

～高齢者のうつ予防・支援に関わる
スタッフのためのハンドブック～



平成24年

3月

滋賀県介護予防市町支援委員会

うつ予防・支援部会

うつ予防・支援に関わるスタッフのためのハンドブック（目次）

はじめに	.....	P 2
1 高齢者の「からだ」と「こころ」の理解	.....	P 3 ~ 4
2 高齢者のうつの基礎知識	.....	P 5 ~ 9
3 高齢者のうつ予防・支援の実際	.....	P 10 ~ 16
4 本人への対応の仕方（面談・訪問する場合）	.....	P 17 ~ 19
5 受診のすすめ方	.....	P 20
6 家族と話すときのポイント	.....	P 21 ~ 22
7 介護者の様子も注意しましょう	.....	P 23
8 「死にたい」と言われたら	.....	P 24 ~ 25
9 資料編	.....	P 26 ~ 32
10 関係機関一覧	.....	P 33 ~ 34

注：本ハンドブックでは、介護予防の観点から、抑うつ症状を示している状態全般に対して「うつ」という用語を用いています。特に治療の対象者として記載した部分については、「うつ病」の呼称を用いています。

はじめに

滋賀県介護予防市町支援委員会 うつ予防・支援部会
宮川 正治

本県では、市町における介護予防関連事業の効果的な実施を支援するために、平成19年度から滋賀県介護予防支援委員会を設置しています。また平成22年度には「うつ予防・支援部会要綱」を定め、「うつ予防・支援部会」を設置しています。

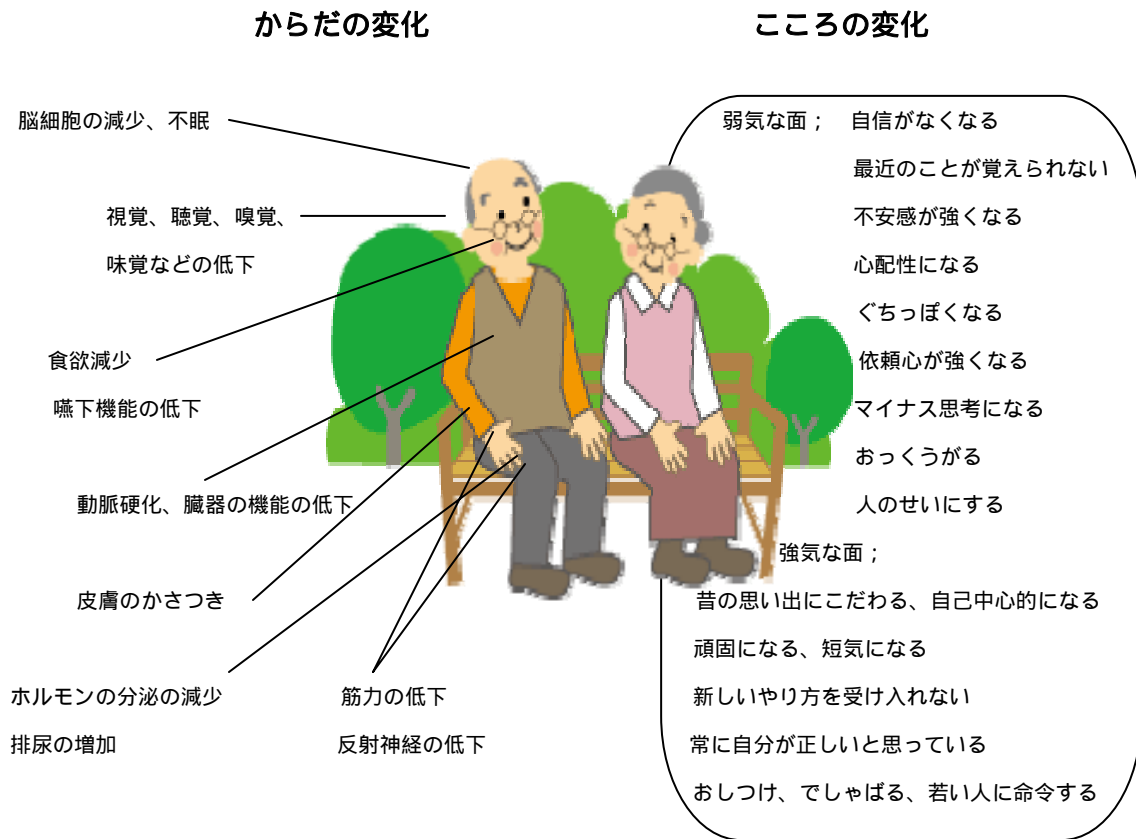
厚生労働省の患者調査によれば、うつ病・躁うつ病の患者数は、平成13年の43万3千人から平成20年の104万1千人へと倍増しています。また年齢別にみても、特に女性では60歳代から70歳代にかけての患者数が最も多く、高齢者のうつ予防・早期発見の必要性が高まっています。

