

うつ予防・支援マニュアル（暫定版）

平成20年12月

「うつ予防・支援マニュアル」分担研究班

研究班長：

慶應義塾大学保健管理センター

研究班長 大野 裕

うつ予防・支援マニュアル

目次

1	はじめに	4
1. 1	マニュアルの作成経緯、目的	4
2	介護予防事業におけるうつ予防の意義	6
2. 1	高齢者のうつ対策の重要性	6
2. 2	新しい介護予防システムにおけるうつ対策	7
2. 2. 1	一次予防としてのうつ対策	7
2. 2. 2	二次予防としてのうつ対策	7
2. 2. 3	三次予防としてのうつ対策	8
2. 2. 4	活動全般に対する注意点	8
3.	うつ予防・支援の実際	10
3. 1	地域支援事業におけるうつ予防への取組	10
3. 2	正しい知識の普及・啓発	10
3. 3	うつの把握・評価方法	11
3. 3. 1	基本的な考え方・アセスメントの意義	11
3. 3. 2	基本チェックリスト	12
3. 3. 3	生活機能評価	13
3. 3. 4	その他	14
3. 4	うつの二次アセスメント	15
3. 4. 1	二次アセスメントの実際	15
3. 4. 2	二次アセスメント結果に基づく医療機関との連携	17
3. 4. 3	事後のフォローアップ	17
3. 4. 4	カンファレンス	18
3. 5	関係機関との連携	18
3. 5. 1	医療機関との連携	18
3. 5. 2	その他の機関との連携	19
3. 6	他の事業等との連携	20
3. 6. 1	各種介護予防プログラムとの連携	20
3. 6. 2	地域における各種事業等との連携	21
4.	地域におけるうつ予防活動事例	22
4. 1	うつと自殺予防 青森県南部町（旧名川町）	22
4. 2	住民の紙芝居 秋田県由利本庄市（旧由利町）や青森県鶴田町	23
4. 3	ネットワークナースによる地域連携 岩手県立久慈病院精神科	23
4. 4	こころのケアナース事業 青森県六戸町	24
4. 5	地域住民のリラックス教室・生きがい対策 鹿児島県大浦町と鹿児島県東市来町	25
4. 6	基本健康診査でのうつアセスメント 鹿児島県伊集院保健所	26

4. 7	健康教育用媒体CD「心のお天気便り」	鹿児島県川薩保健所	26
4. 8	仙台市抑うつ高齢者等地域ケア事業		27
5.	資料		28
	資料 1.	高齢者のうつの基礎知識	28
	資料 2.	うつの特徴的症状と質問の仕方	33
	資料 3.	簡易抑うつ症状尺度 (QIDS -J)	37
	資料 4.	心の健康相談とうつの人・家族への援助の仕方	40
	資料 5.	電話で相談を受ける際のポイント	47
	資料 6.	うつ対策の評価例	49
	資料 7.	基本チェックリスト	50
	資料 8.	特定高齢者の決定までの流れ	51
6.	研究班名簿		55

1 はじめに

1. 1 マニュアルの作成経緯、目的

介護や社会的支援が必要な人が、尊厳を保持し、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、必要な保健医療サービスと福祉サービスを行うことを目的として、平成12年に介護保険制度が開始されました。その後、制度が定着する一方で、当制度運営に当たっての課題も多く出てきたところです。

平成12年4月から平成19年11月までの7年7ヶ月で、65歳以上の被保険者数（第1号被保険者数）は、2,165万人から2,717万人と25%（約552万人）増加し、要介護及び要支援認定者は、107%（約233万人）と、被保険者数の増加率を大幅に超える割合で増加しています。その内訳として要介護度別で認定者数の推移を見ますと、要支援・要介護1の認定者数の増加が大きい状況が見て取れます（図1）。

以上の状況のもと、平成18年度には、できる限り要支援・要介護状態にならない、あるいは、重度化しないよう「介護予防」を重視したシステムの確立を目指した制度の見直しが行われました。

これまでの介護予防の問題点としては、軽度者については、適切な対応により要介護状態の改善が期待されますが、改善を支援する観点からのサービスが十分に提供されていないことが挙げられていて、見直しに際しては、要支援1・2といった軽度な要支援者が要介護1～5といったより重度の状態に移行することを防止する観点から「予防給付」を創設し、当該給付において「運動器の機能向上」、「栄養改善」及び「口腔機能の向上」といったサービスが追加されました。

また、要支援・要介護になる可能性の高い特定高齢者やその予備軍である全ての高齢者に対して介護予防事業（地域支援事業）が創設されました。介護予防事業には、ポピュレーションアプローチとして全高齢者を対象とする介護予防一般高齢者施策と、ハイリスクアプローチとして生活機能の低下した高齢者（特定高齢者）を対象とする介護予防特定高齢者施策があります。

これらの予防給付及び介護予防特定高齢者施策の対象者については、地域包括支援センターを中心として、利用者の意欲を引き出すための目標指向型のケアマネジメントを実施しています（図2）。

こうした介護保険法の改正に伴って、介護給付を中心とした介護保険制度がこれまで以上に予防重視型システムへ転換されることになりましたが、その結果、高齢者に対する心の健康づくりや予防対策の普及、うつ傾向にある高齢者の把握と相談や指導、機能訓練等、地域におけるうつへの取組が求められることになりました。

そうした取り組みを進めるためには、ケアを行う者、対象者に応じたケアの手段・体制等を調整する者等、関係者の役割が重要です。本マニュアルは、高齢者のうつを予防し、早期発見・早期治療を可能にし、うつの人を長く支えることができる地域の環境をつくり、住民の心の健康の向上をはかることを目的として、介護予防の観点からケアに携わる関係者がどのように対応したらよいかを示すことを目的として作成されたものです。うつというのは、精神的なエネルギーが低下して、気分がひどく落ち込んだり何事にも興味を持たなくなったり、おっくうだったり、なんとなくだるかったりして強い苦痛を感じ、ほとんど毎日、日常の生活に支障が現れるまでになった状態です。詳細は、「資料1. 高齢者のうつの基礎知識」を参照してください。

図1 要介護度別認定者数の推移

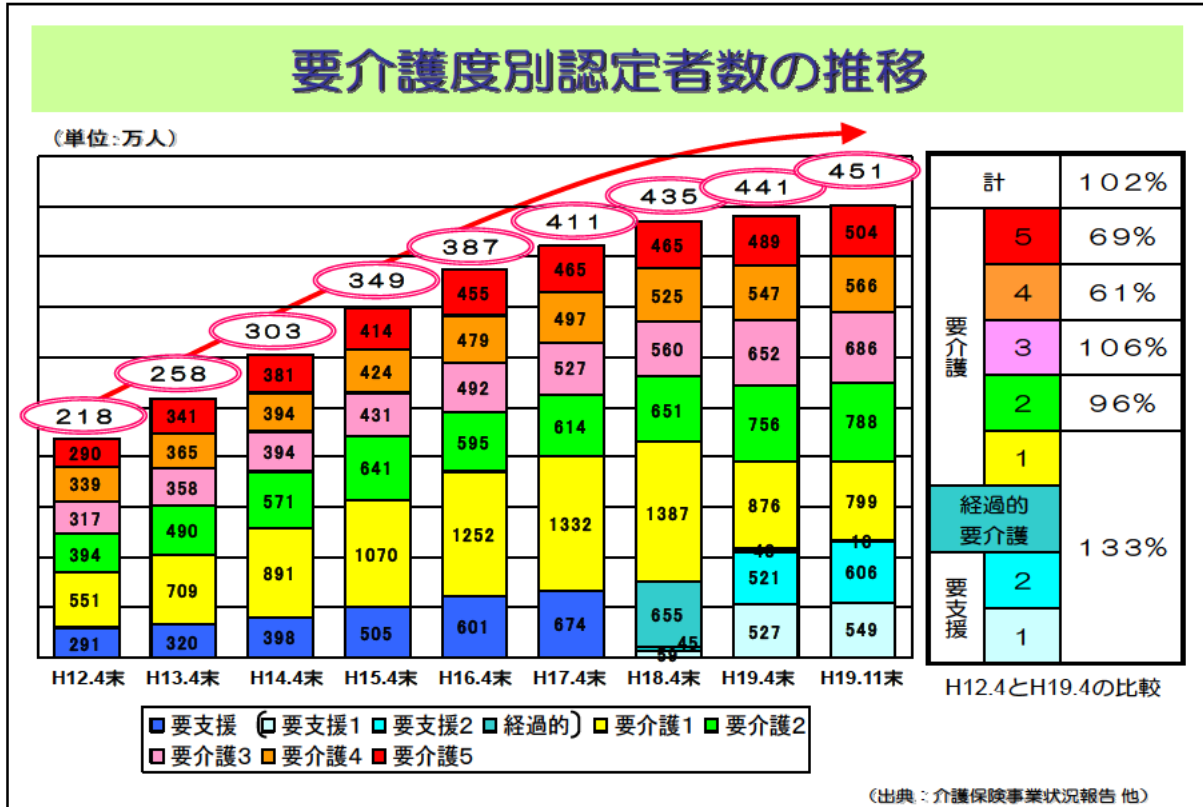
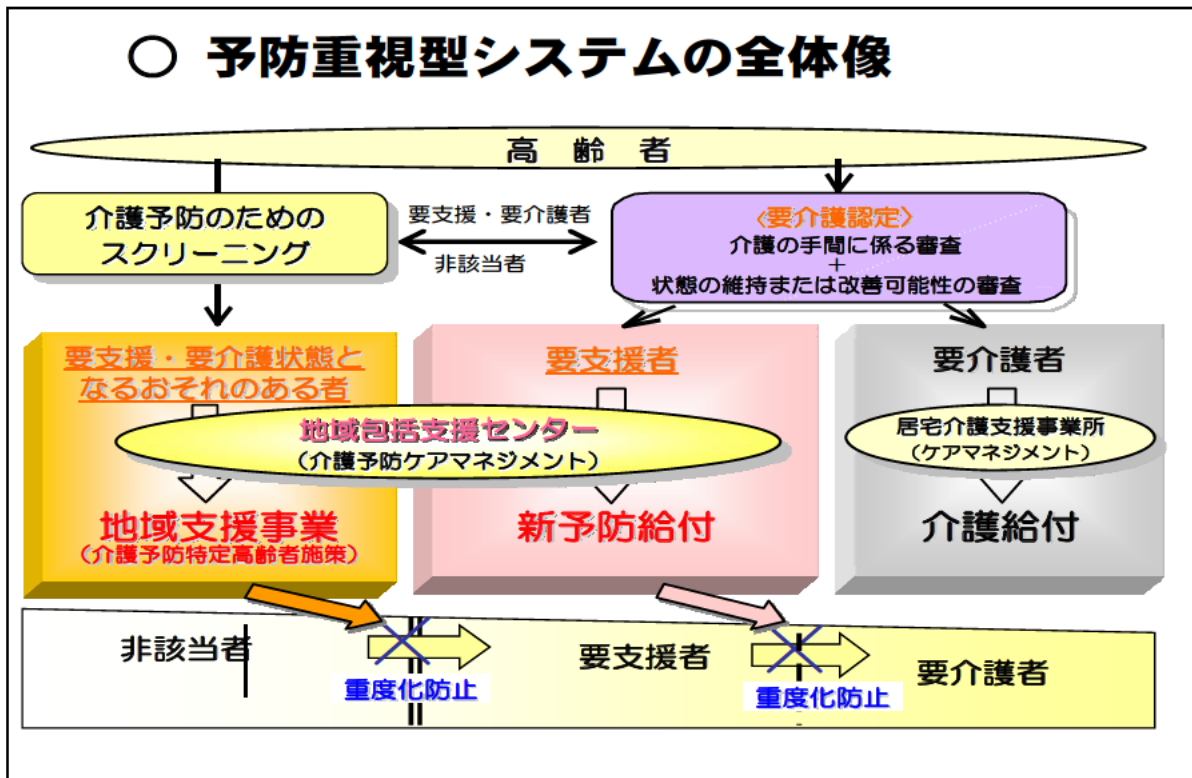


図2 予防重視型システムの全体像



2 介護予防事業におけるうつ予防の意義

2.1 高齢者のうつ対策の重要性

高齢者は、喪失に関連した様々なストレスを感じる人が多いことから、うつ状態になりやすいと考えられます。身体面では老化による身体の衰えを感じ、なんらかの病気を患うことも多く、死を差し迫ったものとして意識するようになります。社会面では退職や老化に伴う仕事の喪失、家族や社会との交流の減少、家族内役割の喪失を経験することも考えられます。今までできていたことができなくなり、他人に頼らなければならないことへの自己嫌悪や罪悪感をもつこともあります。さらに、配偶者との死別、友人や近隣者の死といった身近な人や親しい人の喪失を多く経験することにもなります。このような高齢者の老化やライフイベントに伴う身体的、心理的、社会的体験は、閉じこもりなど社会からの孤立につながり、その結果さらにうつ状態が強まっていく可能性があります。

うつ状態が強くなると、健康管理や日常生活に消極的になり、身体の状態にも影響してきます。うつ病が、心筋梗塞などの虚血性心疾患、脳卒中などの脳血管障害、糖尿病やがんなど、様々な身体疾患の病状や経過を悪化させることが、多くの研究データから明らかにされています。これは、うつ状態によるホルモンや自律神経、免疫機能の変調が身体疾患の経過に好ましくない影響を与えることに加えて、必要な治療を中断したり指示を守れなかったりするためだと考えられています。このように、うつは単に精神面だけでなく、心身両面に影響を与える疾患であり、高齢者のうつ対策は生活習慣病予防・進展防止、ひいては要支援・要介護高齢者を少なくするためにも重要になります。

うつは精神的疾患の一つであり、死亡の危険性が高い疾患の一つでもあります。わが国の自殺者数は近年3万人を越す状態が続いていますが、その1/3が60歳以上で、他の先進国と比べて、わが国の高齢者の自殺率は高い傾向にあります。しかも、世界保健機関（WHO）が行った障害調整生存年（DALY）による疾病付加の将来予測によると、うつ病は2000年には総疾病の4位であったのに対し、2020年には循環器疾患についてワースト2にあげられています。こうした状況を見ると、高齢者のうつは今後ますます大きな社会的問題になっていくと考えられています。

うつに苦しんでいる高齢者は少なくないと考えられますが、高齢者が他者に相談することは少ないことが指摘されています。うつに関する知識の普及・啓発活動などの保健活動は、高齢者自身のうつに対する気づきを促しますし、相談や受診しやすい地域づくりのためにも重要です。うつの予防には孤立を防ぐ地域づくりが大切ですが、とりわけ高齢者の場合には、閉じこもりや社会的な孤立を予防し、気晴らしや生きがいにつながるような人間関係を豊かにする場づくりが必要です。また、高齢者がいつでも相談できる機会を設けることも大切です。特にハイリスクな状況にある高齢者については、訪問などを通して状況を把握すると共に、高齢者と家族がいつでも相談できる関係づくりを進めるようにしてください。

地域支援事業では、一次予防の視点から、地域の高齢者全てを対象として普及・啓発、健康教育、健康診査、個別健康相談や指導等を行う介護予防一般高齢者施策と、二次予防の視点から要支援・要介護になるおそれのある虚弱高齢者（以下「特定高齢者」という）を対象とする介護予防特定高齢者施策を通してうつ予防に取り組んでいきます。また、特定高齢者として介護予防の対象とならなかった者についても、基本チェックリスト等によりうつが疑われる場合には、「心の健康相談」等の精神保健福祉サービスに適切につないでいくことが必要です。

