

- アセスメントの方法としては「はい」「いいえ」の問診者の問診に回答する方式と、受診者自身が記入するチェック方式とが考えられます。前者については受診者の回答にバイアスがかからない利点がありますが、問診に慣れないと確認もれの可能性もあります。後者は従事者の確認がスムーズにできるという利点がありますが、チェックがつかない場合、陰性者であるのか、(アセスメントを) 受けない人であるのか、の確認が重要です。健診従事者数や地域性等を考慮して決めた方が良いでしょう。
- 事前に問診票を配布した場合は、受診者が既に記入していますので、その場で陽性項目がないかどうかを確認します。
- 未記入の場合は、受診者に1問ずつ質問し、「はい」「いいえ」を確認します。比較的若い年齢の方の場合は、その場で記入してもらっても良いですが、後期高齢者の場合は聞き取りの方が良いでしょう。
- 介護予防に関する健診ではからだの問診票を確認することも有用です。既往歴や、自覚症状及び治療中の疾患が有る場合は、そうでない場合に比べ、うつ傾向が高いと考えられます。先行研究でも「糖尿病」、「胸がしめつけられるような痛み」「腰・背中の痛み」「めまい・立ちくらみ」「耳なり」「意識を失って倒れたことがある」「のどがよく渴く」の項目で有意に関連があるという結果が出ています。
- はじめは、保健師・看護師の問診が慣れないため、陽性者が多くなりがちです。実際にアセスメントに取り組んだ看護師からも「はじめはとまどったが、2・3回したらスムーズにできるようになった」という意見も多く、問診の経験を重ねることが大切です。
- 結果については、陰性者の場合、「問診の結果、〇〇さんのこころの状態は良好でした、これからも心の健康づくりに努めて下さい」等声かけします。
- 介護予防に関する健診の結果が陽性の場合、「簡単な問診の結果、〇〇さんは少しこころが疲れているようです。もう少し詳しくお話をお聞きしたいのですが、お時間を取っていただけませんか？」等と説明し、健診終了後に会場で面接するか、あるいは後日家庭訪問させてもらうか約束します。うつ傾向にある方は、電話等で家庭訪問の連絡をしても断られる場合が多いことから、家庭訪問する場合は、その場で日程調整の方が良いと思われます。また、結果報告会も工夫次第で面接の機会として活用できますので、アセスメント陽性者にはできるだけ働きかけるようにしましょう。なお、基本チェックリストにより運動器の機能向上等の他の事業が必要と考えられる受診者については、地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントが必要となるので、地域包括支援センターへ連絡することについて本人の同意を得てください。

3) 介護予防に関する健診場面以外でのうつ病のアセスメント

「基本チェックリスト」を活用したアセスメントは、健診以外でも以下の場面で行うことが可能です。さまざまな機会を検討し、実践してみてください。

1) 保健所や市町村における住民からのうつ病に関する相談時に

住民からのうつ病に関する相談時に、基本チェックリストを用いることができます。

2) 医療機関で

虚血性心疾患、がん、脳血管障害など、多くの身体疾患はうつを伴っていることが多いことがわかっています。一般に、患者さんは身体面の悩みに比べて精神面の悩みは口にしがらいものです。基本チェックリストなどを活用しながら心身両面の悩みに耳を傾け、手助けしていくことが大切です。

3) 市町村保健師等の訪問時に

保健医療従事者がうつ病の可能性のある住民を家庭訪問する際に、基本チェックリストを用いることができます。

4) 民生委員や保健推進員等の声かけ、見守り用に

民生委員や保健推進員等に基本チェックリストの使い方等についての研修等を行うとよいでしょう。民生委員や保健推進員などの地域のメンバーがアセスメント項目を承知することによって、地域の心に問題を抱える住民を支援し、必要に応じて保健師等の保健医療従事者と連携する役割が期待できます。しかしこのような地域組織のメンバーの役割は、あくまでも保健医療従事者へつなげる役割であって、心の健康に問題を抱える人のアセスメントや専門的援助は専門職が面接して行うことを原則とします。

5) 普及啓発のためのパンフレットの家庭配布用に（自己チェックとして）

地域住民のうつ病に対する関心を高め、自分の心の健康状態に気づくことを目的に、自己チェック用として基本チェックリストを家庭に配布してもよいでしょう。

6) 福祉ネットワークを活用したうつアセスメント

「福祉ネットワーク」とは、高齢者などの要援護者に対し、定期的な声かけ、安否確認等を福祉事務所と市町村が連携して実施している体制のことです。福祉ネットワークの構成員は、民生委員をはじめ、在宅福祉アドバイザー、自治公民館、老人クラブ、婦人会が主ですが、郵便局員、販売員、地域防災組織、青年団などがメンバーとなっている市町村もあります。

