

〔論説〕

うつ・自殺予防のための健康教育教材の開発と活用 —地域介入における社会サポート資源の開拓に向けて—

坂下 智恵¹⁾

The development of a teaching booklet for preventive education of depression and suicide

Tomoe Sakashita¹⁾

I. うつ病対策と自殺予防

青森県は全国的にみて自殺率の高い状態が続いている。自殺率は地域格差が大きく、青森県内においても自殺が多発する地域が散在している。自殺は複合的な要因により発生するが、自殺者の多くは直前に精神障害、とりわけうつ病に罹患していることが明らかにされている¹⁾。

うつ病は自殺に最も関係する要因である。自殺の危険の高まったうつ病者に対しては、うつ病治療によって自殺を回避する可能性が高まる。また、自殺率の高い集団に対しては、うつ病対策によってその自殺率が低減する介入研究が複数報告されており²⁾、その対策のうち、うつ病スクリーニングは本邦の地域住民に対し自殺予防効果が証明されている³⁾。

このように、うつ病や自殺の問題は、保健・医療による介入が奏効するものの、うつ病者や自殺の危険の高い者は、その精神病理ゆえにセルフケアや援助希求に困難を来している事例が多い⁴⁾。うつ病は生涯有病率が7%に上るありふれた病気であるものの、うつ病者の多くは適切な治療を受けていない^{5~8)}。よって、うつ・自殺予防のためには、地域住民が正しい知識を備えることに加えて、うつ・自殺危険者を取り巻く社会サポートとしての役割を遂行することが望まれる。

また、地域住民はうつ病や自殺は心の問題としてその受容に困難を来しやすい。このことから、身近な社会サポートを構成する人材には、家族や近隣者のみならず、ボランティア、地域福祉関係者らを想定すべきと考えられる。これらの人材には、①うつ病に関する基本的知識、自殺とうつ病の関連を知ること、②家族や近隣者が、うつ・自殺の危険のある人に気付き、相談に応じることが

できることが期待される。これらに加えて、ボランティアや地域福祉関係者には、自殺行動について詳しい知識を持ち、自殺の危険を孕む状況を察知して対処すること、いわゆるゲートキーパー⁹⁾としての役割が期待される。よって、③うつ・自殺の危険のある人への基本的な対処と専門家と連携する方法について知ることが望まれる。

II. うつ・自殺予防における健康教育のあり方

わが国で自殺予防に成功した活動は、いずれも地域介入によって実践されたものであり、そのプログラムには健康教育が含まれている¹⁰⁾。メンタルヘルス領域では、通常、地域住民の集団に対して講義形式やグループワークを活用した手法により健康教育が展開されており、ここでは、参加者の気づきや行動変容の促進が期待されている。

うつ・自殺予防のための集団健康教育では、上述したように、参加住民が知識や対処技能を獲得することのみならず、身近な社会サポート役割を遂行することが望まれる。本人、家族、近隣者といった一般住民に対しては、まず、うつ病に関する正しい知識として、①うつ病はありふれた治療可能な病気であり、多くの場合、身近な者にもその症状を察知することが可能なこと、②うつ病者には援助を求めない心理が生じること、③心理的危機がうつ病を誘発することである。次いで、うつ病者に対する社会サポート役割に関連することとして、④うつ病者にとって身近な支援者であること、⑤地域づくりや健康診断への参加によってうつ・自殺予防が可能なことを理解することが期待される。また、ゲートキーパーの役割が期待されるボランティアや地域福祉関係者らに対しては、上記に加えて、①うつ・自殺危険者の発見と初期

1) 青森県立保健大学健康科学部社会福祉学科

Department of Social Welfare, Faculty of Health Sciences, Aomori University of Health and Welfare

介入の方法、②専門家との連携と見守りの実践について、気づきや行動変容が期待される。

本邦の地域介入で実施されていた健康教育プログラムでは、住民集団に対してうつ・自殺の内容を中心に講義やグループワークがなされていた¹⁰⁾。この他、うつ・自殺予防のための集団健康教育では、参加者の気づきや行動変容を促す教材が活用されており、地域住民向けに作成された教材として、うつ病の症状・治療に関する知識¹¹⁾を伝達するものが多い。さらに、うつ病患者を取り巻く家族・近隣者の対処を紙芝居などの媒体で示すものもある¹²⁾。しかしながら、参加住民に対して、うつ・自殺危険者の身近な社会サポートとしての役割を促すことを期待して作成された教材は数少ない。

