られている。

また、避難住宅でのせまい住環境や、放射線影響により、屋外の活動が大きく制限され、利用者や支援者の運動不足による体力低下や、体重増加などの新たな課題も浮き彫りになっている。

このような実情を踏まえると、福島県内の精神障がい者には体重増加に伴う生活習慣病等のリスクが増大していることが想定される。

以上のような背景から、本事業では福島県内の精神障がい者を対象に、仲間と楽しみながら運動不足を解消し、生活習慣の改善に取り組み、ひいては体重の増加傾向を抑えるための運動療法プログラムを開発し、その有効性を検証する。

なお、健康日本 21 などでも指摘されている通り、

メタボリックシンドロームなどの体重の増加傾向に影響を与える要因として、「不規則な食生活」「身体活動・運動不足」「喫煙や過度の喫煙」などがあげられていることから、「運動療法プログラム」の有効性を検証する上での交錯因子も想定した上で研究を進めていく。

なお、平成 25 年度は次年度に本格運用していくためのパイロット調査的位置づけで進めるため、事業の周知やプログラム内容のリニューアル等に活用していきたい。

B. 支援活動の実施における準備

1) 企画委員会の開催

第 1 回を 7 月 29 日に開催し、その後月 1 回程度の委員会を開催し、研修会や運動プログラムの開発や実施に向けての準備を行った。

今年度事業のメインは運動プログラムのニーズが高かったことから、福岡大学の横山浩氏と藤澤病院石井千恵氏の二人の運動療法士に研究協力者に参加いただき準備にあたった。

2) 運動プログラムについて

実施にあたっては、効果測定を行うに当たって、倫理審査会を開催し、同意書や健康状態チェック表の一部修正を条件に承認を得た。

その後効果測定を行うために、体力測定を実施した。

C. 現在構築されている支援体制と実施事業

1) 支援体制

図表 1、図表 2 の通りである。昨年度と大きく違うのは、心のネットワークが母体となり、その団体へ福島 A チームの我々がバックアップするという支援体制とした。

2) 実施事業

この支援体制を元に、研修事業と運動プログラムのパイロットテストを行った。

① スキルアップ研修

事例検討会【計画相談と個別支援計画】
認知行動療法研修会（予定）

② 運動プログラムの実施

体力測定
運動プログラムの実施

③ 共催事業

地域移行支援研修会（県事業と共催）
ばんだいのつどい

3) 運動プログラムの実施概要

① 運動療法プログラムの開発

日本スポーツ精神医学会監修、特定非営利活動法人健康医科学協会作成「ウェルネス運動プログラム」（2009）を改良したプログラムを活用した。「解説書の監修のことば」によれば、精神障がい者の精神的な働きかけだけではなく、身体面への働きかけに着目し、ライフスタイルの課題や非定型抗精神病全般の課題である体重増加予防、運動による気分改善や社会生活の向上を目的に作成されたものである。

本事業で活用した運動療法プログラムは同プログラムに「ふくしま心のネットワーク」参加事業者の意見を踏まえ、福島在住の精神障がい者用に改善を加えたものである（研究協力者 横山 石井により作成）。その構成を DVD に VTR で収録し配布した。

② 運動療法プログラムの周知

開発された運動療法プログラムは、作成段階では「ふくしま心のネットワーク」参加事業者の従業員に周知されていないことから、運動療法プログラムの重要性及び実施方法の周知を行った。また、利用者に関しても同様に DVD を活用して周知を図った。

利用者が率先して自分から参加することが理想であることから、その必要性について説明をし、継続してもらうための工夫を行った。

なお、はじめ、協力事業所の担当職員を対

象とした運動療法プログラムに関する集合研修を実施した。

③ 運動療法プログラムの普段の活動への組み込み

運動療法プログラム自体は「ふくしま心のネットワーク」参加事業者の日中プログラムのひとつとして組み込んだ。そのため、事業所の判断により、運動療法プログラムの実施状況に違いが出ている。また、運動療法プログラムへの参加は任意とした。途中体調不良等によりプログラムを中断すること、途中参加することも自由とした。

4) 効果測定枠組み

① 独立変数

効果測定を行う際の独立変数として、運動療法プログラムの実施状況を設定した。運動療法プログラムへの参加は任意であるため、参加していない人と参加した人(参加した人でもその参加頻度)により比較を行うこととした。

② 従属変数

文部科学省(2000)が策定した「新体力テスト実施要項(20~64歳対象)に基づき体力測定を行った。独立変数の状況により従属変数が有意に影響がある場合に、効果があると判断することとした。なお、具体的な測定内容については、後述のコラムを参照されたい。体力測定は、運動プログラムを開始する前と本事業が完了する時期の2回実施することとした。

③ コントロール変数

従属変数に影響を与える因子として、年齢及び性別があげられる。したがって、従属変数の影響を判断する場合に、年齢と性別の差異を確認することとした。

【体力測定について】

〈体力測定の意義〉

今年度の調査は、精神障害者の肥満(生活習慣病)や運動不足に対するアプローチ方法の予備的調査だと理解している。生活習慣病や肥満

を改善するには、食習慣の見直しと、運動の習慣化が大切となる。では、どんな運動を取り入れるとよいのか?それを判断するため、精神障害者の体力の実態を把握し、適切な運動療法プログラムを構築すること、そして、その継続に向けて測定結果を活用すること、ここに体力測定の意義がある。