介護保険制度がこれまで以上に予防重視型システムへ転換されることに伴い、高齢者に対する心の健康づくりや予防対策の普及、うつ傾向にある高齢者に早く気づいて相談や指導、機能訓練を行うことなど、地域におけるうつへの取組が求められるようになります。

このような介護予防に向けた取組をすすめるためには、実施主体である市町村がこれまで実

施してきている既存事業や民生委員、食生活改善推進員等の地域の社会資源との有機的連携を図りながら、地域支援事業を行っていくことが大切です。また、そのためには、ケアの対象者とケアの種類・方法・体制等を調整する「地域包括支援センター」の役割が重要になります。

2. 2 新しい介護予防システムにおけるうつ対策

介護保険法の改正に伴い、介護給付を中心とした介護保険制度がこれまで以上に予防重視型システムへ転換されることとなります。要支援者に対する「予防給付」、要介護認定非該当者も含めた全ての高齢者に対する「地域支援事業」は、新たに制度化された取組です。さらに、地域支援事業の中の「介護予防事業」には、全高齢者を対象とした「介護予防一般高齢者施策（ポピュレーション・アプローチ）」と、特定高齢者を対象とした「介護予防特定高齢者施策（ハイリスク・アプローチ）」があります。

また、高齢者に限らず、地域の全住民に対して心の健康づくりやうつ予防に関する普及啓発を進めることは、地域全体の心の健康づくりに関する機運を高めることにつながります。このことから、積極的に地域への普及啓発を進める必要があることがわかります。

そこで、うつ対策活動を予防の観点から次にまとめることにします。それは、健康増進と疾病の予防を目的とした一次予防、早期発見、早期治療によって、病気の進行や障害への移行を予防する二次予防、病気によって残った障害を最小限にし、その制約のもとで充実した生き方ができるように支援する三次予防です。

2. 2. 1 一次予防としてのうつ対策

一次予防は健康増進と疾病の予防で、基本的には「介護予防一般高齢者施策」に対応します。そのためには以下のような方策が有効です。一次予防では、保健師、看護師、介護支援専門員、社会福祉士、精神保健福祉士、民生委員、保健推進員等が支援に加わるようにします。

① あらゆる機会を通してうつに対する正しい知識の普及、啓発に努める

地域住民向けの健康教育、健康教室、健康相談、広報誌・パンフレット・チラシ・啓発グッズ等の配布、健康手帳への記載等、あらゆる機会を通してこころの健康障害に対する正しい知識の普及、啓発に努めるようにすることによって、こころの健康の維持とうつ対策を行うようにします。

② 高齢者の生きがいや孤立予防につながる活動を行い、主体的な健康増進とうつ予防をめざす

地域自治会、老人クラブ等、地域のインフォーマルサービス資源の活用を図り、住民がストレスに積極的に対処できる方法を学習できる機会を設け、地域では、季節に関わらず住民が集まって楽しめる機会の創造など、地域住民の生きがいづくりや孤立予防につながる活動を行うことも有効です。

③ 心の健康問題に関する相談、うつのスクリーニング及び受診体制を整備する

住民と行政及び専門職、地域の医療機関（専門科や一般診療科）が連携して、うつ病をはじめとする心の健康問題に関する相談やうつのスクリーニング及び受診体制を整備します。これによって、うつ病についての相談、医療機関への受診が適切に行われるようになることを目指します。ストレスを軽減してうつ病を予防できるように、積極的に心の健康づくりを進めることは、地域全体の健康づくりのためにも大切です。

2. 2. 2 二次予防としてのうつ対策

二次予防は早期発見によって、病気の進行や障害への移行を予防する段階で、基本的には「介護予防特定高齢者施策」に対応します。そのためには、保健師、看護師、社会福祉士、精神保

健福祉士等が地域包括支援センターをはじめ、保健所、精神保健福祉センター等と連携しながら、うつ発症の早期発見、個別相談や受診勧奨、治療介入等の適切な支援を行うことが重要です。

① 基本チェックリスト等を用いてうつのアセスメントを行う

二次予防活動の中心は、基本チェックリスト等を用いてうつのアセスメントを行い、うつ状態を早期に発見して該当者に情報提供することにあります。

うつ状態またはうつ傾向の住民は、ものごとくに消極的で人前に出ていきにくいといった医学的特性があることから、生活機能評価において把握するようにします。しかし、このような当該住民の自主的・自発的行動に基づく機会だけでは、うつ傾向の強い住民に気づけない懸念もあるため、うつ状態またはうつ傾向の住民の周囲にいる多くの地域住民や関係者・関係機関がうつについての正しい知識を有し、様々な機会をとらえて早期に発見できるようにすることが大切です。

一般には自分がうつだということに気づかないまま苦しんでいる人がたくさんいます。仮に気づいたとしても他の人に相談することをためらう人も少なくありません。だからこそ、うつについての正しい知識の普及・啓発活動や、精神疾患について抵抗なく相談し受診できる地域づくりが必要です。

② うつの可能性が疑われた高齢者に「心の健康相談」を勧める

アセスメントでうつの可能性が疑われた高齢者に対しては、市町村等が行う心の健康に関する相談（以下「心の健康相談」という）等を受けることを勧めるようにします。「心の健康相談」では、より詳細なアセスメントを実施し、その結果に基づき、うつ病が疑われる高齢者に関しては、医療機関への受診勧奨をし、それ以外のうつ傾向のある高齢者には、精神保健福祉センター等と連携して訪問等により経過観察を行います。

2. 2. 3 三次予防としてのうつ対策

三次予防は、病気によって残った障害を最小限にし、その制約のもとで充実した生き方ができるように支援するもので、「介護予防特定高齢者施策」や市町村等が行う「心の健康相談」等に対応します。集団でのケアが可能な場合には、通所型介護予防事業やインフォーマルサービス事業を活用して、うつにかかっている人への支援も行います。ただし、うつにかかっている人や家族や自殺未遂をした人の家族等への支援等は、プライバシーに十分配慮した対応が求められることから、健康相談、訪問指導を通じた個別ケアが大切になります。

2. 2. 4 活動全般に対する注意点

① 倫理的な問題に配慮しましょう

うつや自殺など精神医学的な問題は個人情報に関する重要な課題で、情報の取り扱い、同意、プライバシーの保護等について地域で十分に検討し、個人に不必要な負担がかからないよう十分配慮する必要があります。

② うつ対策についての知識及び技術を習得し、向上するよう努力しましょう。（資料1、2、4参照）

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、うつ状態にあると考えられる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、保健師等が相談の基本的な態度や面接方法を学び、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習得を目的とした研修を行う必要があります。

- 医師、保健師、看護師、助産師、管理栄養士等の保健医療従事者が習得することが望ましいことを以下に挙げます。(資料1、2、4参照)
 - 1) うつに関する正しい知識とうつ者への相談対応における一般的留意点（プライバシーの保護、共感的・受容的傾聴、相手に無理強いすることなく、相手のペースで、相手のニーズに沿った相談の進め方、等）
 - 2) うつに関する基本的知識を相手にわかりやすく説明する方法
 - 3) 相談における留意点・事例の見たて方（面接技法、うつアセスメント方法）
 - 4) 関係機関とのネットワーク構築方法、精神科医療機関への紹介の仕方と連携の取り方
- 介護保険従事者、高齢者福祉サービスの従事者などその他の保健福祉従事者が習得することが望ましいことを以下に挙げます。
 - 1) うつに関する正しい知識
 - 2) 高齢者や障害者のうつの気づき方、対応の仕方
 - 3) 市町村の保健センター、保健所、精神保健福祉センター等の地域の相談機関の利用方法
 - 4) 家族などと相談しながら円滑に医療機関への受診を勧める方法

一方、ボランティアなどの、住民と身近に接する非専門家にも、同様な教育・研修が行われているとさらに効果的です。こうした非専門家には、自分の価値観や信念をあてはめず、傾聴する、相手の希望、権利、価値観を尊重する、秘密を守る、必要な場合に早期に専門家へ紹介するなどの対応等を周知することが大切です。

③ 保健医療福祉従事者自身の心のケアが必要です

うつのアセスメントや相談、家庭訪問において、保健医療福祉従事者が関わる本人やその家族などからの相談内容は、家族の死や病気、介護のストレスなど非常に重い内容です。うつ対策に従事する関係者自身も気分が沈み込んだり、ひどく疲れたりといった軽いうつ状態になることがあります。また、事業を進めている際に地域に自殺死亡者が出ることがあると、強いストレスとなるといわれます。ですから、うつ対策に従事する関係者自身の心のケアも重要です。

事業に関して職場内の上司や同僚の理解があること、事業に関してストレスに感じたり、落ち込んだりするようなことがある時には、職場の上司や同僚にいつでも相談できる体制にあること、できれば精神科医などの専門家のサポートがあることが望ましいでしょう。また、保健所や精神保健福祉センター、大学の専門家を含んだサポート体制を作っておくことも大切です。こうした体制は、継続的な相談はもちろんのこと、自殺未遂者が出たときなどの緊急の対応のためにも役に立ちます。

また従事者自身もストレスを解消し、仕事とプライベートを切り換えることができる方法を身につけ、休養をとりながら積極的に心身をリフレッシュするなど、自分自身の心の健康づくりに心がけることが大切です。

3. うつ予防・支援の実際

3. 1 地域支援事業におけるうつ予防への取組

① 目的

- 地域全体への普及・啓発を行い、地域住民自らがうつに関する正しい知識を持ち、ストレスに適切に対処できるように支援します。
- うつは気づきにくい、気づかれにくいことから、健診（検診）や健康教育、家庭訪問等のあらゆる機会を活用して、アセスメントを行い、うつ傾向にある高齢者を早期発見し早めに相談や経過観察、受診勧奨等を行うことにより重症化を予防するようにします。
- 強いストレス状態、うつ状態の高齢者に対し、家族、地域住民、民生委員、食生活改善推進員等の関係者、ケアに携わる専門職が、声かけ、見守り、相談、医療機関との連携、服薬指導等のさまざまなアプローチを正しく行うことができるようにします。
- 地域のさまざまな保健医療福祉サービス資源の機能を理解し、調整を図りながら、特定高齢者や要支援高齢者への適切な対応を行えるようにします。

② 対象者

介護予防の対象者は要支援者や特定高齢者だけではなく、いずれにも該当しない高齢者も含まれます。高齢者の家族・地域住民も含めうつ傾向が強い場合と、うつ傾向が弱いかわからない場合に分けて、介入の方法を検討することが重要です。閉じこもり、認知症、筋力低下等を合併している場合も多いと思われるので、それぞれの状態の悪化を防止するためにもうつへの取組を行う必要があります、そのためにもうつ傾向の有無についてチェックすることから始めます。

③ 実施体制

うつ予防支援には、「介護予防一般高齢者施策」として、普及啓発、健康教育、健康教室、健康相談など、また「介護予防特定高齢者施策」としてのうつのアセスメント、個別健康相談、訪問指導、受診勧奨、家族や医療機関との連携、などが含まれます。

生活機能低下を早期に把握するためにはアセスメントが役に立ちますが、すでに述べたように、アセスメントは、生活機能評価、医療機関や民生委員などの関係機関、訪問活動による実態活動把握、また要介護認定、など様々な機会を通して行うことが重要です。

3. 2 正しい知識の普及・啓発（介護予防一般高齢者施策）

介護予防特定高齢者施策や予防給付の対象者であるかどうかにかかわらず、多くの地域住民に対して、あらゆる機会や方法を通じて、心の健康づくり、ストレスへの対処方法、うつとその症状、地域にある心の相談窓口や健診等の内容について、正しい知識の普及・啓発に努めます。以下に例をあげていますし、資料編にも実際に住民向けに配布しているパンフレットを掲げていますので、参考にしてください。また、市町村が発行する広報誌も活用してください。

ただし、一方向性の情報提供だけでは地域への普及啓発としては十分でないこともわかっておく必要があります。鹿児島県伊集院保健所が民生委員等を対象として行った情報誌についてのアンケート調査では、読んでいる人の割合は約3割で、詳しく毎回読んでいる人はそのうちの約3割にとどまっていました。しかしながら、地域での講演会や研修会への参加回数の増加とともに、情報誌への関心も高まり、うつに関する知識やうつ状態にある人たちへの対応に関して正しい回答割合が増加していますので、パンフレット配布だけではなく様々な広報啓発の機会を組み合わせることで地域に提供していくことが重要です。

普及啓発を含め様々な取組については、予算やマンパワー等も考慮しながら老人保健事業等の既存事業や地域住民との接触の場面を活用して行う工夫をしてください。特に高齢者と接触の多い民生委員や公民館長、地域婦人会、食生活改善推進員等は、最も重要な行政のカウンターパートとして講演会や研修会・シンポジウム等を通じて、うつや心の健康づくりに関する正しい知識の普及や情報の提供を積極的に行うと良いでしょう。

市町村において配布されている健康手帳も、普及啓発や健康管理に利用しましょう。住民の適切なストレス・マネジメントや相談・受診行動を促すとともに、住民自らが周囲のうつ状態の人に適切な支援行動をとれるるように、うつや心の知識や簡単な自己評価法に関する情報を提供するための媒体として、健康手帳の活用価値は高いと思われます。健康手帳は、支援を要する住民のうつ状態のモニタリングや相談・医療の記録等に活用できる貴重なツールです。健康手帳には、心の健康に関する知識や「こころの電話」等の相談窓口等を記載できるようにします。医療及び健診の結果を記録する欄には、身体的なことのみならず、心の健康に関することについても記録を残すよう指導しておくことが望まれます。

住民に対する健康教育は、①わかりやすい言葉で、②住民が集まるあらゆる場所を活用し、③うつについて正しく理解するように、④参加者が自分自身や家族にもありうる問題であると気づくことができるように、⑤自分や家族に思い当たることがあったら、気軽に相談や受診する気持ちになるように、⑥地域の心の健康アセスメントを積極的に受ける気持ちになるように、⑦地域の心の健康の相談窓口や受診できる専門医療機関がわかるように行うようにしましょう。

普及・啓発活動にあたっては、①パンフレットを作成し、全戸配布する。あるいは回覧板を利用する、②ポスターやチラシを作成し、公共の施設や公共掲示板に貼付する、③自治体発行の広報やホームページに掲載する（できればシリーズで掲載する）、④チラシを作成し、健康まつり等地域のイベントで配布する、⑤地域の住民組織（民生委員、保健推進員、老人クラブなど）の会合や研修会で話題にして情報を提供する、⑥健康診査、介護予防教室、病態別健康教室など保健事業の際に話題にして情報を提供する、⑦地域の健康まつり、文化祭などで「心の健康」や「うつ」についての講演会を開催する、⑧健康手帳等を積極的に活用するといったことが考えられます。

<健康教育に取り入れたい要素>

- ・ うつはだれでもかかる可能性がある身近な病気であること
- ・ うつはやる気の問題や気の持ちようではないし、いわゆる遺伝病でもないこと
- ・ うつでは脳内の神経機能に変調が起きており、医学的な治療が必要であること
- ・ 死に至る恐れのある病気であり、自殺の背景にはうつがあることが多い
- ・ うつを早期に発見し、治療につなげることで自殺が予防できること
- ・ うつの症状・サイン：自分が気づく変化、周囲が気づく変化
- ・ うつの症状・サインを理解し、対象者へ正しい接し方をすること
- ・ うつにならないためのストレス解消・対処法
- ・ うつが疑われたら：自分・周囲がしたほうがよいこと