声かけ、見守り、話し相手になるなどの活動のなかにアセスメントを取り入れることによって、うつ傾向の住民を早期に見だし、保健師や市町村福祉担当者に紹介する活動が期待できると考えています。

心の健康づくり連絡会や在宅福祉アドバイザーを対象にした研修会、パンフレットの発行等を通じて積極的に普及啓発に努め、既存の事業を活用したうつ傾向の住民への気づきを促す活動方法の拡大について検討しましょう。

・健康教育

基本健康診にうつアセスメントを実施する場合、健診会場や結果報告会で、うつ病や心の健康づくりについての健康教育を実施するとよいでしょう。

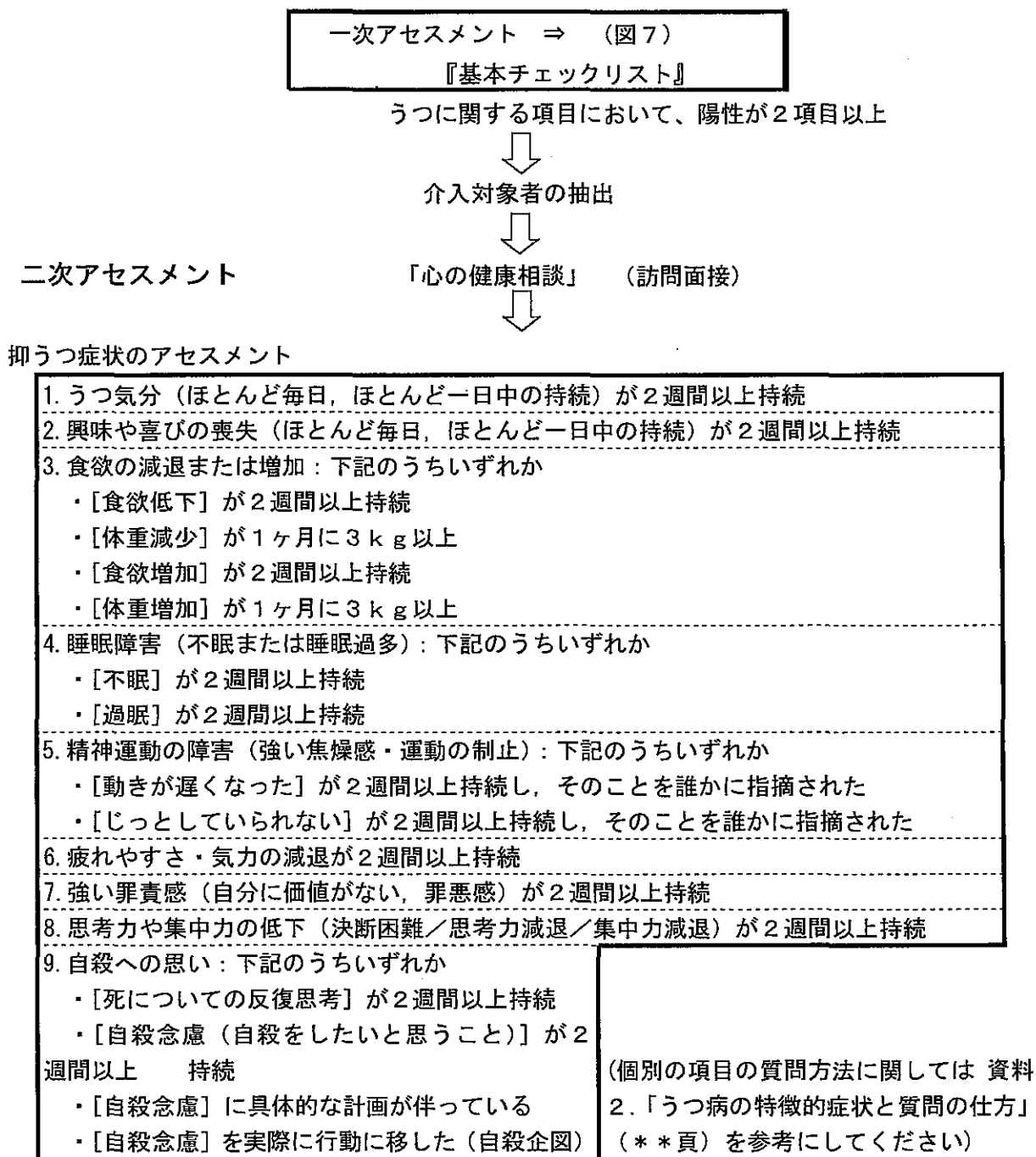
パンフレットやポスター等を使って、健診の待ち時間や合間、結果報告会で心の健康づくりに関する普及啓発を積極的に行いましょう。地域住民のうつ病や心の健康づくりに関する認識を深め、地域住民全体の心の健康づくりに対する気運を高めることが大きな目的です。先駆的な取り組みをしている地域の例を見ると、住民から予想していた以上の反応があり、従事者の意識づけになることが多いようです。