今回は、体力の身体的要素である行動体力の6種目を測定する。体力あるいは運動能力には個人差があるが、競技選手の体力向上とは根本的に異なり、他人と比較して悲観し、優れているからと言って自慢するものではない。今回の体力測定もあくまでも自分の現在の体力を知ること、そして、改善を図るとともに向上に向けて目的意識を持ち継続的な取り組みを確立していくことが大切となる。

〈体力測定項目〉

(1) 筋力(握力)

握力は上肢の筋力を代表するもので古くから測定されている。日常生活の中でも、箸も持つ、ハンドルを握る、字を書く、何かにつかまって立つ、ドアを開けるなど多くの場面がある。この筋力がどのくらいのレベルにあるのか把握することは必要である。

(2) 全身持久力(最大酸素摂取量)(20mシャトルラン)

最大酸素摂取量(体重1kgあたり1分間でどれだけの酸素を取り入れることができるかの指標)を測定する。心肺持久力の低い方は、心臓病にかかりやすいと言われており、精神障害者は一般の方よりそのリスクは高いと言われている。さらに、多くの精神障害者は疲れやすいと言われているが、その疲れやすさと関連の深い項目になると考えている。

*運動を安全に、しかも生活習慣病の予防・改善に最も効率の高い運動強度、運動時間、運動頻度の指標となるものである。

(3) 柔軟性(長座体前屈)

腰から背中、大腿部の筋肉の柔軟性をみる

項目である。精神障害者の多くは苦手意識が強いと思うが、筋肉の柔らかさは日常生活や運動に関わる重要な要素であり、身体の老化にも繋がる。また、腰痛や姿勢の悪くなる原因の1つに柔軟性の低下が言われている。

(4) 敏捷性（反復横とび）

日常行動での素早さと深く関わっている。精神障害者の多くは、動きの緩慢さが言われている。薬物療法の影響も予想されるが、作業への素早い取り掛かりや転倒時の素早い防犯などにも通じるものである。

(5) 筋持久力（上体起こし）

腹筋の持久力を測定する。一つの運動をどれくらい長く持続してできるのか、また、繰り返すときの疲れ具合など筋力の動的な持続力をみる。精神障害者の多くは肥満傾向にあるが、肥満者の筋持久力は、一般的に低い傾向にある。また、腹筋が弱いと背筋とのバランスが崩れ腰痛の原因の1つとも言われている。

(6) 瞬発力（立ち幅跳び）

瞬時に出せるパワー（力×スピード）を測定している。筋力を発揮する際、スピードが速いものほど、そのパワーは大きくなる。この項目は、体の一部分的な能力を測定するものではなく、身体全体をバランスよく使いこなす能力をみることと関わりが深いとされている。精神障害者の多くは不器用な方が多いと言われているが、体をバランスよく使いこなす能力も課題となる。

5) 実施結果

① 調査対象

「ふくしま心のネットワーク」参加事業者の中から、本事業に協力できる事業者を募った結果、7事業者から協力を得られ、各事業所の利用者122人が本調査の協力で同意した。

② 運動療法プログラム実施状況

運動療法プログラム実施状況は以下のとおりである。事業所により、ほぼ毎日運動療法プ

ログラムを実施した事業所と週に2~3回程度実施したところ、運動療法プログラム実施が間に合わなかったところがあった（図表3）。

③ 体力測定実施状況

体力測定は、運動療法プログラムを実施する前の2013年12月~1月に第一回目、運動療法プログラムを実施した後の2014年2月~3月に第二回目を実施した。第一回目はすべての調査協力者が参加したが、2回目は41人が参加し、1回目に対する2回目の割合は37.7%であった（図表4）。

④ 調査対象者の属性

調査対象者属性は以下のとおりである。1回目と比較して2回目の男女比はほぼ同じであるものの、60歳以上の割合が構成比として高い。特に、60歳以上男性の割合が高くなっているのが特徴である（図表5）（図表6）。

⑤ 生活習慣・運動習慣

第一回体力測定時に調査協力者の生活習慣や運動習慣について確認した。その結果が次のとおりである。なお、一部の協力事業所について、生活習慣・運動習慣を確認していない事業所があるため、一定の無回答が発生している。

普段運動スポーツ実施状況、実施時間について、ほとんど実施していない結果であることが、本調査から明らかになった。したがって、本事業の趣旨である「利用者や支援者の運動不足」について、改めて確認することができた。

(1) 主観的健康感

健康、大いに健康との回答を合わせると55.8%が健康だと回答しており、あまり健康ではないと回答する利用者を上回った（図表7）。

(2) 体力感

自身の体力について地震があるかどうかについて、39.3%が「ふつう」と回答している。また、「自身がない」との回答も35.2%と多い（図表8）。

(3) スポーツクラブへの所属

全員がスポーツクラブに所属していない
(図表 9)。

(4) 運動スポーツ実施状況

時々(週に2-3日)実施する方が23.8%であるのに対し、「しない」との回答が43.4%となった。半数弱の方が運動をしていないことが明らかになった(図表10)。

(5) 運動・スポーツ実施時間

運動スポーツの実施時間は55.7%が30分未満であった。図表4-8で運動スポーツを実施していると回答している方でも、30分未満の短い時間の運動しかしていない方も含まれていると想定される(図表11)。