Ⅲ. 地域介入によるうつ・自殺予防のための健康教育教材の開発

1. 健康教育教材の開発経緯

1) 教材開発の目的

青森県立保健大学健康科学教育センター平成18年度ブックレット作成事業において、平成17年度同健康科学研究センター指定研究官学連携研究「青森県自殺多発地域における自殺予防のための地域介入研究」¹³⁾の成果を還元するためにブックレット作成の予算が計上された。このブックレットは、地域介入によるうつ・自殺予防のうち、啓発・健康教育において活用する教材として作成された。青森県の自殺率が全国的にみて高い状態が続いていることを鑑みて、メンタルヘルスの視点から、うつ・自殺予防における集団健康教育を地域で展開すること、同時に、地域福祉の視点から、うつ・自殺危険者のための社会サポート資源を開拓していくことをねらっている。

うつ・自殺予防における健康教育のあり方に沿って、このブックレットの作成の目的を以下の事項に定めた。すなわち、①一般住民がうつ病に対する基本的知識と相談の方法を知ること、自殺と精神障害、とりわけ、うつ病との関連を知ること、②家族や近隣者が、うつ・自殺の危険のある人に気付くこと、および、③ボランティアや地域福祉関係者がうつ・自殺の危険のある人への基本的な対処と専門家と連携する方法について知ることとした。

2) 教材内容の根拠

このブックレットを活用した集団健康教育では、以下の事柄が考慮された。まず、地域において、うつ病の早期発見と自殺予防を進めるためには、セルフケアよりも周囲の者の気づきと初期介入が重要となることである。上述したように、うつ状態に陥ると、症状としての絶望感により、援助希求行動が減退するため、当事者は自ら

相談機関や治療機関を訪れることが困難となる。それゆえ、家族や周囲が本人の変化に気づき、相談・治療機関に結びつけることが必要となる。

また、生涯有病率の高さからも、地域で適切な治療に結びついていないうつ病患者が相当数に上ると推察される。さらに、うつ病は継続した治療が必要であるとともに、再発することも多く、長期的なケアが必要である。健康教育によるうつ病の正しい知識と相談窓口に関する情報伝達が、本人を取り巻く身近なサポーターの対処能力を高めることが期待される。

地域福祉関係者、ボランティアなど、既に小地域単位で保健福祉活動に従事している者については、その地区のゲートキーパーとしての役割を期待することができる。そのためには、うつ・自殺者への初期対応と専門家との連携に関わる技能を身につけることが求められる。ゲートキーパーの育成によって、ソーシャルサポートの構築、さらにはハイリスク者の自殺予防にも繋がるのが期待される。

現在、自殺予防効果を有し、かつ、地域で実践可能なプログラムとして、うつ病スクリーニングが開発されており、著者らの官学連携研究においてもその有効性が示されている。うつ病スクリーニングは自殺多発地域などの集団に対する自殺予防活動に有効であるものの、スクリーニングの有効性が発揮されるのは、その集団の6割の受診率を確保することが必要であることが示されている。現在、住民基本健診にうつ病スクリーニングを組み込む形で実施されているが、受診率の低さとともに、心の健診に対する抵抗や途中拒否などの脱落者の事例が課題となっている¹³⁾。うつ病スクリーニングが有効に実施されるためにも、住民への啓発は欠かせない。

2. 教材の体裁と内容

今回作成した教材は、タイトルを「地域で支える心の健康—メンタルヘルスと地域福祉の協働によるうつ・自殺予防」とした10頁のブックレットである¹⁴⁾。見出しを多くし、カラーの図やイラストを多く取り入れることで、読みやすいよう工夫をした。

本ブックレットの構成は次のとおりである。まず、我が国と本県の自殺の現状を取り上げた。次に、メンタルヘルスの立場から、自殺とうつ病などの精神障害との関連を指摘し、さらに、うつ病の基礎知識、自殺高危険者への対応、メンタルヘルスと予防について説明した。また、地域福祉の立場から、社会福祉協議会のしくみと見守り活動に説明した。