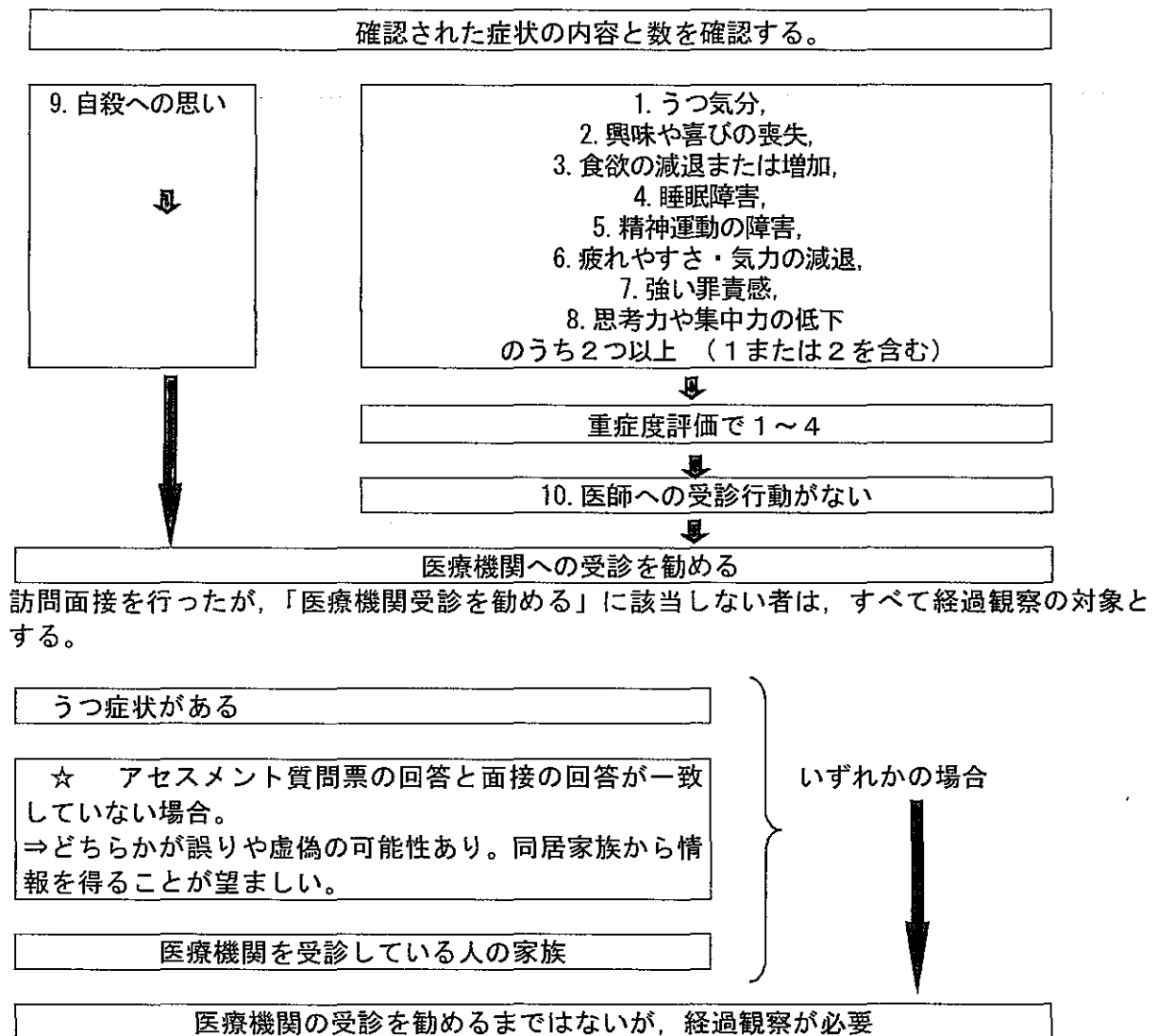
3. 4. 3 解説3：二次アセスメント（特定高齢者施策）

1) 二次アセスメントの実際

地域包括支援センターの判定の結果、陽性者に対して「心の健康相談」として保健師の聞き取りにより実施します。二次アセスメントに要する時間は、対象者によってかなり異なり、15分で終わる場合もありますが、2時間以上かかる場合もあります。項目は「はい」「いいえ」の回答になっているのでそれだけだとあまり時間はかかりませんが、二次アセスメントは、単なるアセスメントとせず、保健師と住民との信頼関係を築く大切な機会としてとらえる方が良いでしょう。実際に、二次アセスメント面接の結果、保健師との信頼関係ができ、精神科受診に結びついたり、アセスメント後のフォローがスムーズにいったりする場合もよくあります。また、二次アセスメントの面接によるカウンセリング効果で、「話しをしてスッキリした」「こんなことを相談できるんですね」等の感想が聞かれるなどうつ症状が軽減したケースもいます。アセスメント技術と同様に、二次アセスメントも経験を重ねることによりスキルアップが期待されます。

図8 介護予防に関する健診にアセスメントを導入した場合のフローチャート





評価のプロセス

1) 第一段階

「1. うつ気分」または「2. 快感消失」のいずれかの症状が存在しているかどうかを評価します。

2) 第二段階

「1. うつ気分」か「2. 快感消失」のいずれかの症状が存在している場合に

①上記の「1. 抑うつ気分」から「9. 自殺への思い」の9つの症状を評価して、存在する症状の全体の数を把握します

②以下の基準に従って重症度を評価します

0. うつ状態にない：症状が1個以下

1. 軽うつ状態：症状が2-4個で、心理的苦痛か日常生活の機能障害を伴う

2. うつ病（軽度）：症状が5個で、強い心理的苦痛か日常生活の機能障害を伴う

4. うつ病（中等度）：症状が6-7個で、強い心理的苦痛か日常生活の機能障害を伴う

5. うつ病（重度）：症状が8-9個で、強い心理的苦痛か日常生活の機能障害を伴う

(注) 自殺の項目が陽性の場合、「うつ病(重度)」とする。