平成16年1月厚生労働省地域におけるうつ対策検討会「うつ対応マニュアル」参考

3. 3 うつの把握・評価方法（一般対策、介護予防特定高齢者施策共通）

3. 3. 1 基本的な考え方・アセスメントの意義

うつは気づかれにくい・気づきにくいことから、地域住民に対しうつに関する正しい知識の普及啓発を行うと同時に、アセスメントの機会を多く持ち、早期に発見するための工夫が大切です。アセスメントには、後述(3.3.3)の生活機能評価や訪問活動、本人や家族からの連絡があった際等、介護予防特定高齢者施策につなげるために実施する場合や、これまでも実施され

ている精神保健福祉施策の一環として行う場合等、様々な場面において実施することが必要です。こうしたアセスメントは、地域におけるうつ傾向の住民を早期に把握し医療機関への受診勧奨や保健指導等の支援を行ううえで有用であるだけでなく、本事業を実施することにより保健従事者・行政担当者を含め地域全体の心の健康づくりに対する気運を高めることにもなります。

アセスメントの方法としては、「基本チェックリスト」（資料7参照）を使って行うアセスメントと、アセスメントで陽性になった住民に市町村等が行う詳細なアセスメントがあります。

3. 3. 2 基本チェックリスト（一般対策、介護予防特定高齢者施策共通）

基本チェックリスト（資料7参照）には、うつに関する5項目が含まれています。

基本チェックリストに含まれるうつに関する質問項目

最近2週間のあなたのご様子についてお伺いします。次の質問を読んで、**最近2週間以上続いている場合**には「はい」、続いていない場合には「いいえ」として、当てはまる方に○印をつけてください。

- | | | |
|------------------------------|-------|--------|
| 1 毎日の生活に充実感がない | 1. はい | 2. いいえ |
| 2 これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった | 1. はい | 2. いいえ |
| 3 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる | 1. はい | 2. いいえ |
| 4 自分は役に立つ人間だとは思えない | 1. はい | 2. いいえ |
| 5 わけもなく疲れたような感じがする | 1. はい | 2. いいえ |

保健師等が直接、対面で聞き取りを行うことができる場合には、以下のことに留意します。

- ① 受診者の「表情や話し方、受け答え方、声の調子等」を観察します。
- ② 表情が暗い、視線が合いにくい、受け答えが鈍い、服装に乱れがある等、保健師（看護師）の勤を大切にしましょう。
- ③ 「最近のあなたの様子」というのは、「最近の2週間」を意味します。受診者の中には、「ここ数年」の様子について回答している住民もいますので注意しましょう。
- ④ 高齢者の場合、「設問5 わけもなく疲れた感じがしますか。」の設問に「はい」と答えがちです。その疲れは最近の様子であるのか、加齢のためかよく確認しましょう。
- ⑤ 受診者が、家族の介護をしている、最近家族が死亡した、更年期障害の症状を訴えている等あれば陽性になる確率が高いので、事前にわかっているときには丁寧な聞き取りが必要です。
- ⑥ 結果については、陽性者の場合、「〇〇さんは少し精神的に疲れていらっしゃるようです。（市町村の）心の健康相談を受けられてみてはいかがでしょうか」等声かけします。

なお、精神保健福祉施策としての観点からは、基本チェックリストのうつに関する5項目に加えて、その他の項目（アセスメント受診希望の有無・保健サービス希望の有無等）を追加したり、自殺念慮の有無やストレス体験などを聞いたりする項目を追加することも考えられます。

項目の追加については、各自治体が各地の状況に応じて、柔軟に判断していく必要があります。

3. 3. 3 生活機能評価（介護予防特定高齢者施策）

地域全体のうつ対策の成果を上げるためには、様々な機会を活用してうつ傾向にある地域住民に早く気づいて支援の手をさしのべるようにすることが大切です。平成18年度からは、65歳以上の生活機能評価を実施します。生活機能評価は、生活習慣病とともに心の健康状態をチェックする場としても大切な場であること、多くの住民が受診するためアセスメントの場として有効であること等がその理由です。この生活機能評価では、先に挙げた「基本チェックリスト」やその他の問診等の結果を用いて、うつ状態の疑いがある者を把握します。

市町村（地域包括支援センターへ委託可）は、特定高齢者把握事業として介護予防特定高齢者施策の対象となる特定高齢者を決定しますが、特定高齢者の決定までの流れは、資料8のとおりです。

介護予防特定高齢者施策として、介護予防プログラムの「うつ予防・支援」の対象は、特定高齢者の候補者のうち、基本チェックリストのうつに関する5項目の質問中2項目を満たした者で、地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを経て決定されます。

なお、特定高齢者に該当しない場合（基本チェックリストで特定高齢者の候補者とならなかった場合）でも、基本チェックリストのうつに関する5項目の質問中2項目を満たしている場合は、精神保健福祉施策として「心の健康相談」等により、治療の必要性についてアセスメントを実施し、適宜、受診勧奨や経過観察等を行うことが必要です。

以下に、生活機能評価の手順と気をつける点についてまとめてみます。

① 事前準備

1) 従事者への説明会・研修会

生活機能評価に従事する保健師、看護師・事務職等を対象にうつに関するアセスメント説明会を実施します。評価に従事するスタッフが、うつに関するアセスメントや心の健康づくり対策の必要性・重要性についての共通理解を深め、心の健康づくりに対する気運が高まると思われます。

また、先駆的に取り組んだ他の市町村の担当者の事例発表を聞くのも有効です。

2) 「基本チェックリスト」の配布

基本チェックリストは、生活機能評価の場で自記することが基本ですが、健診の案内等と同封して事前に受診者に配布することも有効です。これにより、受診者がこころの健診が特別なものではなく、からだの健診と同様に受診するものだという意識が生まれます。

② 当日の流れ

1) 受診者への説明（オリエンテーション）

生活機能評価の当日、市町村の担当者や医療機関の従事者が心身両面の健康を評価するための健診の流れについて対象者にわかりやすく丁寧に説明するようにします。

【説明のポイント】

- 生活機能評価は、心身両面の健康を把握するためのものである。
- からだの健康と心の健康は密接に関係している。
- その他個別に希望がある場合には、可能な範囲で相談に対応する。

2) 生活機能評価における基本チェックリストの使い方

生活機能評価では、基本チェックリストを活用してうつの有無を判断するようにします。

- 健診時には、受診者自身が基本チェックリストを記入するチェック方式が考えられますが、「はい」「いいえ」の問診者の問診に回答する方式も有効です。前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。後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漏れの可能性もあります。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のですが、後期高齢者の場合は聞き取りの方が良いでしょう。
- 生活機能評価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、保健師・看護師等が問診に慣れていない場合には、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。
- 生活機能評価の結果が陽性の場合、「簡単な問診の結果、〇〇さんは少し精神的に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、あるいは市町村担当者に連絡して後日家庭訪問させてもらう約束をする等の留意が必要です。

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、その場で日程調整する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、生活機能評価により特定高齢者となる場合は、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. 3. 4 その他（一般対策、介護予防特定高齢者施策）

「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ような様々な場面で行うことが有効です。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に関する相談時に
住民からのうつに関する相談時に、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づらいものです。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、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。

健診において、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。先駆的な取組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 うつの二次アセスメント（一般対策、介護予防特定高齢者施策共通）

3. 4. 1 二次なアセスメントの実際

基本チェックリスト等によるアセスメントの結果、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。詳細な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考えず、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のですね」等の感想が聞かれるなど、うつ症状が軽減したケースもあります。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。

なお、生活機能評価において特定高齢者と判断された場合は、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の中で詳細なアセスメントが行われ、対応されることとなりますが、特定高齢者に該当しない陽性者についても、必要に応じて一般の精神保健福祉対策の中で二次アセスメントを実施する体制とすることが重要です。

二次アセスメントにおける評価のプロセス

第一段階：症状の有無を評価する

①抑うつ気分、②興味・喜びの消失、③生活リズムの障害、④自殺念慮の有無、について評価します。具体的には以下のような質問をしてください。

- ① **抑うつ気分**：「ひどく気分が沈み込んで、憂うつになっているということはありませんか？」
- ② **興味・喜びの消失**：「生活が楽しめなくなっているということはありませんか？」
- ③ **生活リズムの障害**：「眠れなくなったり、食欲が落ちたりして、生活のリズムが乱れているということはありませんか？」
- ④ **自殺念慮の有無**：「つらくて死にたいという気持ちになっていませんか？」

第二段階：支障の程度を評価する

①～④のいずれかの症状がひとつでも存在している場合には、「今お話しいただいた症状のために、ひどくつらくなったり、日常生活に支障が出たりしていませんか？」などと質問して、症状のためにどの程度の支障が出ているかを評価してください。

その結果、ひどくつらいというわけでもなく、日常生活に支障が出ているわけでもない場合には、本人の許可を得た上で、1ヶ月後に訪問して状態をチェックするようにしてください。一方、ひどくつらくなっていたり、日常生活に支障が出たりしている場合には、医療機関への受診を勧めてください。

第三段階：キーパーソンを特定

次に「困ったことがある時には、どなたに相談しますか？」と尋ね、キーパーソンを特定し、本人の許可を得た上でそのキーパーソンの協力を仰いでください。

キーパーソンが存在しない場合には、本人とよく相談して、民生委員など地域の協力者をさがしてください。その後は、キーパーソンや協力者と連携しながら、その後の経過をフォローするようにします。

[参考] この他にも、うつ質問票 (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、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と良いでしょう。QIDS日本語版は資料3に掲載されており、また、携帯サイト (うつ・不安に効く.com : <http://cibt.jp.net>) でも自動的にチェックできます。

3. 4. 2 二次アセスメント結果に基づく医療機関との連携

二次アセスメントの陽性者に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。

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のですが、住民のなかには精神科・心療内科受診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を勧めても良いと思われます。

他の疾患で治療中の場合は、その治療を担当している主治医に相談するよう勧めてください。その場合には、本人の許可を得た上で、紹介状を作成し対象者に渡すようにします。併せて、これも本人の了解を得た上で返信用封筒も同封し、受診結果を返送してもらうようにします。これは、受診確認と今後のフォローに生かすためです。

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がありますので、その相談には、そうした希望が実現するような方向で支援をしてください。

(注意) 保健師が、医療機関受診について熱心になりすぎたり、焦りがあつたりすると、対象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大切にしながら支援するように努めましょう。本人が拒否している場合は、無理に介入するのではなく、相談窓口を紹介・提示する等の柔軟な支援を考えましょう。

3. 4. 3 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少なくありませんし、一度改善しても半数以上の人々が再発することもわかっています。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、精神保健福祉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。

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。

生活機能評価等における基本チェックリスト等を用いたアセスメント陽性でありながら、「心の健康相談」等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、結果報告会の場や生活機能評価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。その場合は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。必要なときには心の健康についての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な場合には、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。

3. 4. 4 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?」と思いつつも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. 5 関係機関との連携（一般対策、介護予防特定高齢者施策共通）

3. 5. 1 医療機関との連携

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。

うつ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。個人や家族に要請されたときに、迅速に対応できる体制を作っておくことが大事です。もちろんその際に、個人のプライバシーや地域住民の反応に十分に配慮しながら援助を行うようにしましょう。

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中にうつ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ことにより良いでしょう。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があります。診療所や総合病院精神科などの方が抵抗のない場合は、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のですが、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。また、精神科や心療内科以外の診療科でうつ病の治療を受けることも可能になってきています。

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

一旦受診しても、すぐに良くならないと、どうせよくならないなどと考えて、受診を中止することがあります。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いやすいので、こうしたことが起こりやすくなります。こんな時は、「今そう考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楽になる可能性があ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、「決してよくならないのではなく、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。そのような場合は、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、治療継続の必要性の有無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. 5. 2 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」と確かめたいくなる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、頻度は様々ですが、精神科嘱託医による精神保健相談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、本人や家族が精神科受診に抵抗

を感じている場合、近くに精神科医療機関がない場合などは、一旦精神保健相談で相談してもらって、受診の必要性を検討してもいいでしょう。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、嘱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、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。

精神保健福祉センターでは、保健師等に対してうつ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ようにします。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。

うつにかかっている人との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、精神科嘱託医、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。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. 6 他の事業等との連携

3. 6. 1 各種介護予防プログラムとの連携（介護予防特定高齢者施策）

介護予防特定高齢者施策におけるうつ予防・支援に関するプログラムは、その他の介護予防プログラム（運動機能の向上、栄養改善、口腔機能の向上、閉じこもり予防・支援、認知症予防・支援）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量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。従って、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。

3. 6. 2 地域における各種事業等との連携

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。行事の開催場所は、住民にとって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のリスクの高い高齢者を拾い出して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。この際には、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。また、積極的にこれらの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。

個人の取組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悪化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（平成16年1月）が作成した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みたいと思います。

4. 地域におけるうつ予防活動事例

4. 1 うつと自殺予防 青森県南部町（旧名川町）

平成18年1月に、名川町・南部町・福地村が合併し人口約2万2千人の「南部町」となりました。合併後は、平成11年度から取り組んできた旧名川町の活動（①うつのアセスメントの実施②一般住民への普及啓発活動③高齢者の集団援助活動など）をベースに、全町で自殺対策事業に取り組んでいます。昨年度からは④一般住民向けの普及啓発活動や⑤小学生の健康教室などを加え、一次予防に特に重点をおいて活動しています。

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、必要時には精神科への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委員や保健推進員に対して、講演会等でうつ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に関する教室を開催したり、町の広報に1年間を通してうつのコラムをのせたり、うつ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感ずるようでした。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。

そこで、地域住民との交流を深めて高齢者の閉じこもりや寝たきりを予防し、住民の心の健康と生きがいづくりを目的とした地域拠点生きがいサロン「よりあいつこ」を、社会福祉協議会、町内会、民生委員、保健推進員との協同事業により平成12年度に開設しました。

このほか、町の他部門と連携して、金銭問題の相談の際に心の健康にも目を向けたり、自殺企図（自殺を実行すること）のある住民や家族のサポート、自殺で家族を失った住民の援助なども行っています。

こうした活動の結果、うつについての相談件数が少しずつ増えてきました。

4) 「心の健康ビデオ」制作及び普及啓発事業

うつ病予防や心の健康に関する普及・意識の啓発を幅広い年代に行っていくことを目的に、平成18・19年度に町民・職員ボランティアによる「心の健康ビデオ」を制作しました。「いのちをつなぐわ^{私・和}の町」と題したこのビデオは、自殺まで考えた中年の男性が、周囲の支えにより回復に向かう過程を描いた寸劇や、特産品を生かしたオリジナルキャラクター、精神科医の解説などが35分のビデオに収められています。ビデオ制作企画の段階から慶応義塾大学の野野原教授や日本大学の坂本教授らのご指導をいただくとともに、町長自ら寸劇の出演者となって盛り上げることができました。

制作したビデオは、平成 20 年度に地区ごとに世帯回覧しました。ビデオを視聴した町民からは、「家族が同じように悩んでいるがどうしたらよいか」という相談や問い合わせがあり、保健師が相談や訪問で対応しています。ビデオ回覧の他には、相談先を掲載したリーフレットを配布したり、地区でのビデオ上映会を行っています。ビデオをとおして、一人で悩まず、誰かに相談することや地域で助け合うことの大切さを一人でも多くの町民に伝えることができればと活動を継続しています。

5) 小学生心の健康教室

平成19年度に実施した小学校 5 年生対象の「児童生徒アンケート調査」で、「悩んだ時の相談相手がいない」「自分のことが嫌い」「学校での出来事を家で話さない」割合が比較的高い状況にあったことから、子どもの頃からの心の健康づくりに取り組むことになりました。