ブックレットの具体的内容は以下のとおりである。

1) うつ病の疫学・症状

うつ病の疫学、うつ病と自殺との関係について概説

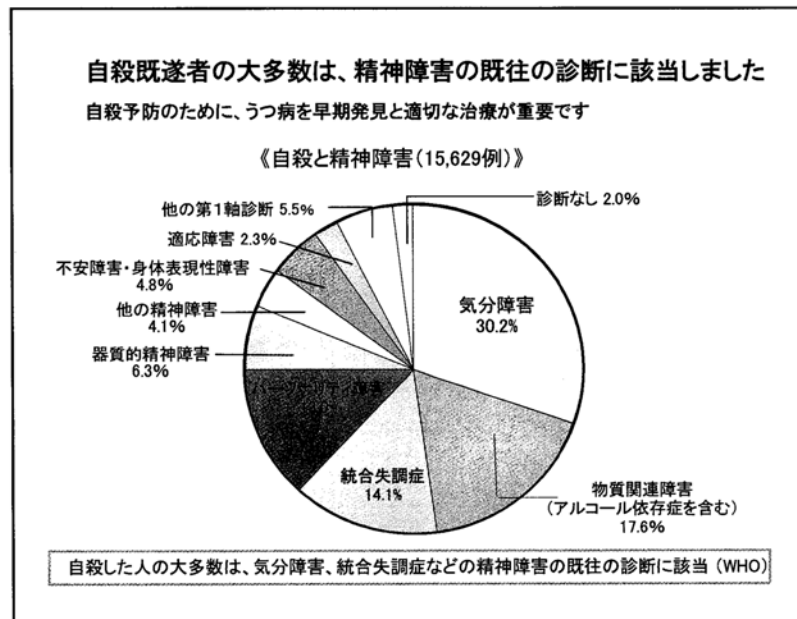


図1 ブックレット：2頁. 自殺と精神障害

した。うつ病は生涯有病率が7%に上り、ありふれた病気であること、うつ病者の多くは適切な治療を受けていないこと、また、自殺者の多くは直前に精神障害、とりわけうつ病に罹患していることが多いことに言及した(図1)。

次いで、うつ病の症状のうち、周囲の者が気づきやすく、診断の確率が高いものを説明した。うつ病の症状・サインやうつ病者の病的心理を説明し、援助を求めない心理(絶望感)が生じることについて言及した(図2)。

2) うつ病の治療

うつ病が治療可能であり、治療方法、早期発見・早期治療の必要性について言及した。実際の治療過程について具体的な事例を示した(図3)。

3) 自殺危険者への対応・専門家との連携

自殺危険者の心理を踏まえて、ゲートキーパーに求める基礎的カウンセリング手法として、共感、焦点化および直面化について説明した。次いで、専門家との連携の方法を示した(図3)。

4) ライフサイクルと心の健康

各年代に遭遇しやすいライフイベントを例示し、さらに、心理的危機に対する予防の仕組みについて概説した(図4)、一部の地域ではうつ病の健康診断(うつ病スクリーニング)を実施しており、高い受診率のもとに自殺予防効果が得られることに言及した。

5) 地域福祉活動への期待

社会的孤立を防ぐ地域福祉活動を例示し、うつ病者に対する見守りの重要性を指摘した(図5)。また、地域福祉の拠点となる社会福祉協議会について概説した。

3. 活用の方法

このブックレットは集団場面の健康教育で活用されることを想定して作成された。また、広報媒体として単体で配布することも想定した内容となっている。配布対象には、一般成人住民、保健福祉領域のボランティア、および、民生委員などの地域福祉関係者を想定している。

健康教育の実施形式は講義やグループワークにおける活用を耐えうるものとした。講義の場合、本ブックレットの内容説明に要する時間はおよそ45分である。ブックレットの内容には、地域の相談窓口に関する情報提供やうつ病スクリーニング実施に関する情報は含まれていないため、これらのサービスを行っている地域では、併せてその情報を伝えることが望ましい。

IV. 事例—住民に対するうつ・自殺予防の健康教育とブックレットの活用

1. はじめに

本ブックレットはうつ・自殺に関わる集団健康教育における活用を目的として作成された。経験的には、地域における集団健康教育の参加者は、一般住民と少数のボランティアから構成されていることが多い。本項では、このような住民集団に対して、本ブックレットを用いた集団健康教育の事例を提示する。この事例はX市により保健事業として実施された健康教育のものである。健康教育は講義とグループワークの形式で進められており、①うつ病の基礎知識の獲得、②身近な人材サポート役割への気づき、③うつ・自殺高危険者に遭遇した場合の専門家との連携について、住民の認識の変化が期待されていた。

2. 対象者

中高年者自殺の多発する X 市 A 地区（人口 2,500 名）において、管轄の X 市が事前に広報にて住民に参加を呼びかけた。参加を希望した一般住民・保健ボランティア 15 名に対し、うつ・自殺予防に関わる健康教育が実施された。事業担当者により、参加者と事業担当者による公開の話し合いが、講演の後に行われることが説明された。参加者の内訳は、男性 1 名と女性 14 名、年代は 30 歳代 1 名、40 歳代 3 名、50 歳代 5 名、60 歳代 6 名、職業は農業従事者と主婦が大半を占めた。リーダー 1 名と補助者 1 名がスタッフとしてセッションを進めた。

参加者には、この健康教育が研究として行われていること、話し合いの内容が筆記により記録され、その記録が個人との連結が不可能な形式で公表されること、および、途中で参加を辞退してもよいことが、予め、事業担当者によって説明されていた。