〔参考〕 図は、平成11-12年度厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「うつ状態のアセスメントとその転機としての自殺の予防システム構築に関する研究」(主任研究者、大野裕)において開発されたものをもとに、高齢者のうつ予防対策用に作り直したものです。なお、報告書によると、アセスメント調査票の項目は地域在宅高齢者を対象にGeriatric Depression Scale (GDS; Yesavage, 1988)が6点以上の抑うつ群との関連をみたところ、本アセスメントで2点以上の場合の感度は0.705、特異度は0.729でした。

この他にもうつ病に関する質問票(GDS、Self-rating Depression Scale (SDS)、Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D)、Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS))が開発、使用されているので、対象者によってこうした質問票を併用したり、睡眠や食欲などの身体症状やADL、社会的支援の有無などもあわせて聴取したりすることが望まれます。

●二次アセスメント結果に基づく医療機関との連携

二次アセスメント陽性者(医療機関への受診を勧めるケース)に対して医療機関受診を勧める場合は、慎重に対処することが大切です。自殺や死を考えているといった緊急の場合以外は、保健師と受診者の十分な信頼関係ができてから専門医療機関への受診を勧めても遅くはありません。面接の状況から判断したり、受診者が希望している場合は二次アセスメント陰性(経過観察)者でも受診を勧めることもあります。

受診科については、専門科(精神科・心療内科)の受診を勧めることが望ましいですが、住民のなかには精神科・心療内科に抵抗感を持っている場合が多いことから、対象者の様子を観察した後、比較的受診しやすい身近な一般診療科の受診勧奨も良いと思われます。他の疾患で治療中の場合は、主治医に相談するようすすめてください。本人の希望により、紹介状と二次アセスメント結果写しを作成し対象者に渡すようにします。併せて、本人の了解を得た上で返信用封筒も同封し、受診確認と今後のフォローに生かすため受診結果を返送してもらうようにします。