平成20年度は、町内の小学6年生児童と保護者を対象に、臨床心理士を講師とした健康教室を開催しています。「心は元気ですか？誰かに気持ちを伝えよう～」をテーマにした講義の他、言葉を伝え合うロールプレイを取り入れ、気持ちを伝え合うことの大切さに気づくことができるようにしました。児童からは、「心について楽しく勉強することができた」「友達の話の聞いたり、自分の気持ちを伝える大切さがわかった」などの感想が寄せられており、今後も継続していく予定です。

4. 2 住民の紙芝居 秋田県由利本庄市（旧由利町）や青森県鶴田町

秋田県（旧由利町；現由利本庄市）では平成 9 年から地域内 67 集落のうち 6 集落をモデル地区として選び、精神科医師と共同でうつと自殺対策の 1 次予防活動を実施してきました。そこでは精神科医師による心の健康づくりに関する講話に加えて、保健協力員と保健師が配役を担当して「聞き耳ズキン」という紙芝居を上演しています。ある若者が森でズキンを発見し、それを頭に被ったところ鳥や動物の話がわかるようになります。そのなかで鳥やタヌキは、近くのばあ様を最近みかけなくなったことを心配して、うつ病かも知れないタヌキの長老に相談しようと話しています。そしてタヌキの長老がでてきて、「無理にはげましてもいかん」と説明します。こうして住民は紙芝居をみながら、楽しみながらうつ病の知識と対応法を身につけることができます。このような住民自身による紙芝居や演劇の上演活動は青森県の市町村、すなわちつがる市や十和田市、鶴田町や七戸町、南部町などに広がり、岩手県の久慈市などにも広まっています。さらに北東北のみならず、鳥取県や鹿児島県などにも影響を与えています。2008 年 8 月 31 日には東京でこれらの活動団体が集まって交流会やシンポジウムを行いました。（自殺予防活動団体地域交流会）身体障害の当事者や支援団体や自死遺族の代表が参加しました。互いに気持ちを伝え合うこと、命を大切にすること、こころのバリアを取り除くことなどが話し合われました。このような住民の活動が地域の力になっていくことで安心して悩みを伝え合うことができるコミュニティを作っていくことができるのです。それが事前（1 次）予防の取組による自殺予防活動といえます。

4. 3 ネットワークナースによる地域連携 岩手県立久慈病院精神科

～三次予防：ネットワークナースを導入して地域と医療機関とが連携している事例～

岩手県立久慈病院精神科では、「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模研究」（厚生労働科学研究費補助金心の健康科学研究事業）の一環として、リエゾンナース活動を開始しました。総合病院で一般に行われるコンサルテーション・リエゾン精神医療は身体疾患を持つ患者に対する精神医学的援助を目的として行われるものですが、ここではそれに加えて、患者や家族の心の健康問題に対する支援を図るなど、地域との連携も視野に入れて活動しています。

リエゾンナースの導入は、職員への事前アンケートや院内研修会により事前に院内に広報し、

さらに精神科医師の病棟回診に同行して病棟スタッフとコンタクトを持って病棟スタッフにリエゾンナースの運用方法を理解してもらいながら、円滑に行われました。実際の業務を次に挙げてみます。

- ① 精神的危機が生じる可能性がある入院中の患者や家族の精神的ケアに携わります。病棟スタッフと協力しながら、病気のために体が思うようにならない患者のもどかしさや、将来への不安や悩みに対して心理的援助を行います。
- ② 患者が地域の社会資源を運用できるように、関係機関と連携をとり援助します。患者や家族は、知識が十分でないために社会資源を有効に利用できていないことがあり、退院後の療養や生活に対する不安を感じている場合があります。
- ③ 地域で暮らす外来患者の電話相談にも対応します。

4. 4 こころのケアナース事業 青森県六戸町

青森県六戸町（人口約一万一千人）では、高齢者サービス調整会議や、老人保健事業等で、医療機関の協力が必要であることから、平成2年に、保健事業を推進するための保健事業スタッフと医師との打ち合わせ会を発足させ、年1から2回開催していました。その後、平成9年の「保健文化賞」受賞を契機に、さらに地域の保健医療福祉の向上を図るため、年4回定期的に開催されるようになり、保健行政の課題解決のための検討、事例検討、最新の医療情報を提供するなどの情報交換等が行われ、この会議を通して、保健医療福祉関係者の業務の相互理解がなされ、それぞれの連携が非常に容易となっています。

平成15年度に行われた、六戸町の一次調査の結果、①「気分が落ちこんで死にたくなる」人が370人（12.5%）で、そのうち「不満や悩みを相談したいが相談先がわからない、相談相手がない」という人が51人（14.8%）であったこと、②ストレスについての相談相手についての質問の結果は多い順に「家族」「友人・知人」に相談するとなっていたこと、③ストレスはあるが、「相談の必要なし」とするものが多かったこと、④全国との比較では、病院や診療所の医師に相談するとするものが少なかったこと、などのために、気軽に「相談できる場所（窓口）や相談員」を設置することが必要であることが認識されました。その際、「相談場所」としての精神科病院（医院）が近くにない、「精神科医に行くには敷居が高い」「うつ状態の人は、内科医を受診していることが多い」等から、「身近な医療機関」に相談員を配置することが効果的だろうと考えられました。

そして、こうしたことを「六戸町地域医療懇談会」において情報提供をしたところ、医療機関の協力を得られ、事業化されることになりました。

このこころのケアナース事業は、町内の一般医療機関等において、主治医の了解のもとに、看護師等が住民のこころの悩みを聴き、不安やうつ状態を把握し、適切な心理的ケアに継げることを目的とし、こころのケアナース養成モデル事業として、実施するものです。ここでは、

- ①こころのケアナース推進検討委員会設置
- ②こころのケアナース養成セミナーの開催
- ③こころの健康カードの配布
- ④こころのケアナースによる相談事業
- ⑤事例検討会開催

等を行うことになっています。

一般医療機関等において、住民が「こころの健康カード」を窓口で提示するだけで、無料でこころのケアナースが相談に対応し、うつ状態等が疑われた場合は、その医療機関の医師に報告し、医師の判断により、精神科医療機関へ紹介するという仕組みになっています。

また、こころのケアナースとは、養成のためのセミナーを受け、かつ本事業に同意した看護

師または歯科衛生士とし、こころのケアナースが処遇に困ったり、緊急を要すると思ったりしたときに相談をするアドバイザーを保健所長、町の保健師、医師の3人とし、アドバイザーはこころのケアナースの求めに応じてサポートをすることになっています。この事業は平成17年2月よりスタートし3医療機関と在宅介護支援センターに勤務する15人の「こころのケアナース」が住民のこころの相談をひきうける体制をとっています。「いつでも気楽に相談できる場」が身近にあるという事実は住民に安心感を与え、ストレスを軽減すると考えられます。

4. 5 地域住民のリラックス教室・生きがい対策 鹿児島県大浦町と鹿児島県東市来町

大浦町では、平成15年度より心の健康づくり事業に取り組んでいますが、高齢者の生きがいづくりの場として「はつらつクラブ」を開催しています。はつらつクラブは、大浦町の高齢者がはつらつとした元気老人になるように、生きがいづくりやレクリエーション等交流活動を地区公民館5ヶ所で各地区月1回程度実施しています。

内容は、歌や指体操、体操、創作活動（牛乳パックの椅子づくり、帽子づくり、籠づくり、巾着袋づくり、お手玉づくり）、大浦カルタ、絵手紙、映画鑑賞、押し花、映画鑑賞、日記帳づくり、輪投げ、ペタンク等様々です。

スタッフは、保健師・看護師・栄養士以外に、元気高齢者を育てるコミュニティ活動を支援するボランティア「はつらつサポーター」も協力し、スタッフ全員が高齢者の生きがいづくりや心の健康づくりを意識して事業に取り組んでいます。

はつらつクラブについて、地域住民に感心を持ち、広く知ってもらうために「ふるさとまつり」を活用し、作品展示や写真展示を行いはつらつクラブを紹介しています。

また、地域のボランティア「はつらつサポーター」が、はつらつクラブに参加することで「はつらつサポーター」自身も元気になっているという感じの印象を保健師は受けており、地域全体の心の健康づくりにつながっています。

少子高齢化の進む鹿児島県東市来町では、平成7年から「たとえ病気があっても元気」というテーマで元気づくり事業を展開しています。

高齢化率が急激に伸びるなか、一人暮らしの高齢者や要介護高齢者、閉じこもりやうつ状態となる高齢者が増えつつあります。一方、たとえ病気があっても高齢になっても、その人なりにいきいきと元気に過ごしている高齢者が数多くいます。そこで、ひとりでも多くの高齢者が、住み慣れた地域でいきいきと過ごすことができるための支援のひとつとして「いきいきサロン」を開催しています。

平成13年度から、地域のリーダー的存在の民生委員や各推進員を対象に高齢者を取り巻く現状や介護予防等について研修会を開催した後、平成14年度から民生委員や各推進員等を中心にした自治会単位で「いきいきサロン」が少しずつ立ち上がり、現在では定期的に開催している自治会が8ヶ所になっています。

運営方法は、その地域のやり方に任せ、無理なく長く継続できるような方法を自治会が考え、行政はその方法を尊重しながら支援しています。

立ち上げにあたっては、事前に民生委員と保健師が協議をした後に、その自治会のリーダー的存在の方々が集まり、その自治会の状況にあったサロンの形を作ります。

対象者は、おおむね65歳以上の特定高齢者。開催回数は月1回程度、参加費ひとり1回100円、内容は健康チェックや季節の行事を取り入れたもの、健康講話やレクリエーション、異世代間交流、歌や踊りなど、地元の方を講師とし、幅広い内容のプログラムとなっています。

スタッフは、民生委員・各推進員・ボランティアグループ・社会福祉協議会職員・在宅介護支援センター看護師等で構成されていますが、参加者同士で自主的に企画運営されているとこ

ろもあります。

サロンの参加者は、毎月の開催が楽しみでそれを目標に過ごしている、生活にメリハリができる、友達ができた、笑うこと会話することが嬉しい、自分の健康のことを考えるようになったなどの声が聞かれています。

サロンに参加された方々の交流はもとより、スタッフとの交流も深まることで、双方が楽しく話して笑える場・元気をもらえる場であることを念頭に、こころと身体の健康づくりを支援しています。

4. 6 基本健康診査でのうつアセスメント 鹿児島県伊集院保健所

伊集院保健所管内は市町村合併が行われた平成16年10月までは串木野市と、鹿児島市に隣接する1市8町からなり、高齢化・過疎化がすすんでいる地域と、鹿児島市のベッドタウンとして働き盛り世代が多い人口増の地域が混在していました。平成13年3月現在、人口117,067人、世帯数45,693戸、老年人口29,656人(25.3%)となっており、保健所管内の自殺死亡者数は年間平均32人(平成8~12年)で、標準化死亡比(SMR)が125.2と自殺死亡率が高い状況でした。

そこで、伊集院保健所では自殺背景として重視されているうつ症状のある人たちをなるべく早期に見だし、相談機関や医療機関へ受診勧奨できるシステムづくりを進める必要があるということから、私たちは市町村で行われている老人保健事業の基本健康診査や各種検診の結果報告会、介護予防教室などを活用し、うつのアセスメントを始めました。

特に基本健康診査を1次アセスメントの場として活用しようとしたのは、受診者の大半が高齢者であること、生活習慣病とともに心の健康問題のチェックの場としても大切な場であること、市町村における老人保健事業のなかで時間的・人的に大きな比重を占めていることから行政担当者、地域住民などに与える心理的波及効果が大きいのではないかと考えたことなどが、主な理由です。

当初、健診受診者は比較的健康的な人たちが多く、ハイリスクグループの拾い出しには不適切なのではないかという意見もありましたが、結果的には青森県南部町(旧名川町)などで行われた高齢者の悉皆調査の結果とほぼ同率でした。そのため、うつ傾向の強い住民の拾い出しの機会として活用できるとともに、健診時に併せて実施した健康教育なども含め、一般住民がうつ、心の健康づくりについて関心を持つ良い機会になるものと考えられました。さらに、事業実施前後で「うつアセスメント導入の意義はある」と考える担当者が増えたり、「自殺」、「うつ」という言葉への抵抗感が低下するなど、健診に従事するスタッフ、市町村の行政担当者の意識の向上にも役立つことも確認されました。

4. 7 健康教育用媒体CD「心のお天気便り」 鹿児島県川薩保健所

プリベンション、インターベンション、ポストベンションの自殺予防の段階のなかで、最も市町村が取組やすいと考えられるプリベンション分野について支援するために、試作的にうつの健康教育用CDを作成し、県内の保健所や市町村等に配布しました。

CDは、近年健康教育や研修等で使用頻度が増しているプレゼンテーションソフトを活用し、当所がいままで普及啓発のために使用していたものを集め、住民向けの健康教育用媒体としてはもちろん、保健師等の従事者のモチベーションを高めるための手段の一つとしても活用されるものとして作成しました。CDの内容については、平成16年1月厚生労働省「地域におけるうつ対策検討会「うつ対応マニュアル」を参考にし、住民用、民生委員等の地域リーダー用、福祉関係者用等の対象者別にまとめたものと、参考資料として秋田大学医学部の本橋豊先生から提供して頂いた地域診断のための簡易調査票を掲載しました。

4. 8 仙台市抑うつ高齢者等地域ケア事業

仙台市では、平成13年度より、東北大学と共同で、自殺予防や介護予防を目的とするうつ状態高齢者ための地域ケアプログラムの開発研究を進めておりますが、平成17年度からはモデル地区で事業化されています（「仙台市抑うつ高齢者等地域ケア事業」）。事業は以下のプログラムによって構成されます。

1) 普及啓発プログラム

住民向けプログラム（町内会・地区社会福祉協議会・民生委員など）では、CDやカードなどの教育ツールを作成して、「うつ」の症状や治療が誰にでも簡単に理解できるようにします。教育ツールの作成は、保健医療福祉スタッフが講師になって、どこでも気軽に保健教育を実施するのに役立ちます。保健医療福祉スタッフ向けプログラムは連続3回の研修会で構成され、保健師・看護師・地域生活支援センター・在宅介護支援センター職員などがアセスメント、うつ病ケースマネジメント、保健教育の方法などを学びます。医師会の先生方にも参加してもらっています。

2) アセスメントプログラム

在宅介護支援センターの職員が一次アセスメントでハイリスク例を発見し、訓練を受けた保健師・看護師が二次アセスメントで介入ニーズを評価します。アセスメント法は「うつ対策マニュアル」に準じておりますが、アセスメントツールとしてはMD-PCやWHO-5も検討しています。

3) 相談プログラム

保健福祉センター、地域生活支援センター、在宅介護支援センターに総合相談窓口を設置し、必要に応じて精神科医による専門相談（現在は保健福祉センターと地域生活支援センターで実施）や地域医療機関と連携します。

4) 訪問ケアプログラム

訓練を受けた訪問看護師が、介入ニーズのある高齢者宅を個別訪問し、高齢者との関係づくりをしながら、うつ病ケースマネジメントを実践します。看護師は必要に応じて精神科医（相談医）からスーパーバイズが受けられるようにします。

5) うつ病ケースマネジメント

担当看護師が多職種チームと連携して、問題解決療法的なアプローチを含むケースマネジメントを実践します。多職種チームによるケースカンファレンスを専門相談の日に実施し、問題の明確化、解決策の考案、プランニング、モニタリングなどの作業を支援します。