(6) 朝食の有無

朝食は69.7%が毎日食べると回答している(図表12)。

(7) 1日の睡眠時間

1日の睡眠時間は、6-8時間が46.7%と最も多い。一般的な睡眠時間とそれほど違いがないと想定される(図表13)。

(8) 運動部・部活動経験

運動部・部活動経験はなしが48.7%であり、ありが31.1%であることから、運動部の部活動経験がない方が若干多い(図表14)。

⑥ 生活習慣病のリスク

続いて、生活習慣病のリスクである肥満状況と血圧の状況について確認した。結論としては、全体的に肥満傾向、高血圧傾向も強い。したがって、将来的な生活習慣病のリスクが一定程度あると想定される。

(1) 肥満度

肥満傾向にあるのは全体の49.9%であった。一方、標準体重となっている方は35.2%にとどまっている。なお、性別による違いはあまりない(図表15)。

(2) 血圧

軽症以上の高血圧症の値となったのは23.8%であった(図表16)。

⑦ 体力測定結果

先述の文部科学省(2000)における「新体

力測定」に基づき、体力測定を実施した。なお、文部科学省が毎年公開している体力運動能力調査(2014)¹結果と比較し分析をした。なお、分析の際同調査結果が5歳刻みの結果であることから、各年代の中央値を算出し、下図下段に平均値を記載した。

結果をみると、同性同年代の平均値と比べ今回の調査結果は低かった。全体として体力不足であることが明らかとなった。

(1) 握力

握力の結果は、いずれも平均値より低い結果であった(図表17)。

(2) 上体起こし

上体起こしの結果は、いずれも平均値より低い結果であった(図表18)。

(3) 長座体前屈

長座体前屈の結果は、いずれも平均値より低い結果であった(図表19)。

(4) 反復横跳び

反復横跳びの結果は、いずれも平均値より低い結果であった(図表20)。

(5) 20m シャトルラン

20m シャトルランの結果は、いずれも平均値より低い結果であった(図表21)。

(6) 立ち幅跳び

立ち幅跳びの結果は、いずれも平均値より低い結果であった(図表22)。

(7) 開眼片足立ち²

開眼片足立ちは図表23のとおりである。

6) 結果の考察

(1) 体力測定の実施効果

調査結果から、生活習慣病のリスク(肥満度が高い、高血圧症)が高いことが明らかとなった。また、体力測定の結果は同性同年代の値と比べて総じて低く、体力が低いことが明らかと

¹ 図表17以降で統計値と記載があるところは、文部省が実施する体力運動能力調査(2014)の結果である。

² 体力運動能力調査(2014)では、開眼片足立ちは65歳以上の集計しか行っていない。本事業の中では、希望者全員実施した

なった。これらのことから、運動療法プログラムを実施し、体力をつけ、肥満や高血圧症の解消につなげていくことが重要であるといえることができる。

また、体力測定自体は参加者が楽しんで参加し、数値により自身の体力の状態を把握することができることから、意義のあるものだと考えられる。

精神障害者の体力特徴は、未だ明らかにされていない。これまでの先行研究は、その施設間の特徴に過ぎず、今回の南相馬調査でもかなりの低体力が予想される。だからこそ1つの施設の特徴で終わらせず福島の何ヵ所かの施設で測定できれば福島の特徴として対策を考えることができると思われる。

体力は、複合した能力である。一つの測定項目結果で、体力を表すことはできない。個人によって得意項目、不得意項目はあるが、それを明らかにし、バランスよく体力向上することが、精神障害者のよりよい日常生活に繋がり、しいては生活習慣病対策になると考えている。

(2) 調査実施期間における生活習慣病リスクの改善

肥満度と血圧について、第一回体力測定時と第二回体力測定時の比較を行った。肥満度が改善したのは 32.7%であるのに対し、悪化したのは 4.6%であった。それ以外は改善や変化が見られなかったのは 55.8%であった(図表 24)。

血圧については、「至適血圧」「正常血圧」「正常高血圧」を合わせた正常な血圧だったものの割合は、第一回体力測定時は 42.6%であったのに対し、第二回目は 45.6%であり、大きな違いはなかった(図表 25)。

(3) 運動療法プログラムの効果

今年度の調査はパイロット調査であるため、運動療法プログラムの明確な効果は見いだせなかった。ただし、体力測定の結果、肥満による生活習慣病のリスクを抱えていることと、体力が同年代平均値と比べ劣っていることが明らかとなった。そのため、何らかの運動や食事