陽性者の医療機関受診について保健師が熱心になりすぎたり、焦りがあると陽性者との信頼関係が気まずいものとなり、関係が途切れてしまうこともあります。対象者との信頼関係を重視した支援に努めましょう。本人の拒否が強い場合は無理に介入するのではなく、相談窓口を紹介・提示する等の支援を考えましょう。

なお、心の健康相談では、本人はもちろん、家族や身内が相談したいと希望する場合もありますのでその相談にも、柔軟に、適切に対応しましょう。

●事後のフォローアップ

うつは単に医療機関を受診しただけで解決するものではありません。症状が長期に続くことがありますし、一度改善しても再発する場合があります。したがって、市町村は、うつ傾向のある高齢者等に対して、地域包括支援センターと連携をとりながら、健康教室・研修会・市民講座を案内したり、電話相談や家庭訪問等を行ったりするなど、様々

な支援を行う必要があります。必要に応じて保健所が実施している心の健康相談日の紹介や、保健師の家庭訪問を実施しましょう。家庭訪問ではじっくり時間をとって保健師が陽性者の話を聴くように心がけましょう。それだけで、気持ちが軽くなる場合も多いようです。

地域包括支援センターは、こうした市町村の活動を援助できる体制を整える必要があります。

医療機関への受診を勧める場合、高齢者が受診に抵抗感を持つ場合も少なくありませんが、家庭訪問を継続することで保健師との信頼関係が築かれ受診に至ることもありますので、根気強くかかわることが大切です。

一次アセスメント陽性でありながら、「心の健康相談」に行くことを拒否している住民の中にも受診が必要と思われる者もいます。市町村や関係機関と連携して、ある程度アプローチが可能であれば、結果報告会の場や介護予防に関する健診の事後フォローのための家庭訪問を活用して面接する方法も検討してみましょう。その場合、特に、慎重に介入する必要があり、必ずしも一回の面接で心の健康に関する課題に触れる必要はありません。心の健康について必要なときには相談に応じるということを住民に伝えることが重要です。

また、事業主体と精神科医師との連携が順調にしている場合には、訪問診療という方法も考えられますので検討してみてください。

対象の住民が、福祉ネットワークを活用した見守り活動の対象者になることもあります。その際には民生委員や福祉関係者との連携も必要になります。

● カンファレンス

カンファレンスは、うつアセスメント陽性者について家庭状況・生活状況・家族構成等について情報を共有し、今後の支援方向について確認する場になります。

うつアセスメント後、事例検討会等を持つことも従事者のスキルアップの観点から重要です。保健師によっては、自分が行ったケースに対する支援（家庭訪問・面接）について「これで良かったのか？」「間違っていたのではないか？」と思い悩む場合もあります。保健師がアセスメント陽性者に対して行った支援を振り返り、今後の支援の方法等をディスカッションすることは、自分の気持ちを整理したり、保健師のスキルアップにつながります。

3. 4. 4 関係機関との連携（特定高齢者施策）

1) 医療機関との関わり方

これまで述べてきたようなアセスメントをはじめとする地域介入や住民に対する普及啓発活動はもちろんのこと、うつ状態にあると判断された地域住民への援助にあたってより質の高いサービスを行うためには、保健師、看護師、介護支援専門員、社会福祉士等の関係者の能力を高める努力を続けることが不可欠です。

そのためには、保健師等が相談の際の基本的な対応方法や面接技法を修得し、住民の精神状態を把握して必要に応じて援助・介入を行えるような技法の修得を目的とした研修を行うことが必要になります。

なお、地域住民が精神的な問題を相談することに対して躊躇する可能性を考慮して、相談室の設置場所の選定を慎重に行うとともに、そうした相談窓口の存在を地域に伝えるようにすると良いでしょう。

さらに、地域における初期介入を効率的に行うためには保健師等を中心として、一般臨床医や精神科医、その他の医療関係者との緊密な連携を確立する必要があります。

なお、うつ病のために自分を傷つける可能性が高くなった場合や自殺企図（自殺を実行すること）がみられた場合には消防（救急）や警察とも連携する必要があります。その場合には、個人のプライバシーや地域住民の反応に十分注意しながら迅速に対応するようにしましょう。

医療機関との連携は、自殺の危険性がある場合はもちろんですが、一般診療科の受診者のなかにうつ病にかかっている人が多いことから大切になってきます。ちなみに、わが国の一般診療科の受診者のなかでうつ病にかかっている人の割合は調査によって1.6%～6.5%とかなりばらつきがあります。また、プライマリケアの初診患者のうち、うつ病にかかっている人の割合については16%という報告があります。