6) 住民活動の支援

現在、老人会などの地域住民による「こころのケアボランティア」、地域生活支援センターや在宅介護支援センターにおける「サロン活動」の支援事業が計画されています。

5. 資料編

資料1. 高齢者のうつの基礎知識

① はじめに

うつというのは、精神的なエネルギーが低下して、気分がひどく落ち込んだり何事にも興味を持たなくなったり、おっくうだったり、なんとなくだるかったりして強い苦痛を感じ、ほとんど毎日、日常の生活に支障が現れるまでになった状態です。

うつときのつらい気持ちを言葉で表現するのはとても難しいのですが、うつにかかっているある女性は、悲しくて苦しくて涙がこぼれ落ちそうになる直前に胸が強く締めつけられるようになる、そうした状態がずっと何日も、場合によっては何ヶ月も続いているようなものだと語ったことがあります。うつ病の基本的な症状を表に示しました。

うつの一般的な特徴と対応に関しては、厚生労働省の「地域におけるうつ対策検討会」が作成した「自治体向けマニュアル」「地域医療従事者向けマニュアル」(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/01/s0126-5.html>)に詳しく説明されていますのでそれを参照していただくことにして、ここでは高齢者に焦点を当ててうつ病の診断と治療について現在利用可能なエビデンスに基づいて概説することとします。なお高齢者におけるうつ病は、他の世代にもまして、複雑な社会的・医学的背景が存在しており、そうした点についても解説しました。

【うつの症状】

- ① 強いうつ気分
- ② 興味や喜びの喪失
- ③ 食欲の障害
- ④ 睡眠の障害
- ⑤ 精神運動の障害（制止または焦燥）
- ⑥ 疲れやすさ、気力の減退
- ⑦ 強い罪責感
- ⑧ 思考力や集中力の低下
- ⑨ 死への思い

② 高齢者の「こころ」

老年期のうつ病について述べる前に、高齢者のこころの特徴をいくつかあげてみます。まず第一に、正常の老化では、認知機能は全般的に遅延しますが、これにはいくつかの例外があることがわかっています。例えば、抽象的な題材に関しては迅速さが保たれ類推する能力には長けており、論理的に考えていくよりも「印象」「直感」によって判断することが多くなってきています。また、流動性知識（反応の速さ、記銘力、問題処理能力など）は衰えやすい反面、結晶性知識（知識や理念。例えば、「奥の細道の作者は誰か？」「なぜ税金を払わなくてはいけないのか」など）は保たれています。こうしたことから、高齢の方には、理づめで説明するよりも、エピソードをまじえてイメージが湧く話し方が理解されやすく効果的であるといえるでしょう。

第二に、高齢者のコミュニケーションは、流暢さが低下し話題の寄り道・脱線が増える「迂遠」と呼ばれる状態になります。これは、本人にとっては「言葉が喉まで出かかっている」などという形で体験されます。こうしたときに周囲は、つい話をせかしてしまったり、本人の

気持ちとは違うことを話題にしてしまうことがあります、注意が必要です。周囲の対応としては、話が脱線をおだやかに修正しながらゆっくりと話を聴くことが大切です。また、周囲から話しかける際には、要点をしぼって、ゆっくりと話すようにして、1回に話す内容は1つに絞るようにしましょう。世代の差から来る語彙の違いもコミュニケーションのギャップにつながりますので、高齢者が慣れた情緒表現を使うように心がけることも大切です。

③ 高齢者のうつ病の症状の特徴

「年をとると誰でもうつっぽくなる」と言われることがありますが、一般的な老化現象とうつ病はまったく異なるものです。しかし、高齢者のうつ病は、通常の診断基準に頼るだけでは見落とされてしまう可能性があります。高齢者では、典型的なうつ病の症状を示す人は1/3から1/4しかいないと言われています。症状の一部がとくに強く現れたり、逆に一部が弱くなったりしていることが多いので注意が必要です。

高齢者のうつ病の特徴として、次のような点が指摘されています。

- 症状がそろっていないうつ病の頻度が高く見逃されやすい。悲哀の訴えが少なく、気分低下やうつ思考が目立たない。
- 意欲や集中力の低下、精神運動遅延が目立つ。健康状態が悪く、気分の低下、認知機能障害、意欲低下が見られる患者ではうつを疑うべきである。
- 心情的な訴えが多い。記憶力の衰えに関する訴え（「ものおぼえが悪くなった」「物忘れが増えた」）がうつ病を示唆する重要な症状である可能性がある。抑うつ気分と記憶に関する主観的な訴えとは強く関連している。とくに65-75歳の比較的「若い」高齢者でその傾向が強い。認知症外来を受診する患者の5人に1人はうつ病性障害であるといわれている。
- 軽症のうつ病は、身体的な不健康と関係があり、意欲・集中力の低下や認知機能の低下がみられることが多い。高齢者のうつ病は軽症に見えても中核的なうつ病に匹敵するような機能の低下がみられることが多いし、中核的なうつ病に発展することも多い。したがって、うつ病の症状が軽そうに見えるからといって決して軽視してはならない。
- 器質的原因、薬物起因性のうつ病は若年者よりも高齢者で多い。
- 脳血管性病変に関連する「血管性うつ病」の存在が考えられており、脳血管性障害の患者はうつ病の可能性が高い。
- 不安症状がしばしば併存する。不安が前景にあると背後にあるうつ病を見落としてしまうことがあり、注意が必要である。
- 双極性障害（躁うつ病）に伴ううつ病の可能性も考慮しておかなくてはならない。双極性障害は通常はより若い年代で発症する。晩発性の発症の場合には、器質性の脳疾患の存在を疑う。双極性障害の詳細は、日本うつ病学会のホームページ (<http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/>) で知ることができます。

■双極性障害の症状

うつ病の時期とは、DSM-IV 診断基準によれば、毎日のように

(1) ほとんど1日中憂うつで、沈んだ気持ちになる

- (2) ほとんどのことに興味を失い、普段なら楽しくやれていたことも楽しめなくなる
- (3) 意欲が低下（または増加）したり、体重が減少（または増加）する
- (4) 寝つきが悪い、夜中に目が覚める、朝早く目が覚めるなどの不眠が起こるか、あるいは眠りすぎてしまうなど、睡眠の問題が起こる
- (5) 話し方や動作が鈍くなるか、あるいはいらいらして落ち着きがなくなる
- (6) 疲れやすいと感じ、気力が低下する
- (7) 「自分には価値がない」と感じ、自分のことを責めてしまう
- (8) 何かに集中したり、決断を下すことが難しい
- (9) 「この世から消えてしまいたい」「死にたい」などと考える

の症状のうち、少なくとも（1）か（2）のどちらかを含む5つ以上の症状が、2週間以上続く場合をさします。

一方、躁病の時期は、

- (1) 気分が良すぎたり、ハイになったり、興奮したり、調子が上がりすぎたり、怒りっぽくなったりして、他人から普段のあなたとは違うと思われる
- (2) 自分が偉くなったように感じる
- (3) いつもよりおしゃべりになる
- (4) 色々な考えが次々と頭に浮かぶ
- (5) 注意がそれやすい
- (6) 活動性が高まり、ひどくなると全くじっとしていられなくなる
- (7) 後で困ったことになるのが明らかなのに、つい自分が楽しいこと（買い物への浪費、性的無分別、ばかげた商売への投資など）に熱中してしまう

といった症状のうち、少なくとも（1）を含む、4つ以上（1が怒りっぽいだけの場合は5つ以上）の症状が1週間以上続く場合をさします。

日本うつ病学会ホームページ「躁うつ病とつきあうために」より抜粋

④ 老年期うつ病の誘因

うつ病の誘因は大きく2種類に分けられます。重大なライフイベントと慢性的なストレスです。ライフイベントの例としては、“重要な他者”の喪失や死別（ペットも含む）、自分や身近な人が生命の危機にさらされること（病気など）、家族や友人とのいさかい、急性の身体疾患、住み慣れた家を離れること（施設入所や、子との同居に伴う転居など）、深刻な経済的危機などがあります。慢性的なストレスには、健康の減退、感覚喪失、認知機能の低下、行動力の低下（依存性の増加）、居住環境の問題（同居家族との問題など）、経済的な問題、社会的役割の低下（退職など）、家族の介護、社会的孤立などがあります。

概して高齢者の生活は、近親者との死別や身体機能の低下など、大小の喪失体験に囲まれています。その意味で高齢者がうつ状態に陥ることは「理解できる」ことも多いのです。しかし、うつが「理解できる」ことはうつ病を治療しなくてよいということにはなりません。誘因が何であれ、うつ病はうつ病として治療が必要であり、適切な社会支援や、薬物療法、精神療法を行わなくてはなりません。

統計的に裏付けられた老年期うつ病の危険因子は、女性であること、過去のうつ病の既往、

配偶者との死別・離婚です。加えて上述した誘発因子を体験した人はリスクが高いと考えられています。

病気にかかっている人や身体機能障害がある人はうつ病になりやすいと言えます。また、そうした人の介護に当たっている人もうつ病になりやすいので注意が必要です。

周囲の人との信頼関係はうつ病の大きな要因です。それまでに他者と信頼できる関係を築くことが困難であった人は、老年期に孤立しやすく、うつ病に陥るリスクが高いとされます。細かい性格や依存的な性格など、パーソナリティ傾向は老年期に顕著になりやすく、人間関係に影響を与えます。

近親者と最近死別した人は、とくに注意が必要です。死別後に一時的にうつ状態になることは自然なことで、「悲嘆反応」と呼んでうつ病とは区別されています。そのような場合には、頻りに訪問して患者を支えることが大切です。しかし、次のようなときには、うつ病を疑って受診勧奨をすることが望ましいでしょう。

- うつ症状の遷延（重篤な抑うつ症状が6ヶ月以上続く）
- 自殺念慮（死んだ人と一緒になりたいという強い願い）
- 迫害的な罪悪感（死を避けるためにもっとなにかできたのではないかという自己批判、にとどまらない罪悪感）
- 精神運動制止
- あらゆるものを変わらないようにして悲しみをとどめておくこと（“ミイラ作り”と呼ばれることもある）。

⑤ うつ病患者への社会支援

うつ病の患者にとっては、社会ネットワークによって周囲の人たちとつながりがあることがとても重要です。社会支援としてさまざまな福祉サービスがありますが、サービスそのものだけでなく、「支援を受けている」と、本人が認識できることも大切です。したがって、高齢者に対して支援を行う場合は、実質的な支援だけでなく、そこに付随する情緒的側面を忘れないようにすることが大切です。濃密な訪問を少ない回数行うよりは、短いながらも頻りに声をかけるほうが支えられているという実感をもってもらえることがあります。そのときには特別に決まった話しをする必要はなく、世間話の中で困っていることがないかを尋ねるようにするとよいでしょう。ただし、あまり親しくなりすぎてかえって精神的な悩みを相談することがためられることもありますので、同時に相談窓口の存在を伝えておくことも役に立ちます。

うつ病の人は、現実以上に悲観的な考えに陥っているものです。自分に自信がなくなったり、周囲に対して不信感を持ったり、将来に対して絶望的になったりしていることを理解して、誤った思いこみを修正してもらいながら関連する支援を行うようにする必要があります。宗教的な信仰を持っている人はうつ病から回復しやすいとされており、高齢者のそうした面は大切にすることが大切です。身体的な欠失の治療もうつ状態の改善には重要であり、視覚障害や聴覚障害への治療や支援、栄養管理や運動も含めた健康管理も考慮に入れておくようにしましょう。

うつ病の治療の基本は休養と環境調整です。病状は時間と共に変わっていくものであり、症状が重い時期は目の届く環境で休んでもらうことに主眼を置き、回復期してきたら負担にならない範囲で少しずつ行動範囲を増やせるようにしていきましょう。ケアプランを作成する際は、その時々治療目標を立て、3～4週間ごとに見直していくべきです。うつ状態が強いときにはホームヘルパー中心に、回復してきたらデイサービスなど交流の場をふやすようにします。

⑥ うつ病の治療

うつ病の治療は、薬物療法などの生物学的治療、精神療法、環境調整の3本柱で行います。治

療の詳細は、成書を参考にしてください。

資料2. うつの特徴的症状と質問の仕方

うつの特徴的症状と質問の仕方

● うつの9つの症状

① うつ気分

「気持ちが沈み込んだり、憂うつになったりすることがありますか」

「悲しくなったり、落ち込んだりすることがありますか」

「うつ病」の人は、気持ちが沈み込んで憂うつになっていることがよくあります。「憂うつだ」「悲しい」「何の希望もない」「落ち込んでいる」と思い悩んでいるのです。人によってはこうした気持ちを表立って口にしないこともありますが、いまにも泣き出しそうな印象や、憔悴しきった雰囲気から気づかれることもあります。こうした症状は午前中にひどく、午後から夕方にかけて改善してくることがよくあります（後述；症状の日内変動参照）。

このように憂うつな気分を感じているときには、身体の痛みや倦怠感などの身体の不調が出てきたり、イライラ感が強くなって怒りっぽくなったりすることがあり、それが性格の問題と間違われてうつ気分が気づかれにくくなることがあるので注意しなくてはなりません。

② 興味や喜びの喪失

「仕事や趣味など、普段楽しみにしていることに興味を感じられなくなっていますか」

「今まで好きだったことを、今でも同じように楽しくできていますか」

これまで楽しんでできていた趣味や活動にあまり興味を感じられなくなった状態です。何をしてもおもしろくないし、何かをしようという気持ちさえ起きなくなってきます。友達と会って話すのが好きだったのに、会ってもおもしろくないし、かえってうつとうしくなってきます。運動が好きだったのに熱中できませんし、テレビでスポーツ番組やドラマを見てもおもしろくありません。音楽を聴くのが好きだった人が、好きな音楽を聴いてもちっとも感動しません。性的な関心や欲求も著しく低下してきます。このように何をやってもおもしろくないので、自分の世界に引きこもるようになってきます。その変わりぶりは、まわりの人から見れば、あんなに喜んでやっていたものをなぜやらなくなったんだろうと不思議に思えるほどです。

③ 食欲の減退または増加

「いつもより食欲が落ちていますか」

「減量しようとしていないのに、体重が減っていますか」

「いつもよりずっと食欲が増えていませんか」

「食欲が非常に増進して、体重が増えていませんか」

一般にうつ病では食欲が低下してきます。一方、それとは逆に食欲が亢進することもあり、甘い物など特定の食べ物ばかりほしくなることもあります。食欲がなくなった人は「何を食べても、砂を噛んでいるようだ」「食べなくてはいけないと思うから、口の中に無理に押し込んでいる」と訴えることがよくあります。あまりに食欲がなくなって、一ヶ月に4キロも5キロも体重が減少してしまうこともあります。

④ 睡眠の障害

「睡眠の状態はいかがですか」（導入質問）

「ほとんど毎晩眠れないということがありますか。寝つきが悪かったり、夜中に何度も目が覚めたり、非常に朝早く目が覚めたりしますか」

「眠気が強くて、毎日眠りすぎているということがありますか」

うつ病では不眠がよく現れます。寝つきが悪くなるだけでなく、夜中に目が覚めて寝つけなくなったり、朝早く目が覚めてしまったりするのです。悪夢にうなされることもよくあります。

とくに朝早く目が覚めるのはうつ病に特徴的で、「午前3時症候群」と呼ぶ人もいます。いつもよりずっと早く目が覚めてしまうのです。しかも、うつ病にかかっている人は、このように早く目が覚めたからといってすぐに起きあがれるわけではなく、布団のなかで悶々と思い悩んでいることがよくあります。