しかしうつ予防対策は実践の蓄積が乏しく、また多職種の連携体制も構築されていないのが実情です。一方高齢者のうつはうつ病に限らず、死別や孤立など心理社会的要因、認知症など様々な原因によって起こり、医療のみによって解決しない広がりがあります。

本ハンドブックは高齢者のうつを予防し、早期発見・早期治療することによって、高齢者の心の健康を保ち、住み慣れた地域での生活を継続できることを目標とし、関係者がその目標に向かってどのように支援していけばよいかを示すためのものです。本ハンドブックを実際に利用していただき、実践を積み重ねることによって、より適切な支援体制が構築されると共に、本ハンドブックが修正され、より実用的・効果的なものになっていくという、良い循環が成立することを願っています。



1 高齢者の「からだ」と「こころ」の理解



加齢により、高齢者はからだもこころも大きく変化します。ここにあげたものは、誰にでも起こる自然な現象ばかりです。からだが思うように動かなくなるために、依存心が強くなり、これまで何でもひとりでできていた高齢者が、急に人に頼りがちになったり、逆に孤独感からだれの言葉も信用しなくなり、孤立してしまう高齢者もいます。

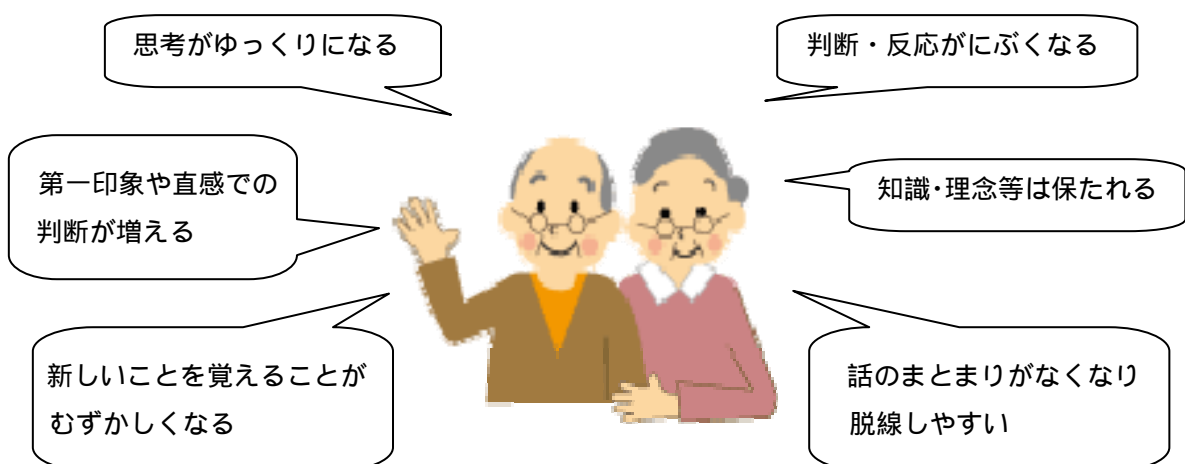
また高齢者には、これまで生きてきた自分の価値を守ろうとするための「頑固で強気な面」と、守れるかどうか不安に思う「優柔不断で弱気な面」の両面が、時にはっきりと現れることがあります。このため、人によっては急に怒り出したりする場合がありますが、もともとの性格というよりも加齢による変化の一つと理解して、見守るようにして接するようになれば、高齢者との信頼関係をより深めることにつながられるでしょう。

脳のはたらきの変化

誰でも老化にともない、認知機能（頭のはたらき）はゆっくりになりますが、いくつかの例外もあります。例えば、抽象的な事柄に関しては迅速さが保たれます。このことによって、物事を論理的に考えるよりも、「印象」や「直感」によって判断することが多くなってきます。また、記銘力や問題処理能力、反応の速さといったものは衰えやすい反面、知識や理念（例えば「枕草子の作者」「なぜ税金を払わなくてはならないのか」など）は保たれています。高齢者には理詰めで説明をするよりも、エピソードをまじえてイメージが湧くような話し方をすると、理解されやすく効果的でしょう。

コミュニケーションの特徴

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て出ない」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、話の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。



2 高齢者のうつの基礎知識

「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、典型的なうつの症状を示す人は1/3～1/4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。ゆっくりと本人や家族から話を聴き、いつ頃から症状が続いているのかを確認し、時には訪問などで様子を見ながら判断することも必要です。

一般的なうつ病の特徴は...