2) 医療機関の情報の把握

(1) 医療機関の特徴・アクセスなど

医療機関の特徴やアクセスのしやすさなど、日頃から医療機関の情報を把握しておく、受診を勧めやすくなります。実際に訪問し、医師や待合室の雰囲気などを知っているとさらによいでしょう。また、女性の医師を希望する場合や臨床心理技術者によるカウンセリングの併用などを希望する場合もあります。診療所や総合病院精神科などの方が抵抗がない場合は、こうした医療機関を紹介する方法もあります。

(2) 精神科以外の医療機関

うつ病については、精神科医療機関であれば、どこでも対応可能と考えてよいですが、どうしても精神科には行きたくないという場合には、他の医療機関の受診を勧めるという方法もあります。かかりつけ医や内科などの診療科を受診して、心身両面からのチェックを受けることを勧めるのもひとつの方法です。

3) 受診の援助

受診前に医療機関の情報を伝え本人が安心して受診できるように援助します。同時に家族にも説明し、受診やその後の治療に対して家族が継続して本人を支援できるように準備しておく

ことも大切です。時には医療機関に同行したり、本人の了解があれば、あらかじめ医療機関と連絡を取り、安心して受診できる状況を準備したりしておくことも可能です。

4) 受診の継続

一旦受診につながっても、どうせよくなる、すぐによくなるなどの理由で、受診をためらう場合があります。悲観的な気持ちが強いと治療しても無駄だという考えにとらわれてしまうこととなります。こんな時は、「今そう思えるのはよくわかるが、それは病気の影響である」と説明し、治療を受け、薬を服用することで改善することを説明します。また、薬を服用し始めても、その効果が現われるまでに2週間程度かかる場合がありますので、「決してよくなるのではなく、今はその準備期間である」ことを伝え、理解を得ます。

しばらく薬を服用している人でも、ある程度改善してくると、もう治ったと思って、通院をやめてしまう場合があります。こんな場合は、再発の危険性が高くなりますし、離脱症状（中止後発現症状）が現れることもありますので、治療継続の必要性について医師とよく相談するように助言します。一般的には、症状が軽快した後も6ヶ月から1年は同じ量の服薬を続けてから、薬の量を漸減し中止するという方法をとります。

3) その他の関係者との連携

(1) 精神保健福祉相談員等との連携

多くの保健所には、精神保健福祉相談員として、精神保健福祉士や保健師が配置されています。また、精神保健業務担当の保健師が配置されている場合もあります。精神保健福祉相談員や、精神保健福祉業務担当の保健師は、うつ病についても経験豊富な場合が多く、本人や家族とのかかわり方や、受診援助の方法について助言を得ることができます。また、医療機関に関する情報についても、実際に医療機関を訪問した経験などを踏まえてより詳しい情報を聞くことが可能です。経験を踏まえた情報や地域の状況にあった情報を加えることにより、このマニュアルをより有効に活用することにつながります。

また、マニュアルに沿って支援を継続してはいるものの、「本当にこれでよいのだろうか」と不安になる場合や「他に方法はないのだろうか」と確かめたい場合もあるかもしれません。そんな時、経験豊富な相談員から、「このままの支援でいいと思う」とちょっとした同意が得られるだけで、安心して支援ができることもあります。支援者が感じている不安は、意外に本人にも伝わりやすいもので、そのために信頼関係がうまくできない場合もあります。本人との信頼関係を築くためにも、保健医療従事者自身が気軽に相談できるネットワークを日頃から作り上げておくことが大切です。

(2) 保健所との連携

多くの保健所では、精神科嘱託医による精神保健相談が、頻度は様々ですが、実施されています。すぐに医療機関を紹介した方がよいのかどうか迷う場合、家族が精神科受診に抵抗を感じている場合、本人が精神科受診に拒否的な場合、近くに精神科医療機関がない場合など、一旦精神保健相談で相談の上、受診に結びつける方法もあります。たとえば、家族に精神科医療に対する不安が強いときは、まず家族に相談日を利用するように勧め、精神科医からうつ病やその治療方法について説明を受けることで、理解が得られる場合もあります。家族が精神科受

診について安心できなければ、病気で不安になっている本人が安心できないのは当然とも言えるでしょう。このように家族の協力を得るために、精神保健相談を利用するのもひとつの方法です。

