

資料6. 紹介状のイメージ

〇〇〇〇病院
〇〇〇〇〇〇 先生

かねてから、介護予防業務に御協力をいただきまして、まことにありがとうございます。

さて、当地域包括支援センターで担当している 下記 _____ 様より、
「〇〇〇〇〇〇〇〇〇」等の訴えがありました。

そこで、厚生労働省で示されている「介護予防事業に関するマニュアル」の中の「うつ予防・支援マニュアル」に示された問診票（アセスメント）を元にお話を伺いました。

その結果、別添のとおり、「医療機関への受診を勧める」という結果となりました。本人も受診することは同意されています。

お忙しいところ恐縮ですが、御高配のほどよろしくお願い致します。

平成 年 月 日
〇〇町 地域包括支援センター
(〇〇町役場 〇〇課 〇〇係)
担当 〇〇 〇〇

記

氏名	〇〇〇〇 〇〇〇	様
住所	〇〇市・〇〇町	
年齢	〇〇	歳
性別	男 ・ 女	

医療機関に連携する際には、本人の許可を得た上で、紹介状を作成して対象者に渡すようにします。また、本人の了解を得た上で、返信用封筒も同封して受診結果を送っ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、本人以外にも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、そのような希望が実現するような方向で支援をしていきましょう。

資料7. 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・福祉相談にうつ住民が相談することとも考えられます。

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、「対象者によ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いう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性があります。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ほとんど食わず、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、規則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) 自殺未遂者の情報を把握

町内の医療機関やサービス事業提供者等で情報を把握した場合には、本人に同意を得た上で保健師や地域包括支援センター(直営)に連絡をもらいます。

(2) ケースに関する情報収集

最近の受診状況やADL、健診結果、家族関係など、ケースに関する情報をできるだけ集めます。

(3) 本人への介入(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)

- 家族関係がぎくしゃくしていることも多いので、家族とは別々に話を聞きます。
- 本人の苦痛を受容します。
- 情報が漏れないことを伝え、最近の状況を聞きます。
- 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。
- 困ったり、悩んだりした時にはいつでも連絡をしてほしいことを伝えます。

(4) 家族への介入

- 家族関係がぎくしゃくしていることも多いので、本人とは別々に話を聞きます。
- 家族の苦痛を受容します。
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後悔の念や、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。
- 情報が漏れないことを伝え、本人の最近の状況を聞きます。
- 精神科受診の必要性を説明します。
- 困ったり、悩んだりした時にはいつでも連絡をしてほしいことを伝えます。

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、かかり方ポイント、医療機関の情報などを伝えることになります。

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つらくなり、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う。本人の話をゆっくり聞いて、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と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良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、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ない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8. 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ふ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

ち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くだけで、た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9. 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で共有し、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10. 基本チェックリスト

(注) うつに関する項目(問21-25)に関しては、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。

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)	
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ヵ月間で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言われますか	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 1 1. 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特定高齢者に該当する者であることの確認

特定高齢者の候補者の選定及び当該候補者が特定高齢者に該当する者であることの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 2 0 までの項目のうち 1 0 項目以上に該当する者
ii	6 から 1 0 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当する者
iii	1 1 及び 1 2 の 2 項目すべてに該当する者
iv	1 3 から 1 5 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当する者

(3) 要介護認定の担当部局との連携により特定高齢者の候補者を把握する場合

①要介護認定において、自立（非該当）と判定された者については、特定高齢者の候補者とみなす。

②特定高齢者に該当する者であることの確認

①により把握された特定高齢者の候補者について、基本チェックリスト、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 特定高齢者の決定等

市町村は、特定高齢者の候補者の中から、生活機能評価の結果等を勘案した医師の総合的な判断を踏まえ、別添 2 の「特定高齢者の決定方法等」により特定高齢者を決定する。

特定高齢者の決定方法等

市町村は、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勘案した医師の総合的な判断を踏まえ、特定高齢者を決定し、さらに、当該特定高齢者にとって医学的な理由により利用が不適当な介護予防事業の有無を決定する。

なお、医師は、特定高齢者の候補者に選定された者について、以下の1～6への該当の有無、生活機能チェック及び生活機能検査の結果を踏まえて、生活機能の低下の有無及び当該特定高齢者にとって医学的な理由により利用が不適当な介護予防事業の有無について総合的な判断を行う。

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) (5mの場合)	≥8.8 (≥4.4)	≥10.0 (≥5.0)	3
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
- ② BMIが18.5未満
- ③ 血清アルブミン値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、参加勧奨や経過観察等を行うものとする。

6. 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://cbtjp.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.

7. 研究班名簿

○ 大野裕（慶應義塾大学保健管理センター）

栗田主一（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）