3. 方法

参加者に対して、地区公民館において 100 分のセッションを 1 回のみ実施した。厚生労働省による「標準的な健診・保健指導プログラム」¹⁵⁾ に準じて、次の構成のもとに進めた。初めに、これまでの対人援助についての振り返りと現状の確認を行い、参加者がこれまでにうつ病についてどのように理解しているのかについて、その印象を把握した。次いで、ブックレットを用いてうつ病に対する理解の促進を図り、また、社会資源および早期発見・介入方法について紹介した。さらに、グループワークを用い、気づきの共有化を図り、地域で取り組もうとする意欲を促した。具体的には、以下のとおりである。

(1) うつ病に対するイメージの想起 (5 分)

セッションの冒頭と最後に、リーダーが「うつ病のイメージや印象」を書くように指示した。

(2) ブックレットを用いたうつ・自殺予防に関わる健康教育 (45 分)

本ブックレットに沿って、講義形式で以下の項目についてリーダーが説明した。内容は、うつ病の症状と治療 (図 2)、うつ病と自殺の関連性 (図 1)、自殺危険者への対応 (図 3)、地域・職場のメンタルヘルス (図 4) とうつ病の健康診断、および、うつ病による生活問題と気づき・見守り (図 5) であった。

(3) 問題提起と解決のための話し合い (50 分)

予め、リーダーが用意した課題（「うつ病の人に会ったら、何をしますか？」）に対して、問題解決のための方法を具体的に述べるように促しながら、全体の話し合いを進めた。参加者から自発的な発言がなかった場合、円環状に発言を求めた。また、参加者から課題が出され

た場合、その課題に対する問題解決の方法について発言を求めることとした。解決困難な話題となった場合は、解決方法に関連する既成の情報をスタッフが提示した。

4. 結果

話し合いにおける参加者の発言が筆記により記録された。匿名性を保つために記録を一部改変・省略した材料のうち、主要なものを以下に提示する。

1) 参加者のうつ病イメージの変化

セッション導入前には、うつ病イメージとして、参加者から次の反応カテゴリーが得られた。

①病気の性質に関する反応：「こころの病気」「罹ったら大変」「難しい」「暗い病気」「軽い」「こころの問題」

②外観に関する反応：「落ち込み」「表情が暗い」「気難しい」「家に閉じこもる」「人に会いたくない」「元気がない」

③その他：「更年期」

セッション終了時には、うつ病イメージとして、参加者から次の反応カテゴリーが得られた。

①病気に関する反応：「治る」「早く治る」「治せる」「理解しにくい病気」

②外観に関する反応：「普通の人に見える」「自分で病気を作っているようだ」

③治療・援助に関する反応：「病院に行くことの大切さ」「薬が重要」「周囲の人がうつになっていたらお節介しても病院に連れて行く」

④その他：「自分もなるかもしれない」

2) 問題解決に向けた話し合いの経過

リーダーが、参加者に課題を問いかけた。開始当初には発言がなかったため、参加者へ順に発言を求めた。

【うつ病患者との遭遇とその経験】

<(リーダー)うつ病の人と出会ったらどうしますか？>
「体調を聞く」

「うつ病になった人を何人か知っているが、絶望感や『死にたい、遠くに行きたい』と話していた。うつ病の疑いのある人は『気力がない』ということをやっていた。定期的に暮らしぶりを聞いてみる。電話に出ないなどの拒絶型の人へは、葉書を出した」

『『どうしているの?』と聞く。近所にうつ病らしき人が実際にいる。『何かやってみたら』と野菜作りなどを勧めてみたこともあるが、今も何もしていないようだ』
「声をかけてみたいが、まだ、うつ病の人に会ったことがないから分からない」

「産後の肥立ちが悪い人がいたが、うつ病だったかもしれない。その人に対しては、そっとしておいただけ」

「うつ病に罹ると、どういう症状が出るのか分からな

かった。うつ病のサインに当てはまる人がいて、現在、声がけをしている」

【見守り・専門家連携の難しさ】

<(リーダー)時々、心配な方には声をかけているのですね。見守りが行われているのですね>

「声がけをしている。みんなでやっているが、それ以上うまくいかない印象がある」

「(うつ病かもしれない人に)挨拶を心がけていた。返事をしてくれるが、それ以上、話が続かなかった」

「でも、声がけを保健ボランティアの立場ですと、『大きなお世話だ』と言われると思う。それ以上、どうしていいか分からない。そっとしておいたほうがいいのか。みんなでなんとかしようとしているのだが」

「うつ病らしき人がいたとしても、そのことを保健師さんには言えない。本人が『誰から聞いてきたの』と保健師さんに聞くと、自分の名前を出されたら、告げ口だと思われるから嫌だ」