また、抑うつ気分のために自宅からの外出が長期にわたって困難な場合や、悲観的になり、「医者に行っても無駄だ、どうせ治らない」などと受診に対して強く抵抗を示すような場合は、囑託医の協力と家族の理解を得て家庭訪問を行い、本人の病状や生活状態などを把握することで、うつ病かどうか、病気の重症度、緊急性の有無などについてよりの確な見通しを立てて支援していく方法もあります。さらに、地域によっては往診を行っている医療機関もありますので、医療機関との協力関係を築いておくことも大切です。

(3) 精神保健福祉センターとの連携

精神保健福祉センターは精神保健福祉法第6条に規定されており、都道府県、指定都市に1ヶ所（東京都は3カ所）設置され、総合的技術センターとして地域精神保健福祉活動の中核機能を担うとされています。ほとんどの精神保健福祉センターでは、「心の電話相談」や精神保健福祉相談を実施していますので、必要に応じてこれらの相談の利用を勧めることも可能です。支援に行き詰まりを感じている複雑困難ケースの場合に限らず、セカンドオピニオンを求めている場合、地域では人目を気にしてかえって相談しにくい場合などに利用を勧める方法もあります。

また、精神保健福祉センターでは、保健師等に対してうつ病についての教育研修を実施したり、事例検討会などを開催したりしていますので、日頃からこれらの機会を積極的に利用し、知識の習得や支援技術の向上を図ることも重要です。さらに、他の保健師等が経験した事例を通して、情報交換や情報の共有を図ることにより、より適切な支援のあり方を学ぶ機会ともなるでしょう。

うつ病にかかっている人とのかかわり方を考えるとき、本人や家族の理解と協力が得られているときは、比較的スムーズに支援可能ですが、本人や家族の理解と協力が得にくい場合や、長期にわたってうつ状態が持続し、治療の継続に疑問を感じている場合などには、容易には支援が進まない場合もあります。このようなときには、ここに述べた、精神保健福祉相談員、精神科囑託医、精神保健福祉センターなどと連携しながら、支援方法に工夫しつつ進めていくことが求められます。そのためには、日頃の連携を重視して、必要なときに支援体制を組めるようなネットワークが大切です。

さらに、日々の実践の中から、うつ対策における地域の課題を把握し分析することによって、より充実したうつ対策の展開につながることをめざしたいものです。

3. 4. 5 他の事業との連携（特定高齢者施策）

現在、介護保険制度の施行に伴い、閉じこもりや転倒の予防、日常生活の自立の支援など、介護を要する状態になることを予防することに重点を置いた事業が行われるようになっており、国保事業や介護予防・地域支え合い事業と連携して展開している市町村も少なくありません。

今回のうつ予防・支援に関する事業は、その他の介護予防事業と密接に関連しています。うつが強くなると、気力の低下や倦怠感のために活動性が低下して閉じこもることが多くなってきます。身体を動かすことが少なくなるために筋力が低下してきますし、通常の日常的な行動が遅れなくなって口腔機能に問題が生じてくることもまれではありません。食欲が低下して食事が減ったり食事の内容に偏りが出てきたりして、栄養状態が悪化してくることもよくあります。認知症はうつの発症要因になりますし、逆にうつが認知症を悪化させる可能性も指摘されています。

よって、各種の介護予防事業を行う際にはうつが影響している可能性に注意して、うつに関するアセスメントを実施するなどして、うつ病の可能性がある住民を早めに手助けしていくことが大切です。

通所型介護予防事業等は、高齢者が集う場や生きがいをづくりのための活動の場になることから、うつ対策に活用することができます。また、健康相談・健康教育の場として活用することもできますので、積極的にうつ病や心の健康づくりに関する健康教育を行うようにします。

地域の行事の開催場所は、住民にとってなるべく利便性のよい身近な場所がよく、市町村保健センター、老人福祉センター、公民館、集会場、体育館、公園など住民の身近な場所での開催が望まれます。