仕事や家事など、その人がこれまでしてきた日常の行動ができなくなるほどの落ち込んだ状態が、**2週間以上続きます**。また、不眠（入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒）や気分の日内変動（朝方が最も抑うつ感が強く、夕方から夜にかけて回復する）や食欲低下、体重減少、疲れやすさ、頭痛、手足のしびれなど、さまざまな身体の不調を感じます。これらの症状は、単なる気持ちの持ちようではなく、脳の中の「神経伝達物質（セロトニン）」の不足が関わっていると言われています。

うつ病の基本的な症状は ~ のようなものがありますが、「うつ病」と診断されるためには **か** のどちらかを含む5つ以上の症状が、**ほとんど1日中、2週間以上持続して現れている**こと、その症状のために日常生活などに支障をきたしていることが必要になります。

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

上記に対し、高齢者に特有なうつ病の特徴は...

- ・ 悲哀の訴えが少なく、むしろ活動性や意欲低下が目立つ。
- ・ 心気的な訴えや身体愁訴（「疲れやすい」「あちらこちらが痛む」など）に併せ、記憶力の衰えに関する訴え（「もの覚えが悪くなった」など）が多くなる。
- ・ 意欲や集中力の低下、認知機能の低下が見られる。
- ・ 不安症状をしばしば伴う。
- ・ 健康状態が悪く、気分の低下、認知機能障害、意欲低下があればうつ病を疑ってみる。
- ・ 脳血管性障害や薬剤の影響によるうつ病が若年者よりも多い。
- ・ うつ病と認知症で似た症状や、同時に存在している場合もあり、注意が必要（P7参照）
- ・ 双極性障害（躁うつ病）の可能性も考慮しておく必要がある。

高齢者のうつ病の誘因

高齢者にはうつになりやすい誘因や背景が多く存在し、またお互いが複雑に影響しあっているといわれています。高齢者の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 ; 配偶者や友人との死別(ペットも含む)、死を意識する出来事(同世代の訃報が増える)、病気の罹患、住み慣れた家を離れること(施設入所や子どもとの同居に伴う転居など)、経済的な危機など
- ・ 慢性的なストレスの例; 健康の減退、認知機能の低下、行動力の低下(依存性の増加)、社会的な役割からの引退(退職、子供の独立など)、社会的孤立、家族の介護問題など

うつを引き起こす薬剤

高齢者は身体合併症が多く、複数のかかりつけ医から様々な薬を、時に重複して処方されている場合もあります。また、高齢者自身が飲んだことを忘れて過剰に服用している場合もありますので、薬剤の影響による二次的な症状の有無を考慮する必要があります。

・ うつを引き起こす薬剤の例

インターフェロン、アルカロイド剤、副腎皮質ホルモン、血圧降下薬(メチルドパ、レゼルピン、クロニジン)、遮断薬、カルシウム拮抗薬、ジゴキシン)、非ステロイド性抗炎症剤、鎮痛薬(コデイン、オピオイド系鎮痛剤、インドメタシン、COX₂阻害薬)抗パーキンソン薬(L-ドパ、アマンタジン)、向精神薬(セレネース、グラマリール)、抗酒薬(ノックピン)、アルコール、覚醒剤など



うつ病を引き起こしやすい病気に注意

慢性の病気を抱えた高齢者は、うつ病になる割合が高いといわれています。身体の病気がうつ病発症のリスクになるだけでなく、互いの病気の予後に影響することもわかっています。