「やはり、(専門家が)訪問したほうがいい」

<(補助者)出会った方が、うつ病ではなく寝たきりの人であれば、保健師に連絡できますか?>

「寝たきりの人であれば保健師に連絡できると思う」

「身体の病気で困っている人がいたら、保健師に連絡できる。心の病気に人に対しては、(保健師に)連絡すると、人間関係が壊れるのが心配なので、連絡できない」

「しかし、うつ病の人がいて、声をかけられなかったら自殺の問題が心配」

【心の健康診断の必要性】

<(リーダー)多くの人がうつ病の健康診断に参加することでも、地区の自殺は減らせますよ>

「声を掛けあって、健康診断を受けに行くことならできる。しかし、拒否されるとそれ以上誘うのは難しい」

「健康診断で自殺が減るのなら、それに参加する方が(直接、声を掛けるよりは)無難だと思う」

「地区に自殺が多いのなら、みんなで(うつ病の)健康診断に行くべき」

「(男性参加者)声かけや健康診断は女性の方が前向きにやっている。しかし、男性は苦手な人が多い。だが、日頃のコミュニケーションが沢山あった方がよいと思う」

【当事者・家族の立場】

「私も、事故に遭った後にうつになったことがある。普段は明るい私なのに、そのときは気持ちが落ち込んで、どうしていいか分からなくなった。人に会いたくなくなった。2ヶ月位したら良くなった。とにかく、趣味の

絵を描こうとがんばった」

「私の息子は今思うと、うつになっていて、自殺した。自殺する前、様子がおかしかったので、何度も『病院に行こう』と言ったのに、『仕事が忙しくて行けない』と本人が言い続けたので、病院に連れて行けなかった。自殺前の(本人の)気持ちはどのようなものか?」

<他人なら助け合えることでも、家族間ではそれが難しいこともあると思います。本人は追いつめられた末に、視野狭窄に陥っている場合が多い>

その他、参加者から以下の質問が出され、スタッフが回答した。

「中学生でもうつ病になるか」「精神科と心療内科の違いは何か」「元来ストレスに弱い人がある。結婚、出産など、人生の節目で『うつになりそう』という人には、予め、どのように助言すればよいか」「うつ病の人に、『薬で絶対に治るから』と告げてよいか」。

5. 小活

参加者は、中高年女性が大半を占めており、その構成は一般住民と少数の保健ボランティアであった。ブックレットを活用した講義の後のグループワークでは、参加者は当初、うつ病と疑われる者に接した経験を述べているが、慢性経過の事例に関する報告に限定されていた。その判断として、講義で説明されたうつ病のサインに関する情報が活用されていた。

次に、グループワークで話し合われたのは、うつ病と疑われる者に対しての声かけの難しさである。多くの参加者から、精神障害固有の援助困難性が指摘された。加えて、うつ病者を発見した場合に専門家に報告することに対する抵抗感を多くの参加者が抱いていた。このことは、参加者の大半が一般住民であり、ボランティアが1名しか含まれていなかったことと関係しているかもしれない。

一方、その援助困難性に対する解決策として、参加者から訪問の活用が再提起されたことは注目に値する。これは、福祉サービスの活用への気づきが参加者に促されたため、と解釈できる。これを機に、スタッフはうつ病スクリーニングの必要性と有効性を提起することができた。しかし、うつ病スクリーニング参加の必要性と自殺予防効果の関連性について、参加者の理解は希薄であった。

グループワークの終盤には、自身のうつ病の体験や自殺者の遺族としての立場からの発言が一部の参加者からなされ、他の参加者はこれらの体験を共有した。参加した遺族からは、家族として援助が十分にできなかったことが語られており、それを機に、スタッフは身近な社会

うつ病のサイン

うつ病に罹患すると、単なる気分の落ち込みとは異なる経過で、心身にさまざまな症状が出ます。このうち、以下の3つの症状が2週間以上持続していたとき、うつ病が強く疑われます。

気分が落ち込んだ時、
いつまで経っても気分が回復せず、
2週間以上もこのような状態が続く

2週間以上、食欲がなく、
体重も3Kg以上やせた

普段より、2時間も早く目覚める(早朝覚醒)
これが2週間続く

うつ病にみられる心理的な症状は以下のとおりです。病的な悲観にとらわれるのみならず、意欲が低下し、思考力も鈍るため、多くの場合、一時的に生活の機能が低下します。また、無力感や絶望感に悩まされることも多く、そのため、自ら援助を求めない人も少なくありません。うつ病の症状のために、自殺したいという気持ちも出現する人がかなりの割合でいるのも事実です。

これらの症状は、いずれも、精神科的治療によって改善させることが可能です。

うつ病には様々な症状があります

抑うつ気分

- ・気分の落ち込み
- ・病的な憂うつ・悲観
- ・何の希望も無くなる(無力)
- ・「誰も自分を助けられない」(絶望)

意欲の低下

- ・興味や喜びが無くなる
- ・気力が低下し、何もできなくなる
- ・人付き合いも嫌になる
- ・仕事をしたくなくなる
- ・新聞やテレビを見なくなる
- ・身だしなみに関心を払わなくなる