こうした事業を成功させるためには、地域の自治会や民生委員、保健推進員、老人クラブ等の協力を得て、その対象者を把握することが必要です。また、一人暮らしの高齢者や高齢者世帯、家族と同居していても昼間は一人で過ごすことが多い高齢者、地域の行事等にあまり参加していない（地域との交流の少ない）高齢者、要介護認定非該当（自立と判定された）者など、閉じこもりがちで社会的に孤立しているうつ病のリスクの高い高齢者を拾い出して介護予防事業や地域の行事等に参加してもらうように働きかける工夫も大切です。機能訓練の際には、高齢者の生きがいをづくりのための活動にもなるように、参加者に合わせて様々な活動を提供するようにします。活動の内容としては、体操や手工芸、創作活動、スポーツ、レクリエーション、合唱やカラオケ、地域の子供たちとの交流会、地域の諸行事への参加や懐かしの映画（ビデオ）鑑賞など、その地域とのつながりを大切にしながら、地域に合わせた内容になるよう工夫すると良いでしょう。機能訓練事業積極的に活動内容を紹介することも大切です。健康まつりや文化祭等で創作作品、写真やパネル等を展示したり、市町村広報誌等を活用し、高齢者の生きがいをづくりの場としての活動の様子について紹介し、広く地域の住民にその活動を知ってもらうことが地域全体に心の健康づくりの気運を高めます。

個人の取り組みを支援するための事業の一つとして、ストレスマネジメントやうつの進展防止の手法を身につけるために体験型のリラックス教室を開催するのはひとつの方法です。自分のストレス状況を把握すること、自分でストレスマネジメントの手法をこれからの生活に生かせるようになること等を目的としています。

事業に従事するスタッフがうつ病に関する知識を持つことはとても重要です。勉強会などの機会を作り、スタッフのスキルアップを図るようにしましょう。市町村に配布されている厚生労働省地域におけるうつ対策検討会発行(平成16年1月)のうつ対応マニュアルやうつ対策推進方策マニュアルを参考にしてください。

市町村によっては、各種介護予防事業のスタッフとして地域のボランティアを活用して実施することも考えられますので、地域のボランティアにも基本的なうつ病に関する知識の伝達が必要です。スタッフ全員が各種介護予防事業をうつ対策の事業の一環として捉え、心の健康づくりを意識した事業展開を行うと良いでしょう。なお、現在も各地域で介護保険の給付対象とならない高齢者に対して、リラックス教室や生きがいクラブが開催されていますので、

4. 地域におけるうつ予防活動事例を参考にしてください。

4. 地域におけるうつ予防活動事例

4. 1 うつと自殺予防 青森県名川町

「心の健康づくり事業」に町が取り組み始めたのは平成11年のことです。最初は経験もなく手探りの状態でしたが、所轄の保健所や精神保健福祉センター、八戸市の精神科医、大学の協力を得ながら少しずつ活動を開始しました。事業の中心課題は①うつアセスメントの実施、②一般住民への啓発・普及活動、③高齢者への集団援助活動、の3項目です。

1) うつアセスメントの実施

うつのアセスメントは健康診査の問診票に『心の健康度自己評価票』を組み込むなどして実施しています。アセスメント陽性者には訪問面接を行い、必要時には受診勧奨を行っています。また、専門家とケースカンファレンスを行うなどして、保健師等の保健医療従事者の能力を高める努力をしていきました。

2) 一般住民への普及啓発活動

事業初年度はうつ対策や自殺活動を公にすることにためらいもありましたが、住民が中心になってうつ対策や自殺予防に取り組んでいくことが重要であることから、町長をはじめ行政が率先して活動の重要性を町民に説明しながら活動を展開することになりました。これによって住民の活動への抵抗感が減り、住民の協力を得やすくなりました。

2年目からは高齢者サービスを主に行っている社会福祉協議会職員や、町民と行政のパイプ役である民生児童委員や保健推進員に対して、講演会等でうつ病と自殺に関する理解を深めてもらう活動を行い、活動の幅を広げていきました。また、地区の健康教室や老人クラブの定例会等でうつ病に関する教室を開催したり、町の広報に1年間をとおしてうつ病のコラムをのせたり、うつ病に関するパンフレットを配布したりするなど、啓発普及に心がけました。

3) 高齢者への集団援助活動

活動を行う中で保健師たちは、「働けなくなったら死んだほうがましだ」という考えが町民の中に根強く存在していること、高齢者が次世代との価値観の違いを嘆いている場合があることに注目しました。町のほとんどの人は、若い頃から農作業に従事し、朝から晩まで働くことを生きがいに感じていて、加齢や疾病によって長年携わった農作業や家事を行えなくなった場合、家庭に居場所を失ったとを感じるようでした。三世代家族であっても家族との交流が乏しい高齢者が少なくないことも分かりました。