等に関するアプローチを行い、改善を行う必要がある。

今回の研究に協力した事業所の利用者は積極的に運動療法プログラムに参加しており、運動により生活習慣病のリスクの軽減や体力の向上に寄与することができると考えられる。

次年度に向けた課題を改善し、運動療法プログラムがより効果を発揮する者になるようにしていきたい。

D. 今後の課題と考察

運動プログラムについては、取り掛かったばかりであり、まだ一部の事業所で始めたにすぎない。

来年度は、希望するすべての事業所で運動プログラムを実施できるような支援を展開する予定である。

また、健康づくりとして運動プログラムが定着するために、どのような働きかけが必要か、モチベーションの持続方法が課題である。

もう一つの課題として、体力や自己効力感などの改善がみられたかどうかを、検証することが課題である。

そのための調査項目を検討し、年度当初から実施する計画である。

E. 結論

支援を開始して当初は精神障害者福祉事業所支援者だけの支援であったが、今年度は支援者支援を通じて、利用者支援の具体的な導入まで支援を実施できた。

来年度は上がってきた課題解決のための支援体制を構築する予定である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的所有権の取得状況

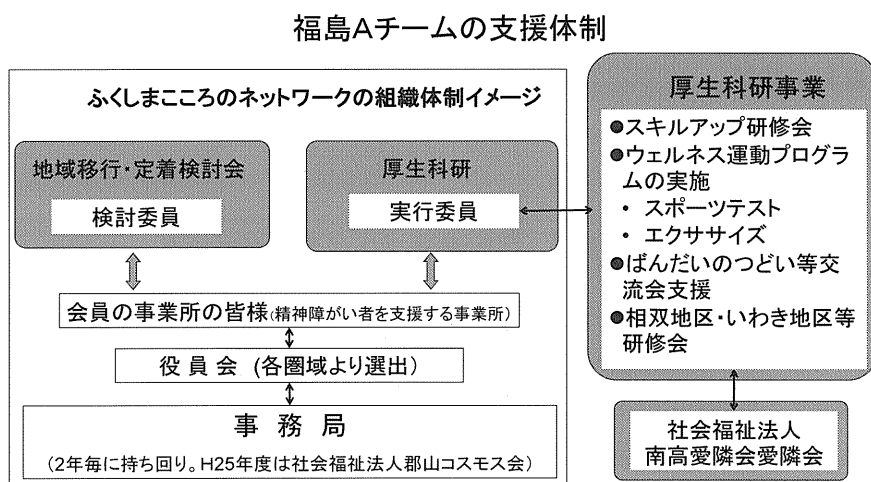
1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

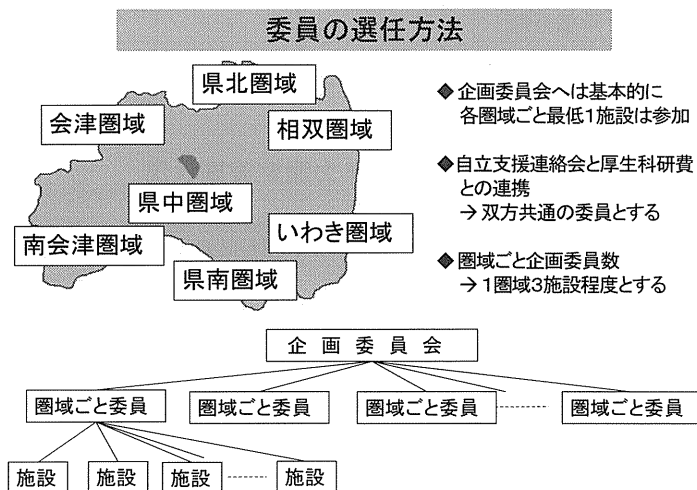
- 1) 文部科学省 2012 平成 24 年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査

- 2) 横山浩之、西村良二：臨床精神医学 40：2011 統合失調症とスポーツ療法
- 3) 横山浩之、西村良二：臨床精神医学 31(11)：2002 精神科ディケアにおける運動・スポーツの効用について検討
- 4) 泉水宏臣、永松俊哉、井原一成、中川正俊：体力研究 No107 2009 回復期にある精神疾患患者を対象とした運動療法の試み
- 5) 植屋清見、小山慎一：文部科学省新体力測定に関する体力・ADLL・QOLと日常生活実態の関連：帝京科学大学紀要 Vol(2011)

図表 1. 現在構築されている支援体制



福島こころのネットワークから、実行委員を選出

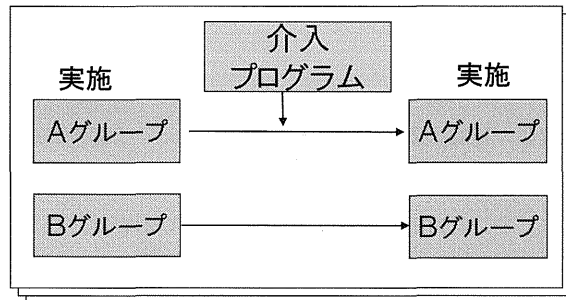


図表 2. 研究設計

■ 研究設計

調査フレーム

仮説 「認知行動療法による運動療法」を実施することで、「体調等(測定尺度①～⑤)」が改善される



■測定尺度

- ①バイタルサイン
- ②新体カテスト
- ③QOL尺度
- ④ウェルビーイング尺度
- ⑤認知機能測定

■測定頻度

月1回?...検討

■コントロール変数

- ・性別、年齢、同居の有無、婚姻？
- ・震災による転居 など

図表 3. 運動療法プログラム実施状況

	1月実施日	2月実施日	3月実施日
ウイズピア	19	19	0
郡山コスモス会	21	20	4
コーヒータイム	-	-	-
あさがお	-	-	-
こころん	7	12	4
あさがお	-	-	-
希望の森	-	-	-
ジョイ	-	-	-