逆に、夜の睡眠が極端に長くなったり、日中も寝てばかりいるといった過眠症状が現れることもあります。

⑤ 精神運動の障害（強い焦燥感・運動の制止）

「話し方や動作が普段より遅くなっていて、それを人から指摘されるということがありますか」

「じっとしてられず、動き回っていたり、じっと座ってられなかったりすることが多くなっていますか」

うつ病になると、ほかの人から見てもすぐにわかるほど身体の動きが遅くなったり、口数が少なくなったり、声が小さくなったりすることがよくあります。このような状態を、専門的には精神運動制止と言います。

また、逆に、じっと座ってられないほど焦燥感が強くなったり、イライラして足踏みをしたり、落ち着きなく身体を動かしたりするようになることもあります。このように焦燥感が強くなっているときにはつらさを何とかしたいと焦って話し続けたりしますので、表面的には元氣そうに見えてしまい、うつ病だと気づきにくいので注意しなくてはなりません。

⑥ 疲れやすさ・気力の減退

「いつもより疲れやすくなっているとか、気力が低下しているとか、感じることはありますか」

ほとんど身体を動かしていないのにひどく疲れたり、身体が重く感じられたりすることがあるのもうつ病の症状の一つです。気力が低下して何をする気もおきなくなりますし、洋服を着るといった日常的なことにさえ時間がかかるようになります。何とかしなくてはならないと気持ちだけは焦るのですが、それをするだけのエネルギーがわいてこないのです。

⑦ 強い罪責感

「自分は価値のない人間だと感じたり、悪いことをしたと罪悪感を感じたりしていますか」

うつ病になると、ほとんど根拠なく自分を責めたり、過去の些細な出来事を思い出しては悩んだりするようになります。一つのことをくよくよ考え込んで、何回も何回もほかの人に確認

をしたりするようになることもあります。こうした状態が進むと、会社のプロジェクトがうまく進まないことや、不況のために会社の成績が落ちていることまで自分の責任のように思えたり、不況になったことまで自分のせいだと妄想的に思いこむようになってたりもします。

⑧ 思考力や集中力の低下

「なかなか物事に集中できなくなっている、ということがありますか」

「普段より考えが遅くなったり、考えがまとまらなくなったりしていますか」

「普段なら問題なく決められることが、なかなか決められなくなっていますか」

注意が散漫になって、集中力が低下してくることがあります。そのために仕事が以前のように進まなくなったり、学校の成績が落ちたりするようになります。また、決断力が低下して、大したことでもなくてもあれこれ考えて何も決められなくなります。中年の人は、自分がボケてきたのではないかと心配していたりします。また、高齢者の場合には実際に痴呆のように見えることがあります。しかし、真の痴呆と違って、うつ状態による痴呆様の症状は治療によって改善するために、仮性痴呆と呼ばれています。

しかし、逆に、痴呆状態がうつ病と間違えられることもあるので注意が必要です。痴呆の場合も、何となく元気がなくなり、記憶力が衰えてくるので、うつ病ではないかと思われるのです。また、高齢者の場合にはうつ病を契機に痴呆を発症してだんだんと症状が進んでくるといふことがあるので注意が必要です。

⑨ 自殺への思い

「死について何度も考えるようになっていませんか」

「気分がひどく落ち込んで、自殺について考えるということがありますか」

うつ病になると、気持ちが沈み込んでつらくてたまらないために死んだ方がましだと考えるようになってきます。欧米の研究では、入院が必要なほどのうつ病にかかった人の15パーセントが自殺で命を落としていることがわかっています。うつ病のときには自分の気持ちを抑える力が弱くなっていますから、普通するときなら考えられないような思い切った行動をすることが多くなるのです。

一般的には、うつ病が少し良くなったときに自殺の危険性が高くなるといわれています。気分が沈み込んで何をやる元気もなくなっているときには、死のうと思ってもそれを実行に移すだけの元気さえ出てきません。しかし、少し症状が良くなると、死にたいと考えれば、その気持ちをすぐに行動に移せるようになります。

しかも、こうしたときには本人の気持ちとまわりの人の考えとが食い違いやすくなっています。症状が良くなってくると、外見上は元気に見えるようになるのでまわりの人は安心してしまおうのですが、うつ症状が強かったときのつらい記憶は簡単に消えないために、本人は良くなったという自覚をもてないことが多いからです。こうした食い違いがあると、本人は誰にもわかってもらえないと絶望的になり、自殺を考えやすくなります。

● その他のうつ症状

身体症状

うつ病のために、痛みや倦怠感などの身体の不調が現れたりすることがあります。頭痛や腰

痛などの症状は、とくによく見られるものです。重く締めつけられるような頭の痛みはうつ病の人に特徴的といわれ、教科書的には鉢をかぶったような重さだと表現されることがあります。このほかにも、肩こりや体の節々の痛み、食欲不振や胃の痛み、下痢や便秘などの胃腸症状、発汗、息苦しさなど、さまざまな症状が現れてきます。

こうした身体症状が存在すると、私たちはつい身体のことを心配するために精神的な面を見逃してしまいがちです。身体症状のために、憂うつな気分が目立たなくなるのです。こうした状態は、うつ症状が身体症状の仮面に隠れているという意味で「仮面うつ病」と呼ばれることがあります。

症状の日内変動

うつ病の症状は、一般に朝に悪化し、午後から夜にかけて徐々に改善するという日内変動が見られることがよくあります。人によっては夕方から夜にかけて元気になるために、「ずっと落ち込んでいるわけではないから、うつ病じゃなくて、気分の問題なんだ」と考えることもあります。しかし、これはうつ病の日内変動（という特徴）で、気分の問題ではないので、軽く考えすぎないように注意しなくてはなりません。

精神病症状

大部分のうつ病は精神病ではありません。しかし、妄想などの精神病症状を持つ場合などは精神病性うつ病とか妄想性うつ病と呼ばれ、病気の自覚がなくなるため、入院治療が必要になります。

自分が重大な罪を犯したと思いつく罪業妄想、貧乏になったと確信する貧困妄想、がんなどの重い病気になったと信じ、検査結果で心配ないと話しても訂正不能の心気妄想、何をしても無駄だと治療を拒否したり、拒食から衰弱したりする虚無妄想などがうつ病に特有な妄想で、躁病の誇大妄想に対して、微小妄想と総称されます。それ以外にも被害妄想や自分が周りの人から避けられていると信ずる忌避妄想もあります。幻聴は一般的にはないのですが、時にみられることもあります。

まれに昏迷といって、問いかけや刺激に反応しない、無言で動きの乏しい無反応状態がみられます。意識はあって、その間の記憶もありますが、意思や感情の表出ができなくなっているのです。ぼんやりとして、動きと反応が鈍い程度の軽いものは時々みられます。

● 「いつもと違う」状態に気づく

このようにうつ病は自覚しにくいし、まわりで見えてもわかりにくい病気です。しかし、治療すれば良くなる病気ですので、早めに見つけて治療することが大切になります。早くに見つけるために注意すべき点は、日常生活において、いつもと違う状態が続き、本人か周囲の人の生活に支障がでてくる、ということです。

資料3. 簡易抑うつ症状尺度 (QIDS -J)

簡易抑うつ症状尺度 (QIDS -J) とは

簡易抑うつ症状尺度 (Quick Inventory of Depressive Symptomatology : QIDS -J) は、16 項目の自己記入式の評価尺度で、うつ病の重症度を評価できるほか、アメリカ精神医学会の診断基準 DSM-IV の大うつ病性障害 (中核的なうつ病) の診断基準に対応しているという特長を持っています。世界的に知られた精神科医 John Rush 先生によって開発され、世界 10 カ国以上で使用されています。日本語版は、慶応大学医学部の藤澤大介先生のグループによって作成されました。

採点の方法

睡眠に関する項目 (第 1 - 4 項目)、食欲/体重に関する項目 (第 6 - 9 項目)、精神運動状態に関する 2 項目 (第 15、16 項目) は、それぞれの項目で最も点数が高いものを 1 つだけ選んで点数化します。それ以外の項目 (第 5、10、11、12、13、14 項目) は、それぞれの点数を書き出します。うつ病の重症度は、睡眠、食欲/体重、精神運動、その他 6 項目を合わせて 9 項目の合計点数 (0 点から 27 点) で評価します。原版 QIDS では、点数と重症度は下記のようになっています。

0 - 5	正常	16 - 20	重度
6 - 10	軽度	21 - 27	きわめて重度
11 - 15	中等度		

QIDS-J の使い方

各項目が大うつ病性障害の症状に対応しているので、うつ症状の評価やスクリーニングに使えるほか、合計点を算出することでうつ状態の変化を見ることができます。6 点以上の場合にはうつ病の可能性がありますので、まず医療機関に相談してください。携帯サイト <http://cibt.jp.net> を使えば、自動的に計算できます。

日本語版自己記入式・簡易抑うつ症状尺度

(Quick Inventory of Depressive Symptomatology : QIDS - J)

1. 寝つき

0. 問題ない (または、寝付くのに30分以上かかったことは一度もない)
1. 寝つくのに30分以上かかったこともあるが、一週間の半分以下である
2. 寝つくのに30分以上かかったことが、週の半分以上ある
3. 寝つくのに60分以上かかったことが、(1週間の)半分以上ある

2. 夜間の睡眠

0. 問題ない (夜間に目が覚めたことはない)
1. 落ち着かない、浅い眠りで、何回か短く目が覚めたことがある
2. 毎晩少なくとも1回は目が覚めるが、難なくまた眠ることができる
3. 毎晩1回以上目が覚め、そのまま20分以上眠れないことが、(1週間の)半分以上ある

3. 早く目が覚めすぎる

0. 問題ない (または、ほとんどの場合、目が覚めるのは、起きなくてはいけない時間の、せいぜい30分前である)
1. 週の半分以上、起きなくてはならない時間より30分以上早く目が覚める
2. ほとんどいつも、起きなくてはならない時間より1時間早く目が覚めてしまうが、最終的にはまた眠ることができる。
3. 起きなくてはならない時間よりも1時間以上早く起きてしまい、もう一度眠ることができない

4. 眠りすぎる

0. 問題ない (夜間、眠りすぎることはなく、日中に昼寝をすることもない)
1. 24時間のうち、眠っている時間は、昼寝を含めて10時間ほどである
2. 24時間のうち、眠っている時間は、昼寝を含めて12時間ほどである
3. 24時間のうち、昼寝を含めて12時間以上眠っている

5. 悲しい気持ち

0. 悲しいとは思わない
1. 悲しいと思うことは、半分以下の時間である
2. 悲しいと思うことが半分以上の時間ある
3. ほとんどすべての時間、悲しいと感じている

6. 食欲低下

0. 普段の食欲とかわらない、または、食欲が増えた
1. 普段よりいくぶん食べる回数が少ないか、量が少ない
2. 普段よりかなり食べる量が少なく、食べるよう努めないといけない
3. まる1日(24時間)ほとんどものを食べず、食べるのは極めて強く食べようと努めたり、誰かに食べるよう説得されたときだけである

7. 食欲増進

0. 普段の食欲とかわらない、または、食欲が減った
1. 普段より頻回に食べないといけないうように感じる
2. 普段とくらべて、常に食べる回数が多かったり、量が多かったりする
3. 食事の時も、食事と食事の間も、食べ過ぎる衝動にかられている

8. 体重減少 (最近2週間で)

0. 体重は変わっていない、または、体重は増えた
1. 少し体重が減った気がする
2. 1キロ以上やせた
3. 2キロ以上やせた

9. 体重増加 (最近2週間で)

0. 体重は変わっていない、または、体重は減った

1. 少し体重が増えた気がする
2. 1キロ以上太った
3. 2キロ以上太った

10. 集中力/決断

0. 集中力や決断力は普段とかわりない

1. ときどき決断しづらくなっているように感じたり、注意が散漫になるように感じる
2. ほとんどの時間、注意を集中したり、決断を下すのに苦労する
3. ものを読むこともじゅうぶんにできなかつたり、小さなことですら決断できないほど集中力が落ちている

11. 自分についての見方

0. 自分のことを、他の人と同じくらい価値があつて、援助に値する人間だと思う

1. 普段よりも自分を責めがちである
2. 自分が他の人に迷惑をかけているとかなり信じている
3. 自分の大小の欠陥について、ほとんど常に考えている

12. 死や自殺についての考え

0. 死や自殺について考えることはない

1. 人生が空っぽに感じ、生きている価値があるかどうか疑問に思う
2. 自殺や死について、1週間に数回、数分間にわたって考えることがある
3. 自殺や死について1日に何回か細部にわたって考える、または、具体的な自殺の計画を立てたり、実際に死のうとしたりしたことがあつた

13. 一般的な興味

0. 他人のことやいろいろな活動についての興味は普段と変わらない

1. 人々や活動について、普段より興味が薄れていると感じる
2. 以前好んでいた活動のうち、一つか二つのことにしか興味がなくなっていると感じる
3. 以前好んでいた活動に、ほとんどまったく興味がなくなっている

14. エネルギーのレベル

0. 普段のエネルギーのレベルと変わらない

1. 普段よりも疲れやすい
2. 普段の日常の活動(例えば、買い物、宿題、料理、出勤など)をやり始めたり、やりとげるのに、大きな努力が必要である
3. ただエネルギーがないという理由だけで、日常の活動のほとんどが実行できない

15. 動きが遅くなった気がする

0. 普段どおりの速さで考えたり、話したり、動いたりしている

1. 頭の働きが遅くなっていたり、声が単調で平坦に感じる
2. ほとんどの質問に答えるのに何秒かかかり、考えが遅くなっているのがわかる
3. 最大の努力をしないと、質問に答えられないことがしばしばである

16. 落ち着かない

0. 落ち着かない気持ちはない。

1. しばしばそわそわして、手をもんだり、座り直したりせずにはいられない
2. 動き回りたい衝動があつて、かなり落ち着かない。
3. ときどき、座っていられなくて歩き回らずにはいられないことがある

(以上です)

実施日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 合計 _____

資料4. 心の健康相談とうつの人・家族への援助の仕方

① 心の健康相談窓口を設ける

2次アセスメントを実施するために心の健康相談窓口を設置しますが、そこでは同時に住民の相談も受けるようにします。すでに相談を積極的に受け入れている場合には広く広報することが必要です。相談には十分に時間を割いて本人のみならず家族や周囲の人たちの話を傾聴することが重要です。そのため、相談窓口担当は、うつに関する基本的な知識に加え、面接技法や診断・治療などに関する知識等についても講習会等で習得することが必要になります。

うつは、深い悩み事としてとらえられていたり、疲労や体調不良などの身体的な問題としてとらえられている場合が多いので、一般健康相談や生活・福祉相談にうつの住民が相談することも考えられます。

要支援・要介護になるおそれのある高齢者、要支援者を含め、地域住民は精神的な問題の相談には躊躇するものですから、相談窓口設置に際しては以下の配慮が必要です。相談窓口での接し方や答え方などの対応方法については、以下に記載している具体的アプローチを参照しながら慎重に対応してください。

② 心の健康相談の実施方法

市町村保健センター、健康増進センター、老人福祉センター、公民館等に幅広い内容を気軽に相談できる窓口（例：総合健康相談窓口）を設置し、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、栄養士等を従事者として、健康に関する指導及び助言を行います。その際には、「心とからだの健康相談」「リフレッシュ健康相談」など住民の抵抗のない相談事業の名称にするなど工夫すると良いでしょう。必要に応じて、血圧測定、検尿などを実施しているのが現状ですが、心の健康について気になる対象者の場合は、「心の健康度評価票」によるアセスメントを行うことも、活動の一助になります。また、健康相談事業の対象は、「対象者に変わってその家族に対する相談を行っても良い」とされていますので、その家族を対象とすることも考慮しておきましょう。