あせり・罪悪感

- ・あせってイライラする
- ・根拠なく自分の責任だと思ふ
- ・過去の小さなことを思い出しては悩む

思考力の低下

- ・集中力が無くなり能率が低下する
- ・物事の判断ができなくなる

自殺したい

図2 ブックレット：3頁. うつ病のサイン症状

うつ病の治療

うつ病は早い段階に、適切な治療を受ければ治る病気です。しかし、放っておくと慢性化しやすく、再発しやすい特徴があります。

うつ病の多くは薬剤(抗うつ薬)を服用することで大半は良くなります。しかし、ストレスを受け続けていると回復が遅れます。

服薬を続けながら、十分な「休養」をとる事が大切です。カウンセリングの併用も有効です。ストレスを軽減するための環境調整も重要です。

回復すると「死にたい」という気持ちも消失します。

自殺の危険のある人への対応

自殺の危険を確実に察知する方法は確立されておりません。しかし、うつ病にかかっている人が具体的に自殺を考えていたり、衝動コントロールが低下している(思いつきの行動が頻回にみられている状態)場合には、自殺の危険が高いといえます。

自殺の危険が高い人の援助の原則は、「共感」、「直面化」、そして「相談・受診」です。

共感とは、自殺を考えている人の心理を援助者が理解することです。自殺を考えている人に共通する心理として、以下のことが知られています。

- ① 心の痛み(恥、罪悪感など)があり、そのため、現実から逃避したいと考えている。例えば、「遠くへ行きたい」と言う。
- ② 二者択一的な思考法(二分思考)に陥っており、他の可能な選択肢を探れない。例えば、「もう自分には生きるか、死ぬかしかない」と信じ込んでいる。
- ③ 生と死に対する欲望の両面性がみられる。具体的には、「生きたい」という願望と「死にたい」という願望の間を激しく揺れ動く心理がみられる。

自殺を考えている人の多くは、防衛的となっており、はじめから自殺願望を自ら述べる人は多くはありません。しかし、①、②、③のような気持ちは、本人も述べやすく、次の自殺願望の直面化の糸口となります。すなわち、これらの気持ちを本人が吐露した後に、「死ぬことを考えているのですか」と援助者が尋ねると、多くの場合、本人はそれを認めることでしょう。

その直後に、本人と「自殺しない」という約束を取り交わすことが有効です。そして援助者として、この事実を家族に伝え、さらに、心理専門家(保健師、臨床心理士、医師など)へつなげるべきです。本人の強い自殺衝動は一時的なものであり、また、自殺を誘発している心理状態は、通常、長く続くことはありません。仮に、これらの援助で本人との人間関係が悪化するようなことがあっても、多くの場合、本人の心理的混乱が収まった後は、人間関係を修復することが可能です。

図3 ブックレット：4頁. うつ病の治療と自殺危険者への対応

こころの健康づくりと保健活動

次に、「治す」以前に「予防」することを考えてみましょう。下のイラストには年齢に応じて遭遇しやすいライフイベント（人生上の大事件）が示されていますが、ライフサイクルとこころの健康には強い関連があります。離婚、子どもの独立、配偶者との死別といった事件が引き金となり、心が疲労し、不調を訴える人も少なくないのです。辛い出来事ばかりではなく、結婚や昇進といった楽しい出来事も、心の疲れに影響することがあります。生活のペースを変えてしまう出来事は、ストレスとなりやすいのです。

“人生って体も心も疲れる時があるんだね”…そのとおりですね。もし、そのことが前もって予想されるのなら、何か手をうつことができるのではないのでしょうか。台風の前報が出ればそれに備えますが、心の健康も同じこと。事前にくいとめるような対策が必要です。

地域・学校・職場には、健康づくりをサポートする専門職がいます。看護師・保健師・養護教諭・精神保健福祉士など多くの専門職が、健康で生き生きと暮らすためのお手伝いをしています。予防のための心がけや、心の不調を感じた時の対応などをアドバイスしてくれたり、あなたの努力が少しですむよう環境に働きかけたりしてくれます。まずは皆様の周りの専門職の役割を知り、必要な時には活用できるよう備えておきましょう。そして、専門職の存在を知らない人がいたら、ぜひ情報を教えてあげてください。誰もが心の健康を害する可能性のある現代社会。家族や地域が一緒になって未然に防ぐ取り組みをしていきましょう。