図表 4. 体力測定実施状況

	実施人数	1回目に対する2回目の割合
1回目	122人	-
2回目	46人	37.7%

図表 5. 体力測定実施時調査協力者の属性（第一回目）

	29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	無回答	計
男性	10	8	18	18	18	0	72
女性	4	8	9	12	14	2	49
無回答	0	0	0	0	0	1	1
計	14	16	27	30	32	3	122
	29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	無回答	計
男性	8.2%	6.6%	14.8%	14.8%	14.8%	0.0%	59.0%
女性	3.3%	6.6%	7.4%	9.8%	11.5%	1.6%	40.2%
無回答	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.8%
計	11.5%	13.1%	22.1%	24.6%	26.2%	2.5%	100.0%

図表 6. 体力測定実施時調査協力者の属性（第二回目）

	29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	無回答	計
男性	4	2	5	4	12	0	27
女性	2	3	5	4	4	1	19
無回答	0	0	0	0	0	0	0
計	6	5	10	8	16	1	46
	29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	無回答	計
男性	8.7%	4.3%	10.9%	8.7%	26.1%	0.0%	58.7%
女性	4.3%	6.5%	10.9%	8.7%	8.7%	2.2%	41.3%
無回答	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
計	13.0%	10.9%	21.7%	17.4%	34.8%	2.2%	100.0%

図表 7. 主観的健康感

	大いに健康	健康	あまり健康でない	無回答	合計
度数	8	60	32	22	122
%	6.6%	49.2%	26.2%	18.0%	100.0%

図表 8. 体力感

	自信がある	ふつう	自信がない	無回答	合計
度数	11	48	43	20	122
%	9.0%	39.3%	35.2%	16.4%	100.0%

図表 9. スポーツクラブへの所属

	所属している	所属していない	無回答	合計
度数	0	100	22	122
%	0.0%	82.0%	18.0%	100.0%

図表 10. 運動スポーツの実施状況

	ほとんど毎日	時々	ときたま	しない	無回答	合計
度数	11	29	7	53	22	122
%	9.0%	23.8%	5.7%	43.4%	18.0%	100.0%

図表 11. 運動スポーツ実施時間

	30分未満	30分-1時間	1-2時間	2時間以内	無回答	合計
度数	68	19	2	3	30	122
%	55.7%	15.6%	1.6%	2.5%	24.6%	100.0%

図表 12. 朝食の有無

	毎日食べる	時々食べない	食べない	無回答	合計
度数	85	14	3	20	122
%	69.7%	11.5%	2.5%	16.4%	100.0%

図表 13. 1日の睡眠時間

	6時間未満	6-8時間	8時間以上	無回答	合計
度数	15	57	26	24	122
%	12.3%	46.7%	21.3%	19.7%	100.0%

図表 14. 運動部・部活動経験

	あり	なし	無回答	合計
度数	38	59	25	122
%	31.1%	48.4%	20.5%	100.0%

図表 15. 肥満度

	低体重	標準	肥満(1度)	肥満(2度)	肥満(3度)	肥満(4度)	無回答	合計
男性	3	30	18	12	1	0	8	72
女性	1	13	20	9	0	1	5	49
無回答	0	0	0	0	0	0	1	1
合計	4	43	38	21	1	1	14	122

	低体重	標準	肥満(1度)	肥満(2度)	肥満(3度)	肥満(4度)	無回答	合計
男性	2.5%	24.6%	14.8%	9.8%	0.8%	0.0%	6.6%	59.0%
女性	0.8%	10.7%	16.4%	7.4%	0.0%	0.8%	4.1%	40.2%
無回答	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.8%
合計	3.3%	35.2%	31.1%	17.2%	0.8%	0.8%	11.5%	100.0%

図表 16. 血圧

	至適	正常	正常高血圧	軽症	中等症	重症	無回答	合計
度数	27	9	16	19	7	3	41	122
%	22.1%	7.4%	13.1%	15.6%	5.7%	2.5%	33.6%	100.0%

図表 17. 握力

実測値	右	29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	計
	男性	35.9	40.1	37.3	37.8	32.4	36.3
	女性	27.9	24.3	22.8	23.9	22.2	23.8
	左	29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	計
	男性	34.0	37.0	35.5	35.8	29.6	36.3
女性	25.0	22.8	20.5	22.7	20.0	23.8	
統計値	平均値	29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	
	男性	47.2	47.7	47.3	45.5	38.6	
	女性	28.5	29.1	29.4	27.7	24.1	

図表 18. 上体起こし

実測値		29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	計
	男性	14.4	11.1	9.7	10.5	6.5	9.9
	女性	1.8	9.6	6.4	8.0	3.6	5.7
統計値		29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	
	男性	28.1	24.7	23.0	20.3	14.1	
	女性	19.9	17.0	16.2	13.5	8.5	