- ・ 脳血管障害 ... 脳血管障害の発病後に患者の約 1 / 3 がうつ病と診断される。また、脳血管障害の後に発症したうつ病は、遷延する傾向にある。
- ・ 内分泌系疾患...パーキンソン病の患者の約 40%にうつ病がみられる。また、クッシング病患者にもうつ病の発症が多くみられる。
- ・ 循環器疾患 ... 心筋梗塞後の患者の約 20%にうつ病がみられる。
- ・ がん ... 種々のがん患者は抑うつ状態を示すことが多く、うつ病を発症する患者も少なくない。
- ・ 感染症 ... HIV 感染症や AIDS 患者にうつ病の発症がよくみられる。
- ・ 薬剤性うつ病...いくつかの薬剤がうつ病を引き起こすことが指摘されている。
- ・ このほか、大腿骨頸部骨折、慢性閉塞性肺疾患、喘息とうつ病の発症には関連がある。

認知症にみえる場合に注意

高齢者のうつ病では、本人がもの忘れを訴える場合や、注意力や思考力の低下のため簡易知能検査の結果でも低得点となるために、しばしば認知症のようにみえることがあります。両者の鑑別は大変むずかしく、特に家族等からの情報が診断の際には重要です。

表 うつ病と認知症の比較

	うつ病	認知症
症状の現れ方	急にもの忘れが現れ、急激に症状がすすむ	長い期間をかけてもの忘れが現れてくる
訴え方	もの忘れや憂うつ感などの症状を強く訴える	症状を否定したり、軽めに言う
記憶力・集中力の低下	よく訴える	とくに訴えない
感情	抑うつ症状が常にある	変化しやすく、抑うつ症状がないことが多い
自責感	強い。申し訳ないとしきりに言う	薄い。大変さを強調し、いじめられているなどと述べるが多い
社交性	ない	表面的な社交性がある
問いかげや質問に対する答え	受け答えがしっかりしている	見当はずれの返事が返ってくる
回復する可能性	ある。抗うつ薬が効くことがある	低い。進行を遅らせる事は可能

ケース1

70 歳男性、半年前に会社役員を引退した。数ヶ月経った頃より、最近の出来事や役員時代の同僚の名前が思い出せないことが度々あった。趣味のゴルフや友人との会合にも関心がなくなり、「自分は認知症になったのでは」と考えると妻や家族にも申し訳なく思い「消えてしまいたい」と思うようになった。

心配した妻が市の高齢福祉課に相談に行き、「もの忘れ相談」を予約する。しかし、思い詰めた本人の様子に家族が相談日まで待てず、再度、市に相談して受診先の調整、本人への受診の勤め方などのアドバイスを受けた。翌日、本人と妻が総合病院の精神科を受診したところ、簡易認知検査の結果は 18 点であった。

このケースでは、「もの忘れ」が主訴であり簡易認知検査の結果も低得点でしたが、「興味または喜びの喪失」「不眠」「焦燥感」「罪悪感」「思考力の減退」「自殺念慮」のうつ症状があり、また MRI 検査の結果も正常であったことから、少量の抗うつ薬と睡眠薬の処方様子を見ることになりました。その後、徐々に表情や意欲も戻り、通院を続けています。

一見、認知症のようにも見え、また本人のみの受診であれば詳細な情報が得られずに「認知症」と誤診される可能性もあったかもしれません。症状がいつ頃から現れたかなど、事前に詳細な情報を得ておくことや、受診の際には情報がきちんと医師に伝わるよう配慮することが大切です。

ケース2

80 歳男性、若い頃にうつ病をわずらったことがある。以前からふさがちだったところに、最近、弟を亡くして以来ずっと悲しみに沈んでいる。食欲もなく、自室にこもって過ごし楽しみにしていた通所り八も休みがちになる。最近の出来事を忘れてたり、日付がわからないこともある。高血圧のため、降圧剤を飲んでいる。通所り八の職員から連絡を受けてケアマネジャーが訪問し、主治医連絡を行った。

このケースは、主治医から総合病院に紹介されていくつかの検査を受けたところ、ビタミン B12 の低下と降圧剤の影響により、うつ状態が生じていることがわかりました。また、MRI の結果、小さい脳梗塞の可能性も指摘されました。高齢でもあり、いったんビタミン B12 の注射と降圧剤の変更で様子を見ることになり、もとの主治医に通院して治療を受けることになりました。その後も、主治医とケアマネジャー、通所り八の担当者、家族が共に連絡をとりながら本人の見守りを続けています。



ケース3

73歳女性、数年前から「胸が苦しい」「食後すぐに胸焼けがする」「首筋がこる」「身体がだるい」「熱っぽい」「耳鳴り」「関節がしびれる」など、身体の様々な部位に不調を訴える。いくつもの医者にかかり、検査を受けているがこれといった異常は見つからない。症状は長くは続かず、次々と身体のあちこちに現れる。ケアマネジャーが主治医（内科）と連絡し、一度、心療内科を受診してみることにした。