なお、相談、指導、助言の内容などの記録は、健康記録票を作成して保存し、これを事後の指導助言に役立てるとい良いでしょう。

また、糖尿病健康相談の場合、糖尿病の既往が「うつアセスメント1次陽性」の危険因子になりうるとの指摘がありますので、糖尿病健康相談を重点健康相談として選択する場合は、心の健康という視点での取組を考慮して行いましょう。

③ 当該者本人に対する心の健康相談

1) 基本的な対応

信頼関係を築くために、時間も場所もゆとりを持ったところで、プライバシーに配慮しながら話を聞くようにします。つらい気持ちに共感しながら、話に耳を傾け、励まさないで、相手のペースで話を勧めるようにしてください。

2) 医療機関への受診の勧め方

うつの疑いがある場合、受診を勧めてもすぐに受診につながるとは限りません。うつや精神科に対する理解が以前より進んできたとはいえ、受診を躊躇する場合は少なくないと考えられます。そのような場合には、困っていることについて具体的に話し合い、解決するためにどのような解決法があるかを一緒に考えながら、その選択肢の一つとして医療機関の受診を勧めます。また、うつという病気に対する誤解がある場合には、うつが特別な病気ではなく、誰でもかかる可能性のある病気で、有効な治療法があることを伝えるようにします。

3) 精神科医療についての理解促進

うつについての理解がある程度得られていても、実際に精神科受診となると敷居が高い場合もあります。都市部では、精神科のクリニックが増加し、かなり受診しやすくなっていますが、地域によってはばらつきがあります。受診を勧める際には、精神科医療について理解を得ることも大切です。

4) 受診を拒否された場合の対応

うつを疑われる人が受診を拒否した場合は、うつや薬についての説明、精神科医療についての情報提供など根気よく説明することが大切です。時には、本人だけでなく家族が反対している場合もありますので、このような場合には家族の理解を得ることも必要です。場合によっては、家族だけで相談に行き、医師の助言を得る方法もありますし、往診が可能な場合もあります。

5) 緊急性が高い場合の対応

うつにおいても、緊急な治療が求められる場合もあります。この場合は、家族の協力や消防、警察との連携の必要性を考えながら対応する必要があります。本人の同意が得られないにもかかわらず入院が必要な場合は、医療保護入院となりますので、この場合は保護者の同意が必要です。保護者は、配偶者等になることが多いですが、家族がいない場合は市町村長となることもあります。稀には、著しい自傷行為などで、警察に保護された場合は、警察官通報に基づく二人の精神保健指定医の診察の結果、措置入院となることもあります。

入院を積極的に検討した方が良い場合は、①自殺念慮（自殺をしたいと思うこと）が強いとき、②ほとんど食べず、衰弱が見られるとき、③焦燥感（いらいら感）が激しいとき、④外来治療でなかなか良くならないとき、⑤自宅ではゆっくりと静養できないとき、です。

6) 治療継続中の住民に対する対応

うつの治療を開始しても症状がまったく消える人は3分の1だとされています。再発すること多い疾患です。ですから、うつの人が医療機関の受診を開始した後も、機会があれば声をかけるなど、日常の保健活動の中で気をつけるようにしてください。本人の許可を得た上でのことですが、受診先の医療機関との連携が必要になる場合もあります。

7) 薬の服用を躊躇している住民への対応

うつにかかっているかなりの数の人が抗うつ薬などの向精神薬（精神疾患に使用する薬）を服用することに抵抗感を持っているものです。「薬を飲んで本当に役に立つんですか」と尋ねる人や、「薬を飲んでも、どうせ何も変わりませんよ」と決めつけてしまっている人が少なからず存在しています。そうした人には、うつにかかっている人の脳内で起きている神経伝達物質（化学物質）の変化について説明しながら薬の効用について話をすると、比較的よく理解してもらえますし、定期的に飲んでもらえる可能性も高まります。

また、「飲んでみないと、役に立つかわかりませんが、飲む前から役に立たないと決めつけてしまうのは、悲観的すぎるのではないのでしょうか」と話してもいいでしょう。これは、うつを精神療法で紹介している認知療法でも指摘されているように、気分が沈み込んでくるとすべてにマイナス思考になり、薬物療法をはじめとする様々な治療法に対しても悲観的になりやすいからです。そのために、薬物療法に対しても実際に服用する前から効果がないと決めつけるようになるのです。

向精神薬を飲むと依存症になるのではないかと心配する人もいます。慣れがでて「どんどん

薬の量が増えていってしまうのではないか」、クセになって「やめられなくなるのではないか」と心配になるようです。そうした人には、依存の心配はないし、むしろ中途半端な量を飲んだり、飲んだり飲まなかったりすると症状が長引くことになるので、医師の指導を受けながら服用することが大事であるということを説明するようにしましょう。いずれにしても、身体に大きな問題が起こるような副作用はきわめてまれだということを理解してもらうことが大切です。

一般には、薬なんかに頼らないでお酒(アルコール)で気分を晴らすという人も少なくありません。しかし、アルコールは一時的に気持ちが晴れたとしても、物質としてはうつを引き起こしますし、眠りも浅くします。それに、向精神薬よりもずっと依存になりやすいですし、薬との相互作用で心身両面にいろいろな弊害をもたらします。ですから、けっしてお酒に頼らないように話しましょう。とくにこれは重要なことですが、うつとアルコール依存の併存は自殺の危険性を高めます。ですから、そうした依存性物質を用いた自己治療は避けるように指導することは絶対に重要です。

精神に作用する薬物ということで、自分の精神機能が変わられて別の人間になってしまうかのような不安を感じて、「薬に頼らないといけないほど弱い人間じゃありません」と言う人もいます。こうした人に対しては、骨折などにたとえて話をしてみましょう。つまり、脚の骨を折ったときに、筋肉を強くしなくてはいけないからといってその脚を使って歩こうとするとかえって障害が進むのと同じように、服薬をしないで自分の力だけで頑張ろうとすると精神的なつらさがましてくるという話をするのです。そして、薬物療法は、骨折した骨を固定して安定させるギプスのようなもので、それをどのように利用するかが大切だと言うような形で説明し理解を得るようにします。

もちろん、薬に頼ってしまうと、自分の力で問題を解決できなくなる危険性があり、望ましくありません。薬に対する期待感が強すぎて、薬を飲むとすぐに効果が現れて楽になるのではないかと考え、すぐに効かないとがっかりして飲むのをやめてしまう人もいます。ですから、抗うつ薬は飲んですぐに効果が現れるわけではなく、効果発現までに時間がかかることを伝えることも重要です。

8) 自殺未遂者への対応

うつにかかっている人は自殺未遂をする確率が高くなります。その場合の対応については、プライバシーなどの倫理的側面に十分に配慮しながら、地域の状況や住民の方々の考えに応じて適切なプログラムを作成してください。参考までに青森県南部町(旧名川町)で取り組んでいる自殺未遂者への対応事例をご紹介します。

(1) うつの人の状態を把握します。

情報提供機関(救急隊員等)及び病院と連携できる地域システムを構築します。その際、秘密の保持には十分配慮するようにします。

(2) 普段から連携している精神科などの医師に報告、相談します。

ケースの状態を報告して、今後の対応の仕方アドバイスを得ます。

(3) 役職者を含めて看護職でカンファレンスを開きます。

ケースについての情報を持ち寄り、精神科医師の助言を参考に今後の対応策を考えます。

(4) 家族を援助します。

- 直接訪問して事業について説明して援助します。同時に情報が漏れないことを伝えます。
※間接的に介入すると本題に入るタイミングを逃したり、対象者の不信感を招いたりする恐れがあります。
- 家族の精神的苦痛を受容します。

※家族の中で自殺未遂者が出たということで、本人の苦しみに気づいてあげられなかったという思いと、退院して町内に帰ってから近所の方にどう思われるかという不安が存在しているものです。

- 自殺未遂をした本人の最近の状況を聞きます。
 - 精神科の受診を勧めます。
 - 困ったり悩んだりしたことがあったらいつでも連絡をしてほしいことを伝えます。
- (5) 民生委員から家族の補助的情報も得ておくようにします。
- (6) 本人に介入します（主治医と連絡をとり、精神状態・身体状況が安定してから面接します）。
- 事業の説明とともに情報入手経緯を話し、情報が漏れないことを伝えます。
 - 本人の苦痛を受容します。
 - 主治医とも相談のうえ、必要に応じて精神科の受診を勧めます。
- ※家族の時と同様の対応をとるが、本人が拒否する場合は、家族の協力も得て説得します。
- 困ったり、悩んだことがあったらいつでも連絡をしてほしいことを伝えます。
- (7) 環境を整えます。
- 本人が退院後周囲の偏見をあまり受けないように、また、住民が影響を受けて同じ行為に走らないように民生委員へ協力を依頼します。
 - 頻回に地域の巡回をします。

④ 当該者の家族等に対する健康相談

うつについて家族の理解と協力を得ることは、早期に医療機関を受診し、本人の回復を図り、そして再発を防ぐ上で、とても大切です。家族に、うつの症状、薬の効果、再発防止の重要性、かかり方のポイント、医療機関の情報などを伝えることとなります。

1) 家族がうつに気づくときのサイン

うつは様々な症状が出ますが、まわりの人には分かりにくいことが多いものです。次のようなときにはうつの可能性があります：①口数が少なくなる、②朝方や休日明けに調子が悪そうである、③遅刻、早退、欠勤（欠席）が増える、④好きなことに興味を示さない、⑤食欲がない、⑥急にずぼらになったように見える、⑦体のだるさを訴える。

2) 家族への支援

うつにかかっている人のご家族は、日々の暮らしの中で、本人にどう接したらよいか苦慮しているので、家族に対する支援が重要です。

うつにかかっている人に対する対応の仕方を教える

① 心配しすぎない

うつの人を前にすると、気を使いすぎてかえって言動がぎこちなくなることがある。腫れ物に触るような態度を取らないで、今までどおり自然に接するように伝える。

② 励まさない

ご家族はつい心配のあまり、本人を励ましてしまいがち。そのように励ましたくなるご家族の気持ちに共感しながら、しかし本人のペースを大切にしながら話をするように勧める。

③ 原因を追求しすぎない（悪者探しをしない）

つらいことが続くと、本人はもちろんご家族もその原因を探しがちになる。それが問題解決につながればよいが、往々にして悪者探しになってしまう。「私の性格が悪いんだ」「親の育て方が悪かったんだ」と、誰か悪者を見つけて責めるようになる。こうなるとま

すますづらくなり、人間関係や家族関係がギクシャクして協力して問題を解決していくことが難しくなる。うつなどの精神医学的障害は原因がないことも、わからないこともあるので、あまり原因について考え込みすぎないようにすることが大切。

④ 重大な決定は先延ばしにする

本人も、ときによってはご家族も、あせりすぎてつい仕事をやめることを考えたり離婚を考えたりすることがある。しかし、落ち込んでいるときにはどうしてもマイナス思考が強くなっているので客観的な判断ができない。そのため、重要な決定は症状がよくなるまで先延ばしにするように本人に話してもらおう。

⑤ ゆっくり休ませる

疲れているときにはゆっくり休むことも大切。まず、心身ともに休んでリフレッシュするように本人に話してもらおう。本人の話をつよく聞いて、家族が手伝ってあげられることは手伝い、できるだけ本人を心身ともに休ませるようにしてもらおう。

⑥ 薬をうまく利用する

うつの治療には休養と周囲の人の温かい理解に加えて、薬による治療が役に立つ。薬としては抗うつ薬が用いられるが、周囲の人はその重要性を理解し、本人が医師の指示を守って薬を服用し続けられるようサポートするように話す。

⑦ 時には距離をおいて見守る

本人はうつの病状のために度重なる甘えや攻撃がでるときがある。そのような時には距離をおいて本人を見守る環境を作るように勧める。

3) 自殺未遂者の家族への対応のポイント

自殺未遂をする直前はうつ状態だったことが考えられますし、落ち込んだり、死にたいと話したりしたのはそのためだと思われるということを伝えます。その上で、うつは、高血圧や高コレステロール血症と同じようによくある病気で、薬を飲むことで治療することができるので説明して受診を勧めるようにします。また、うつは脳の病気—脳の神経のバランスが崩れる病気で、薬はそのバランスを治す働きをすると説明しても良いでしょう。家族には、自殺未遂をした人は2回3回と繰り返す人が多く、このようなことがまた起こらないようにするためにも、専門の精神科の受診をした方がよいと言って受診を勧めるようにします。

④ 家庭訪問

うつ傾向にある高齢者は、リラックス教室や機能訓練、通所リハビリテーション等の集団対応が可能な場に出てくることは困難であることが多いと思われます。訪問介護や訪問指導の家

庭訪問で、個別相談や指導、経過観察等を行っていくことが一般的です。なかでも、訪問指導は「その心身の状況、その置かれている環境等に照らして療養上の保健指導が必要であると認められる者について、保健師その他の者を訪問させて行われる指導」とされていることから、保健師が従事することが多くなっており、個別対応には重要な手法です。

うつ予防及び支援における訪問指導の果たす役割は、うつ状態のアセスメントや、アセスメントまたはその他の方法で把握された対象者（うつ状態にある者あるいはハイリスク者）に対して相談や受診行動の支援等を行うための最も基本的な活動です。

また、高齢者及び慢性疾患患者等の介護（または看護）を担う家族のうつ予防及び支援も、訪問指導における重要な目的の一つです。長期にわたる介護の最中のみならず、介護を受けていた対象者の死亡後等にも、介護を担当していた家族の「燃え尽き」等に対して十分なケアが必要です。

訪問指導における対象者への具体的な対応の詳細については、厚生労働省地域におけるうつ対策検討会編「うつ対応マニュアルー保健医療従事者のためにー」（平成16年1月）に譲るが、以下に対象者に接する際の留意事項、対象者に伝えたいこと、対象者の家族にお願いすること及び訪問従事者自身のチェックポイントを示します。

● 出かける前にもう一度（その1）～対象者に接する際の10の留意事項～

- ① 何よりもまず、対象者との信頼関係の構築を目的とする
- ② 時間的なゆとりを持ちつつも、ある時間を区切って話をする
- ③ 他の人に聞かれる心配がなく、当事者が落ち着いて話せる場所（部屋）を選ぶ
- ④ 対象者と90～120度の角度で向き合うような座り位置になるよう工夫する
- ⑤ オープンな質問を心がけ、対象者が自分を語る手助けをする
- ⑥ 励まさず、かつ話の腰を折らないよう、きちんと聞いている姿勢を示す
- ⑦ 結論を急がず、本人が話しにくそうな話題については、深追いしない
- ⑧ 不明な点を質問しながら、具体的な問題点を整理し、解決方法を一緒に考える
- ⑨ うつ及び精神科医療についての理解を深め、必要に応じて受診勧奨を行う
- ⑩ 緊急性が高い場合（自殺念慮・衰弱・激しい焦燥等）の対応を適切に行う

● 出かける前にもう一度（その2）～対象者に伝えたい10の項目～

- ① うつは、誰でもかかる可能性がある病気である
- ② 怠けや気のせいではなく、病気である
- ③ 思い切ったペースダウンやゆっくり休むことが、回復への手段の一つである
- ④ 治療（服薬を含む）で楽になる可能性が高い
- ⑤ 薬に依存性はないし、医師の指導を受けながら服薬すれば心配はいらない
- ⑥ 信頼できる人に今のつらい気持ちを話して、協力してもらう
- ⑦ 起床と就寝を決まった時間に設定して、生活のリズムを整える
- ⑧ 事は今やらなければならぬことだけ処理することにして、負担を軽くする
- ⑨ アルコールは控えめにする
- ⑩ 重大な決定は先延ばしにする