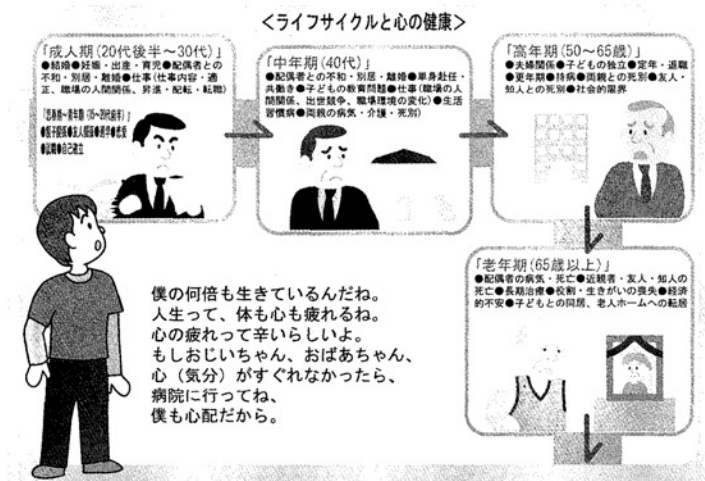


図4 ブックレット：6頁、ライフサイクルと心の健康

見守り活動

かつての日本の地域社会では、どこでも、隣近所の交流が豊富にありました。「挨拶」から「助け合い」といった活動は、相互扶助的な「ゆい」や「講」と呼ばれていました。そこには、隣近所の「目(め)・配り」や「気(き)・配り」という暖かいまなざしが基礎にありました。このような素朴な見守り活動は、孤立から引きこもりを予防し、また、孤独死や虐待を抑止していたに違いありません。

「声かけ」や「見守り」活動を豊かにして、まず、「心の病気のために、生活が後退している人々」に気付くことが、自殺予防につながると期待されます。

その活動の担い手として、社会福祉協議会、民生委員・児童委員、福祉委員による活動や各種ボランティアによる活動に大きな期待が寄せられます。

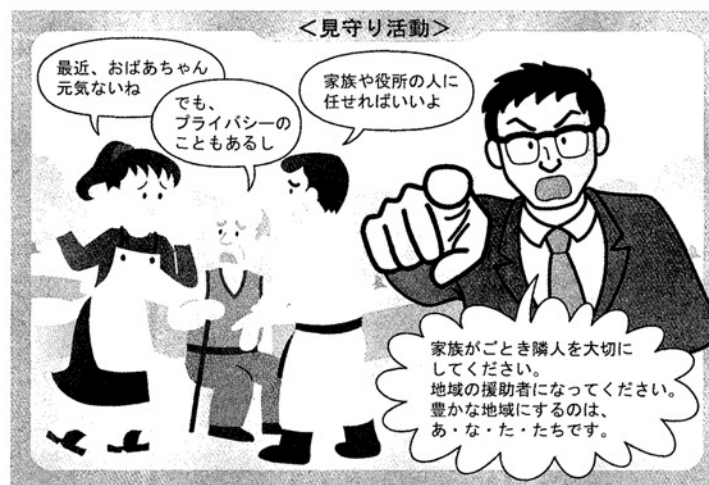


図5 ブックレット：8頁、地域における見守り活動

サポート役割としての家族の限界について言及することができた。これは、参加者はうつ病への否定的な印象が薄れたことと、グループダイナミクスによる自己開示性の高まりによって誘発された可能性が高い。

また、開始前には、参加者は、うつ病や自殺に対して漠然とした否定的な印象を抱いていたものの、講義やグループワークの後に、参加者はうつ病が身近な病気であると同時に、治療可能であるという印象に変化していた。しかし、参加者は慢性経過の事例のみを想起しており、参加者にはうつ病の治療効果や回復する経過に関する理解が十分に得られていなかった可能性がある。

V. 考察

うつ・自殺問題は、当事者のみによる解決が難しく、周囲の者のサポートが得られることが望ましい。この視点から、本研究では、うつ・自殺予防のために、住民相互の社会サポートの促進をねらった健康教育教材を試作し、教材を活用した事例を報告した。

一般住民を対象とした健康教育の事例では、教材としてブックレットを用いたグループワークにより、提供される知識・情報の水準を確保することができた。うつ・自殺問題はセルフケアが困難であるため、その早期発見には、周囲の者の援助・対処行動が重要となるが、グループワークでの参加者の発言からは、これらに関する知識の獲得が確認された。地域住民の一部はうつ・自殺問題を抱えた者と遭遇した経験を有しており¹⁶⁾、その経験をグループワークで共有することにより知識獲得が促進されていたと考えられる。しかし、心の問題ゆえの受容困難性のために、当事者と遭遇した際の連携の難しさが課題として残った。ゲートキーパーの養成を目的とする場合には、専門家との連携を前提とすることにより、この問題は回避できるように思われる。