図表 19. 長座体前屈

実測値		29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	計
	男性	26.4	25.5	22.3	27.5	18.8	23.6
	女性	17.0	27.8	26.7	27.5	35.1	29.2
統計値		29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	
	男性	45.0	41.6	40.5	39.2	36.6	
	女性	45.0	43.0	42.6	42.1	40.3	

図表 20. 反復横跳び

実測値		29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	計
	男性	32.6	20.9	14.1	17.9	8.4	16.9
	女性	12.8	14.1	12.6	20.9	14.3	14.9
統計値		29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	
	男性	53.6	49.4	47.2	44.0	39.4	
	女性	44.6	42.0	41.6	39.7	34.8	

図表 21. 20m シャトルラン

実測値		29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	計
	男性	25.1	11.1	8.9	8.1	3.2	9.8
	女性	2.5	6.9	4.6	2.2	0.9	3.2
統計値		29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	
	男性	69.4	54.6	46.3	36.6	28.4	
	女性	36.3	29.0	26.1	21.2	16.0	

図表 22. 立ち幅跳び

実測値		29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	計
	男性	131.5	123.0	85.2	108.9	49.4	92.8
	女性	48.5	59.9	56.6	89.5	48.1	63.6
統計値		29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	
	男性	224.3	213.5	203.7	190.1	176.2	
	女性	164.8	158.9	153.7	142.4	129.2	

図表 23. 開眼片足立ち

	29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	計
男性	41.5	27.8	12.4	12.8	14.5	18.8
女性	5.8	9.4	12.9	4.2	2.5	7.3

図表 24. 生活習慣病リスクの改善状況（肥満度）

		第二回目							
		低体重	標準	肥満(1度)	肥満(2度)	肥満(3度)	肥満(4度)	無回答	合計
第一回目	低体重	2	0	0	0	0	0	0	2
	標準	2	16	1	0	0	0	0	19
	肥満(1度)	2	4	5	1	0	0	0	12
	肥満(2度)	0	3	2	1	0	0	0	6
	肥満(3度)	0	0	0	1	0	0	0	1
	肥満(4度)	0	0	0	0	0	0	0	0
	無回答	0	0	1	0	0	0	2	3
	合計	6	23	9	3	0	0	2	43
		低体重	標準	肥満(1度)	肥満(2度)	肥満(3度)	肥満(4度)	無回答	合計
第一回目	低体重	4.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.7%
	標準	4.7%	37.2%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	44.2%
	肥満(1度)	4.7%	9.3%	11.6%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	27.9%
	肥満(2度)	0.0%	7.0%	4.7%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	14.0%
	肥満(3度)	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%
	肥満(4度)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	無回答	0.0%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	4.7%	7.0%
	合計	14.0%	53.5%	20.9%	7.0%	0.0%	0.0%	4.7%	100.0%

図表 25. 生活習慣病リスクの改善状況（血圧）

	至適	正常	正常高血圧	軽症	中等症	重症	無回答	合計
1回目	27	9	16	19	7	3	41	122
2回目	10	6	5	6	0	0	19	46
1回目	22.1%	7.4%	13.1%	15.6%	5.7%	2.5%	33.6%	100.0%
2回目	21.7%	13.0%	10.9%	13.0%	0.0%	0.0%	41.3%	100.0%

相双地区（福島-B）における地域精神保健医療福祉システムの 再構築に向けた支援者支援に関する報告

研究分担者 伊藤順一郎¹⁾

研究協力者（主執筆者に○）○高木俊介²⁾ 三品桂子³⁾ 米倉一磨⁴⁾ 須藤康宏⁵⁾

上久保真理子⁶⁾

- 1) 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター
- 2) たかぎクリニック
- 3) 花園大学 社会福祉学部 臨床心理学科
- 4) 相馬広域こころのケアセンターなごみ
- 5) メンタルクリニックなごみ
- 6) 医療法人社団互啓会 ぴあクリニック

要旨

東日本大震災による被災の中でも福島県相双地区（福島-B）においては、福島第一原子力発電所の事故によって精神科医療保健福祉サービスが壊滅状態となった。「NPO法人相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会」によって平成24年から相馬広域こころのケアセンターなごみ（以下なごみ）が開設され、ついでメンタルクリニックなごみが開設された。現在は、震災PTSDやアルコール関連問題等地域からのニーズに添った活動を行い、来年度より訪問看護ステーションを開設する予定であり、今年度の支援活動はそれらに焦点をあててきた。そのために行ったことは以下の4点である。①訪問看護ステーション設立準備支援：全国4カ所の訪問看護ステーションを訪問・研修し、ノウハウを学んだ。②なごみの活動、とりわけアウトリーチに対するスーパービジョン：今年度は同じスーパーバイザーを継続的に派遣し、現地のニーズにそった助言・指導・学習を行った。③外部への広報活動：精神障害者リハビリテーション学会沖縄総会にて自主シンポジウムを行った。④震災PTSDなど地域の支援ニーズに対する研修：震災後PTSDについて保健福祉医療関係者と一般市民に対する啓発・教育のために講演会を行った。その結果、前回支援と比べると現地チームスタッフ相互の有機的な連携が図れるようになり、ミーティングの量も増えていることがわかった。相馬地域の精神保健福祉システム形成においてなごみに求められる役割が著しく増大しており、それらの一つ一つを通して相馬地域の精神保健福祉システムが形成されつつあり、なごみのスタッフに求められるスキルもより高まりつつある。多岐にわたるスキルをどのようにスタッフが獲得していき、精神保健福祉システム形成に役立てていくのが課題である。特に、被災より3年近く経過してより顕在化していくであろうPTSD、うつなどに関する理解を深める、ミーティングを含めて支援の質をあげる必要がある。