出かける前にもう一度（その3）～対象者の家族にお願いする10の項目～

- ① なるべくいつも通りに接する
- ② 励ましすぎない、あせらない
- ③ 何か手伝えることがあればできるだけやらせて欲しいと伝える
- ④ 対象者がその気になった時には、なるべくゆっくり話を聞く
- ⑤ 原因を追及し過ぎない
- ⑥ 可能な範囲で、精神科や心療内科の医療機関への受診をすすめる
- ⑦ 重大な決定は先延ばしにする、あるいはそうするように助言する
- ⑧ 甘えや攻撃といった症状がある場合等、時には距離をおいて見守る環境を作る
- ⑨ 対象者が家族にとって大切な人であるというメッセージを伝える
- ⑩ 問題を一人で抱え込まずに、相談する

●訪問従事者自身の10のチェックポイント

- ① うつに関する正しい知識、最新の情報を持っているか
- ② 対象者への相談対応における一般的留意点を習得しているか
- ③ 対象者への説明法、うつへの気づき方及び対応の技術を身につけているか
- ④ 医療機関への受診勧奨や服薬指導を円滑に実施することができるか
- ⑤ 職場内での報告・連絡・相談及び関係機関との連携を適切に行っているか
- ⑥ 個人情報に関する守秘義務を遵守しているか
- ⑦ 問題を一人で抱え込んでいないか
- ⑧ 仕事とプライベートの切り替え、休養及びストレスコントロールができているか
- ⑨ ランチの時に相談したりサポートを受けたりする相手がいるか
- ⑩ 自分自身のうつ状態に気づくことができるか

資料5. 電話で相談を受ける際のポイント

電話相談はメディアの性格から、精神疾患に悩む人たちからの相談がかなり高い比率を占めています。匿名で顔を見られなくてすむためか、不安の強い相談者には相性がよいといえるでしょう。ですから自己開示が容易になるなど、電話ならではの信頼関係を作ることができます。

① 対応の基本

- 1) いのちの電話の統計では、電話相談を利用する精神障害者（及びその家族）は、半数が精神科の治療を受けているか過去に治療歴があります。この場合は病院ないしは医師への不満、苦情が多くなります。電話相談員は言葉通りに受けて同調してはいけません。“薬づけ”などという医療批判にしても、たいていは医師が必要と診断して処方しているわけで一概に非難すべきではありません。事実関係は不明であっても、不満な気持ちそのものは事実なので、それを受け止めた上で、基本的には主治医を信頼して続けるよう話します。
- 2) そうした不満ないしは不安の中で圧倒的に多いのが、薬の副作用とその不快感です。この場合も服用そのものの是非についての議論を避け、不快、不安の気持ちだけを受けとめ、どうしても不安な場合は医師に相談するよう話します。
- 3) 病識がなく、したがって治療を受けていない人たちもたくさんいます。この場合相談員はかなり異常であると判断しても、診断はできませんし、まして相手に病識を持つことを期待すべきではありません。電話では最終的には精神科に受診をすすめるか、内科などの主治医に相談をするように話します。
- 4) 精神疾患を病む人たちは周囲から疎外されているので、孤独の不安の中で相談しているのです。相談員の温かい対応が気に入って、依存的な常習的通話者になることがよくあります。この場合「またか」といった対応はすべきではありませんが、かといって依存を助長させてはいけません。相談員は依存されると「自分なら何とかできる」「してあげたい」と思いがちになりますが、そのような気持ちは持つべきではありません。
- 5) 相談員は相談者の心を分析したり、治療的な対応をしたりしてはいけません。そこで訴えられた孤独、不安、苦痛、悲嘆などをそのまま共感的に受けとめ、時間をかけて共有することが大切で、これは電話相談員しかできない貴重な役割と言えます。

② うつの電話相談

感情が沈み、悲哀感が強くなり、時には死にたい気持ちになるのがこの病気の特徴です。しかも「自分の苦しさは誰にも分かってもらえない」といった孤立感を持っています。これとは逆に躁状態で多弁に話してくるケースは電話相談ではあまりありません。この病気は良くなるという希望を持つことは大切ですが、安易に激励し慰めるような対応はすべきではありません。相談相手や周囲の人たちが元気だと疲れたり、落ち込んだりしてしまうので、相談者の落ち込んでいる調子に合わせ、つまり同じ心の目線で相手になることが基本です。

言葉を交わすだけでなく、黙っていても気を持ち直すまで一緒にいてあげるといって相談員のスタンスが大切です。かつて東京いのちの電話で、うつを病む女性から真夜中に電話があり、1時間余り苦しい気持ちを訴えたことがありました。やや気持ちが上向いたところで、相談が混んでるからと、相談員が終了をそれとなく告げると、「切らないで、話さなくてもいいから、そこにいてください」と絶叫したことがありました。うつを病む人たちが必要としているのは、情報やアドバイスではなく、理解し共有してくれる人が周囲にいることです。

③ 電話相談におけるセカンドオピニオン（主治医以外の専門家の意見）

医師による電話相談ではセカンドオピニオンを求められることが多いようです。東京いの

この電話では創立直後の1973年以来、一般の電話相談と並行して医師による医療電話相談を実施していますが、この相談の特徴は精神疾患にかかわる訴えが多いことです。一般的に電話による医療相談はセカンドオピニオンを求めているようで、すでに何らかの治療を受けているグループのほうが、未治療群より多いことがそのことを如実に裏づけています。たとえば副作用や今後の治療についての不安があって、現在の治療でよいのかどうかと確かめてみたいのです。

患者は今の自分の診断・治療・予後について知る権利があり、医師側もセカンドオピニオンを求められた場合には、診断書や紹介状を書く義務があります。他の医師による電話相談を利用し、主治医には話しづらいことを相談され場合もあるのでしょうか。ことに社会的偏見が強い精神疾患については、電話による相談は安心して相談できます。苦情や不安をていねいに聞いただけで、たいいていの利用者は満足し安心するものです。電話による医療相談は、セカンドオピニオンの1つの方法として、その役割を果たしています。

④ インターネット相談—今後の課題として

最近では若者を中心にネットによる相談が、かなり利用されるようになりました。若者の「社会的ひきこもり」を対象にメール相談を数年前から実施している医療機関もあります。若者本人からの相談が70%を占め、ドイツのネット相談でも同じ傾向が報告されています。電話は匿名が保証されるとはいえ、声による感情表現は隠せません。ところがそれすら怖れているのか、つまり関係づくりができず、電話ですらリアルタイムで人と関わるのが苦手な若者たちがネット相談を利用しています。

うつにかかっている人も同じような不安を持っていると思われるので、今後の課題として、うつを対象にしたネット相談の可能性の検討もあげられます。

* 上記は東京いのちの電話の「相談員のための手引き」（1997年版. 62頁）
8章2項「精神障害者への対応の基本」を要約、加筆したものである。

資料6. うつ対策の評価例

各地域の特性に応じた「うつ対策」を効果的に推進するためには、各地域で対策のめざす方向を設定し、その達成に向けた長期・中期・短期目標を具体的に立てることが望まれます。

その目標の達成度を確認し、めざす方向に照らし合わせて活動を評価し、活動を改善していくための「うつ対策の評価」の1例を以下に挙げます。地域の事情にあわせた評価プランを作成する際には、以下の点を参考にしてください。

評価の流れと評価項目

① うつ対策のめざす方向を明確にします。

- 1) 地域課題の発見：地域の状況を様々な資料から診断し、ニーズを的確にとらえます。
- 2) 目標の設定：めざす方向を明らかにします。
- 3) 対象と意図の明確化：誰（何・どこ）に対して、どのような状態になることを狙ったの活動かを明らかにします。
- 4) 結果（成果）：どのような成果を実現したいのか、明らかにします。

② うつ対策のめざす方向にそって、実施した活動を評価します。

- 1) うつ対策で実施した活動（健診前の教室・健診・事後指導のための教室等）ごとに、「活動内容」「連携機関」「所要時間」「参加人数・回数」等を整理します。
- 2) 活動の結果が、目標の達成にどれだけ貢献し、成果をあげたかを評価します。
 - 注力度評価：うつ対策への取組姿勢や度合いを確認します。具体的には、地域診断をして地域の課題を明確にすることができたか、地域の課題をうつ対策に関わる者と共有し、組織あげての活動となっていたか等について評価し、改善策を考えます。
 - 協働度評価：うつ対策の各活動に関して、関係機関等との課題の共有・協働の度合いを評価し、改善策を考えます。
 - 組織の成熟度：うつ対策に取り組む自分たちの組織の成熟の度合いを評価し、改善策を考えます。
 - 地域の定着度：うつ対策が対象地域にどれほど定着しているか、その度合いを評価します。これは、地域のうつ対策実施に対する力量を評価するものです。
 - 総合評価：注力度・協働度・組織の成熟度・地域の定着度の評価結果をもとに、今後の課題を整理します。

③ 活動成果の評価結果を踏まえ、次に向けた改善策を提案します。

資料7. 基本チェックリスト

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
		0.はい	1.いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)(注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。

資料 8. 特定高齢者の決定までの流れ

1 特定高齢者の候補者の選定及び確認

特定高齢者の候補者の選定及び確認は以下のいずれかにより行う。

(1) 生活機能チェック以外の機会に基本チェックリストを実施し、特定高齢者の候補者を選定する場合

①特定高齢者の候補者の選定

市町村は、生活機能チェック以外の機会に、「基本チェックリスト」を実施し、以下の i から iv までのいずれかに該当する者を特定高齢者の候補者として選定する。

②特定高齢者に該当する者であることの確認

①により特定高齢者の候補者に選定された者について、基本チェックリストを除く生活機能チェック及び生活機能検査を実施し、特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行う。

(2) 生活機能チェックの機会に基本チェックリストを実施し、特定高齢者の候補者を選定する場合

①特定高齢者の候補者の選定

生活機能チェックを実施し、基本チェックリストの判定の結果、以下の i から iv までのいずれかに該当する者を特定高齢者の候補者として選定する。

②特定高齢者に該当する者であることの確認

①により特定高齢者の候補者に選定された者について、生活機能検査を実施し、特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行う。

i	1 から 20 までの項目のうち 10 項目以上に該当する者
ii	6 から 10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当する者
iii	11 及び 12 の 2 項目すべてに該当する者
iv	13 から 15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当する者

2 特定高齢者の決定

市町村は、特定高齢者の候補者の中から、基本チェックリスト及び生活機能の確認の結果等を踏まえ、別添 2 の「特定高齢者の決定方法」により特定高齢者を決定する。

別添 2

特定高齢者の決定方法

「特定高齢者の候補者」に選定された者について、生活機能評価の結果等を踏まえて、以下の1～6により特定高齢者を決定する。

1 運動器の機能向上

基本チェックリスト6～10の5項目のうち3項目以上に該当する者

ただし、うつ予防・支援関係の項目を除く20項目のうち10項目以上該当し「特定高齢者の候補者」と判定された者であって、基本チェックリスト6～10のうち3項目以上該当していない者について、以下に示す運動機能測定を行った場合に3項目の測定の配点合計が5点以上となった場合については、該当する者とみなしてよい。

運動機能測定項目	基準値		基準値に該当する場合の配点
	男性	女性	
握力 (kg)	<29	<19	2
開眼片足立時間 (秒)	<20	<10	2
10m歩行速度 (秒)	≥8.8	≥10.0	3
(5mの場合)	(≥4.4)	(≥5.0)	
配点合計	0-4点	…	運動機能の著しい低下を認めず
	5-7点	…	運動機能の著しい低下を認める

2 栄養改善

以下の①及び②に該当する者又は③に該当する者

- ①基本チェックリスト11に該当
- ②BMIが18.5未満
- ③血清アルブミン値が3.8g/dl以下

3 口腔機能の向上

以下の①、②又は③のいずれかに該当する者

- ①基本チェックリスト13～15の3項目のうち2項目以上に該当
- ②視診により口腔内の衛生状態に問題を確認
- ③反復唾液嚥下テストが3回未満

4 閉じこもり予防・支援

基本チェックリスト16に該当する者
(17にも該当する場合は特に要注意)

5 認知症予防・支援

基本チェックリスト18～20のいずれかに該当する者

6 うつ予防・支援

基本チェックリスト21～25で2項目以上該当する者

※ なお、認知症及びうつについては、特定高齢者に該当しない場合においても、可能な限り精神保健福祉対策の健康相談等により、治療の必要性等についてアセスメントを実施し、適宜、受診勧奨や経過観察等を行うものとする。

参考資料

- ・ 伊集院保健所：「地域における心の健康づくり対策マニュアル～自殺防止対策を展開するために～」：2003年3月
- ・ うつ状態のアセスメントとその転帰としての自殺の予防システム構築に関する研究総合研究報告書，主任研究者 大野裕，2001
- ・ うつ・不安に効く.com（認知療法携帯サイト）：<http://cibt.jp.net>
- ・ 大野裕．地域におけるうつ対策検討会第1回資料
- ・ 大野裕，藤澤大介（編）．高齢者のうつ病．金子書房
- ・ 大野裕．「うつ」をなおす．PHP新書．
- ・ 大野裕．こころが晴れるノート．うつと不安の認知療法自習帳．創元社
- ・ 川上憲人．地域におけるうつ対策検討会第1回資料
- ・ 小泉毅，高橋邦明，内藤明彦，森田昌宏，須賀良一，小熊隆夫．新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動－老年期うつ病を中心に－．精神神経学雑誌 100:469-485, 1998
厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業 平成14年度総括・分担研究報告書：心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究，平成15年3月，川上憲人
- ・ 厚生労働省地域におけるうつ対策検討会．うつ対応マニュアルー保健医療従事者のためにー
厚生労働省地域におけるうつ対策検討会．うつ対策推進方策マニュアルー都道府県・市町村職員のためにー
- ・ 鈴木映二，藤澤大介，大野裕（訳）．高齢者うつ病診療のガイドライン．南江堂
- ・ 西原洋子，中俣和幸，宇田英典他．基本健診結果とうつアセスメントの関連性について．日本公衛誌 2004；51(10)：768.
- ・ 千村浩，宇田英典，中俣和幸他．鹿児島県における自殺防止対策事業～既存保健事業へうつアセスメントを導入することの意義に関する調査研究．平成15年度自殺と防止対策の実態に関する研究報告書．平成15年度厚生労働科学研究費補助金（心の健康科学研究事業）；215-23, 2004.
- ・ 日本うつ病学会：<http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/>
- ・ 平成11-12年度厚生科学研究費補助金障害福祉総合事業「抑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」総合研究報告書（主任研究者，大野裕）
- ・ 宮ノ下洋美，宇田英典，中俣和幸他．自殺防止対策における体制整備とうつアセスメントに関する調査研究．日本公衛誌 2003；50(10)：756.
- ・

6. 研究班名簿

○ 大野裕（慶應義塾大学保健管理センター）

粟田主一（仙台市立病院）

宇田英典（鹿児島県大隅地域振興局保健福祉環境部 兼 鹿谷保健所）

佐藤恭子（青森県南部町役場名川分庁舎健康福祉課）

田島美幸（慶應義塾大学医学部ストレス・マネジメント室）

藤澤大介（慶應義塾大学医学部精神神経科）

渡邊直樹（関西国大大学人間科学部人間心理学科）

（補）第1版では、八森淳（地域医療振興協会）にも協力していただきました。

（○ 主任研究者）