地域の自殺問題の解決にあたっては、うつ病の早期発見・介入に加えて、うつ病スクリーニングへの参加が有用であるが¹⁰⁾、今回の健康教育では、本教材内容を踏まえたグループワークの結果、参加者はスクリーニングの有用性に気づく契機とすることができた。うつ病スクリーニングは健診として自身の健康問題への気づきを促すだけでなく、1つの社会サポートであるとの理解を促進させることができたと考えられる。しかしながら、現在まで、住民基本健診にはうつ病スクリーニングをはじめとする心の健康に関する項目が含まれていないため、身体疾患に比べて精神障害については、住民が健診の有用性を実感することが困難であったのかもしれない。

今回の事例ではブックレットを用いて健康教育を実施したが、いくつかの課題が明らかとなった。まず、うつ病の知識の伝達には有用であったが、今回作成した

ブックレットの内容および活用方法では、うつ病への偏見是正の効果がさほど期待できないことが挙げられる。今回、著者らが作成したブックレットの内容は、既存の教材¹¹⁾の内容水準と同等であったが、さらに、うつ病の経過について十分な知識伝達が必要であることが示唆された。通常、特定の集団を対象としない一般住民への啓発では、1回のセッションで完結する形をとることが多い。今回も同様の形式としたが、偏見是正のためには、伝達する知識の充実を図ることに加えて、何度かセッションを重ねることが必要なのかもしれない。

参加者に自殺者の遺族が含まれていることは、当然、想定すべきことである。遺族の発言により、参加者に新たな気づきが得られる可能性が高い。本ブックレットには遺族向けの情報は含まれていない。経験的には、うつ・自殺予防のための健康教育の場には遺族が参加している頻度が高いと推察されるため、その健康教育のニーズには遺族ケアも含めるべきである。

本研究デザインは事例報告であるものの、得られた知見は教材開発に資する教育的示唆に富むものであった。その研究デザインゆえに、知見の再現性は保証されないものの、事例の対象集団、健康教育手法およびグループワークの展開過程はいずれも通例に則したものであったことから、再現性は十分に期待できよう。

謝辞

貴重なデータを提供いただきました岡沼早智子氏に深謝申し上げます。この研究は平成18年度青森県立保健大学健康科学教育センター「ブックレット」作成事業の助成を受けた。

引用文献

- 1) World Health Organization : Figures and Facts about Suicide. WHO/MNH/MBD/99.1, Geneva, 1999.
- 2) Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. : Suicide prevention strategies. A systematic review. JAMA, 294, 2064-2074, 2005.
- 3) 大山博史, 渡邊洋一, 坂下智恵, ほか: 地域介入による高齢者自殺予防: 本邦における介入研究の分析と統合. ストレス科学, 21, 1-10, 2006.
- 4) Ono Y, Tanaka E, Oyama H, et al.: Epidemiology of suicide ideation and help-seeking behavior among the elderly in Japan. Psychiatry Clin Neurosciences 55, 605-610, 2001.
- 5) Wasserman D : Affective disorder and suicide. Suicide. An unnecessary death (Wassermann D ed.), 39-47, Martin Dunitz, 2001.

- 6) 張賢徳:勤労者の自殺の心理的特徴. 産業精神保健, 10, 137, 2002.
- 7) 小井田潤一, 大山博史:高齢者自殺予防活動の事例(2)一岩手県浄法寺町における取り組み一. 高齢者自殺予防マニュアル(大山博史編), 176-194, 診断と治療社, 2003.
- 8) 日本医師会:自殺予防マニュアル. 一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応. 5-13, 明石書店, 2004.
- 9) Evans G, Farberow NL /高橋祥友監修:自殺防事典. 120, 明石書店, 2006.
- 10) 坂下智恵:うつ予防による自殺介入. 月刊総合ケア, 15, 51-56, 2005.
- 11) Ono Y: Suicide prevention program for the elderly:the experience in Japan. Keio J Med, 53, 1-6, 2004.
- 12) 田口学:Ⅲ. 地域における自殺予防活動の展開. 紙芝居による啓発. 自殺は予防できる:ヘルスプロモーションとしての行動計画と心の健康づくり活動(本橋豊, 渡邊直樹編), 102-111, すびか書房, 2005.
- 13) 大山博史(研究代表者):青森県自殺多発地域における自殺予防のための地域介入研究一保健・医療・福祉の連携体制構築の試み一, 青森県立保健大学健康科学教育センター, 2007
- 14) 坂下智恵, 渡邊洋一, 大山博史, ほか:地域で支える心の健康一メンタルヘルスと地域福祉の協働によるうつ・自殺予防. 青森県立保健大学健康科学教育センター, 2007
- 15) 厚生労働省健康局:標準的な健診・保健指導プログラム. 82-109, 2007.
- 16) 佐々木久長, 本橋豊:自殺高率地域住民の自殺に対する意識. 秋田大学医学部保健学科紀要, 13, 8-12, 2005.