A. 研究地区の背景

東日本大震災による被災の中でも福島県相双地区においては福島第一原子力発電所の事故によって、すべての精神科病院、自立支援事業所の避難を余儀なくされ、精神科医療保健福祉サービスはその直後から壊滅状態となっていた。震災から3年後の現在、自立支援事業所のほとんどが再開したものの、警戒区域に開設していた事業所は避難場所での再開であり完全な復興は遂げていない。

福島県立医科大学こころのケアチームが震災直後より発足して相馬市を中心とした支援を進めてきたが、その活動を継続的に進めて行くため、平成23年11月にNPO法人相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会が設立された。その会によって平成24年1月10日に相馬市、南相馬市を対象地区として、相馬広域こころのケアセンターなごみ（以下なごみ）が開設され、被災者の支援や障害者の支援をおこなっている。

また、同時に精神監護法の制定の発端となった相馬事件以来、精神科医療機関が開設されることはなかった相馬市において、メンタルクリニックなごみが開設された。

現在、なごみクリニックは法人化されて、それまで沖縄など遠方からの支援体制に頼っていた医師も、蟻塚亮二医師を常勤医師として迎え、地に足のついた診療体制を敷くことによって、それまで診療の追いついていなかった震災PTSDと診断されるケースが増え、地域からのニーズに添った活動となっている。

こころのケアセンターなごみは、来年度より訪問看護ステーションを開設する予定であり、今年度の支援活動はその準備支援が大きな課題となった。

B. 支援活動の実施における準備

平成25年5月に相馬広域こころのケアセンターなごみで行われた、国立精神・神経医療研

究センター研究員による前年度の支援活動についてのインタビューでは、以下のような点が現地より語られていた。震災後2年となり、なごみの側の支援体制が整いつつあり、実践のなかで関係機関とのカンファレンスも増えてきて連携ができるようになってきた。

しかし、地域全体として復興に向かっているとは言いにいく、原発事故による避難者の問題も含めて、一部の被災者が置き去りにされつつある。さらに、被災による混乱の中で潜在化していた課題がさらに蓄積され、困難ケースとして顕在化してきている。

そのために、活動範囲の際限なく広がる中でスタッフの困惑が広がり、心身の疲労や疲弊が懸念される。

このような状況の中で、外からの支援に期待することは、知識や技術のさらなる習得と同時に、より具体的な支援方針についてのコンサルテーションが得られるような場が必要ではないか。その場合、現地との関係性が築けた担当者が継続的にスーパービジョンを行うのが好ましい。全国のACTの見学については、アウトリーチによる生活支援が具体的にわかってよかったという意見と、現実の相双地区の状況の中でACTのように特殊化された支援方法ではなくもう少しジェネラルな学習が必要ではないかという意見があった。

また、被災から2年たち、そろそろ自分たちが話をしてもいい時期に来ているのではないかという意見も出された。

Aに述べた背景と上記のような意見・反省から、今年度は以下の活動が準備された。

1) 訪問看護ステーション設立準備支援

来年度の訪問看護ステーション設立をにらんで、ACT活動に限らず全国の訪問看護ステーションの活動に広く学び、その経営・運営のノウハウも含めて研修を行う。具体的には以下の訪問看護ステーションを4班に分かれて見学・研修する。

訪問看護ステーション「元」(立川市)
訪問看護ステーション「円」(立川市)
訪問看護ステーション「庄内」(鶴岡市)
ピアクリニック(浜松市)

2) なごみの活動に対するスーパービジョン

今年度は同じスーパーバイザーを継続的に派遣し、現地のニーズにそった助言・指導・学習を行う。なごみ側のチームリーダーとスーパーバイザーのやりとりによって事前にチームの課題を把握、コンサルテーション内容を確認した。また、来年度より訪問看護ステーションを開設するにあたり、情報をどのように共有していくのかなどある程度具体的なノウハウを教えてほしいとのことであった。

そのため、毎回スタッフ全員を前にしての1時間ほどの講義・演習を行うこととし、30～40枚のスライドを予め作成した。

3) 外部への広報活動

東北大震災の中でも、原発事故による避難をとまなう特殊な状況の語り部として、外部に積極的に経験を話す。そのため精神障害者リハビリテーション学会沖縄総会にて自主シンポジウムを行う。

4) 震災 PTSD など地域の支援ニーズに対する研修

震災からの時間経過となごみの活動の充実と共に表面化してきた現地ニーズに対して、保健福祉医療関係者と一般市民に対する啓発・教育のために講演会を行う。計画されたのは、
①メンタルクリニックなごみ院長の蟻塚医師による今震災によって生じた PTSD、および沖縄の戦争 PTSD について
②次第に深刻化するアルコール依存について
の二つである。(アルコール問題については今年度未達)

C. 現在構築されている支援体制

各支援活動について順次その実施結果について報告する。

1) 訪問看護ステーション設立準備支援

- ・平成 25 年 10 月 16 日～18 日
訪問看護ステーション元 2 名
- ・平成 25 年 12 月 8 日～14 日
訪問看護ステーション円 4 名
- ・平成 26 年 1 月 16 日～18 日
訪問看護ステーション庄内 3 名
- ・平成 26 年 3 月 3 日～7 日
ピアクリニック 1 名

以上 4 カ所を見学・研修した。

どの班にとっても訪問看護ステーションを具体的に知るのははじめてであり、しかも今後実際に自分たちで運営するとあって、レセプトの処理など純経済的なことまで含めて真剣に学んできた。「円」「元」は訪問看護ステーションに加えて生活訓練事業なども行っており、資源の少ない現地でこの経験をどう生かすかを考えさせられている。「庄内」では医療関係機関との関係の円滑さの必要性や、地域住民へのあいさつの大切さなども学んだようである。

2) なごみの活動に対するスーパービジョン

今回の研究班の事業の中では中核に位置づけられる活動であるが、報告書作成時点ではまだ活動が完了していない。3 回の連続スーパービジョンのうち 2 回が完了し、平成 26 年 3 月中に第 3 回が行われる予定である。本報告では、これまでの 2 回のスーパービジョンを行ったピアクリニックの上久保氏の報告と、なごみの感想を記した報告から抜粋する。

①スーパーバイザーより

- 1 月 27 日(月)～29 日(水)、
- 2 月 17 日(月)～19 日(水)、
- 3 月 10 日(月)～12 日(水)の 3 回に分けてチームのコンサルテーションを行った。

(3 月分は本報告書執筆時点では未施行)

②スタッフ全員を対象とした講義・演習

全般に個々の切実な思いや本音が出にくい雰囲気があるので、まずは上久保が状況やさまざまな感情に関して生々しく語ることを心がけた。

第1回：

「診療所と訪問看護ステーションの情報共有、多職種連携をどのように行っているのか」

うまくいった事例とうまくいかなかった事例について実際の写真なども交えて具体的に伝える。ACT 全国研修準備をめぐるチーム内の混乱と葛藤を生々しく伝え、多職種チームの可能性と難しさについて改めて感じていただき、そのようなことがらを話しても良い雰囲気作りの醸成に努める。

第2回：

「チームの成長と ACT フィデリティ評価」

ぴあクリニック ACT チームはフィデリティ評価を通して非常に成長したといえるため、フィデリティ評価とは何か、どのような点を評価するのか、どのように評価されチームとして成長していったのかをお伝える。

第3回：

「リカバリーとストレングスモデル」

訪問同行、事例検討会への出席などを通して、リカバリー志向、ストレングスモデルの理解を深める必要性を認識する。そのため、演習形式でリカバリーとストレングスモデルについて最低限の理解を図る予定である。支援全体を通じ、継続してチームに入ることによって、チームを評価することも大きな役割でもあるので、チームの成長に関しては積極的に評価、ミーティングでスタッフ全員の前でも報告した。上記のスーパーバイザーからの報告に対して、現場の側からの感想もあがっている。

第1回：ピアクリニックのキャッチメントエリアや訪問の調整について実際に行っている訪問看護の苦勞を知ることができた。立ち上げから現在までの苦勞やチーム内で起こることについて、なごみが抱えている問題と共通していることが理解できた。

また、地域の資源と効果的に連携できるかも課題であり、地域で支える一つの支援機関としての存在意義について共通した目標であると共有できた。

第2回：ACT で行っているフィデリティの実際について説明を受けた。自己満足に陥らない支援を行うには、何らかの基準に沿った支援を行うことが重要であるとわかった。当センターでも、ACT を行うかどうかはわからないが、このような、外部評価を受けることも利用者にとっても必要なことであると言える。しかし、当事者に対するよりきめ細かな支援は、チームにゆだねられている。今後も、ACT ネットワーク等の連携を保ちながら支援を行う必要がある。

以上、スーパービジョンを行う側と受ける側の報告をすりあわせてみると、今回の支援においては両者の目標がかなり共有され達成されていると思われる。

3) 外部への広報活動

日本精神障害者リハビリテーション学会第21回沖縄大会（平成25年11月28日～30日）にて自主シンポジウム「福島からの発信～原発事故にともなう病院避難と地域精神保健・医療福祉システムの構築～」を開催した。演題抄録を抜粋する。

「演者らは、いずれも警戒区域内の精神科病院に勤務していた職員である。予想だにできなかった入院患者の搬送・転入院という異常事態を収束させ安堵したのも束の間、地元の精神医療機関が壊滅状態であることに気づく。全国からの支援医師やコメディカルによる臨時精神科の開設、こころのケアチームによる保健活動の展開、従業員不足の福祉施設に対するエンパワメントなどを通じ、包括的な地域精神保健・医療福祉システムの構築が叫ばれた」となごみ開設にいたる経緯を話し、「原発事故という未曾有の状況下における活動であるが、実施している内容そのものは全国にも十分波及しうるも