このケースは、長らく不定愁訴を訴えてさまざまな診療科に受診していましたが、心療内科の受診により「仮面うつ病」と診断されました。

このように一見、身体的な病気に見えるうつ病を、「仮面うつ病」といいます。「仮面」とは、本当はうつ病なのに身体的な病気のような仮面をかぶっていてわかりづらい、という意味です。心の病に詳しい医師でない場合には、あらわれている症状だけを取り上げ、「うつ病」を見過ごされてしまいがちなのが現状です。今回の様に、内科的な検査をしても異常が見つからない、鎮痛剤を飲んでも効果がない時には、「仮面うつ病」の可能性を疑い、専門医にかかることを勧めるのもひとつでしょう。



3 高齢者のうつ予防・支援の実際



～ 一次予防としての取り組みの例 ～

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

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
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
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）
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
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
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 等

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

地域の住民組織（民生委員、健康推進員、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
老人クラブ等でリラックス教室を開催し、ストレスに対処できる方法を学習できる機会を設ける
自治会単位でうつや閉じこもりを防止し、生きがいづくりにつながる活動を行う（ふれあいいいきサロンの開催、趣味や特技を生かした教室、世代交流の催し、ボランティア活動 など）
うつ・閉じこもり・認知症予防などの複合プログラム（健康チェック、創作活動、料理、運動、脳トレゲーム、小旅行などの活動）を通じて参加者同士の交流を図り、自主的な活動への取り組みを支援する 等

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

集団健診時にうつのスクリーニングを実施
健康手帳等を積極的に活用する
高齢者と接する機会の多い民生委員、公民館長、地域婦人会、健康推進員などにうつや心の健康づくりに関する正しい知識を身につけてもらい、周囲のうつ状態の人に適切な支援行動をとれるように情報提供や連携をはかる 等

～ 二次予防としての取り組みの例 ～

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すが、二次予防事業には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。また、アセスメントは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。

「基本チェックリスト」を活用したアセスメントの実施例

特定健診等の機会に実施

生活機能評価における基本チェックリストを健診等の機会で実施し、うつ項目の該当者を地域包括支援センターで把握します。

一般高齢者施策（高齢者健康教室）・介護予防事業の中で実施

受講者を対象に教室に従事するスタッフが実施します。

保健所や市町村でのうつに関する相談時や訪問時に活用

介護保険サービス利用時に実施

すでに介護サービスを利用している高齢者の中にも、うつが出現するケースもあります。また、介護家族がうつ傾向に陥るケースも多く、関わるスタッフがアセスメントをすることが大切です。

民生委員や健康推進員の声かけ、見守り用として活用

一次アセスメント内容を普段の訪問・見守り活動の中で活用していただけるように研修を行います。あくまでも保健医療介護の従事者へつなげる役割です。専門的支援は専門家が行うこととします。

普及啓発のためのパンフレットを家庭配布用に活用

うつに対する関心を高め、自分のこころ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項目を盛り込んだ「自分が気づく編」「周囲が気づく編」等のパンフレットを作成し、老人クラブ等に配布します。



基本チェックリストによるうつ把握・評価

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 |

うつに関する項目において、
「1 . はい」が2項目以上ある場合

介入対象者の抽出 / 二次アセスメント (P15 二次アセスメントの例 参照)

第1段階：症状の有無を評価する (P14 追加質問の例 参照)

抑うつ気分 興味・喜びの消失 生活リズムの障害 自殺念慮の有無 について評価します。

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？」

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？」

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ことはありませんか？」

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？」

～ のいずれかの症状が1つ以上ある場合

第2段階：日常生活の支障の程度を評価する

「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？」等と質問して、症状のためにどの程度の支障が出ているかを評価します。

支障がある場合

医療機関への受診を勧める
(P20 受診のすすめ方 参照)

支障がない場合

経過観察(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) (P17 参照)

第3段階：キーパーソンを特定

「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ます。

キーパーソンがいない場合

本人とよく相談して、民生委員など地域の協力者をさがす。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。

キーパーソンがいる場合

本人の許可を得た上で、キーパーソンの協力を仰ぐ。(P21 家族と話すときのポイント 参照)

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。

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。

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、保健師等の勘を大切にしましょう。

「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。また、2週間のうちに一度でもこれらの症状があるかどうかではなく、**2週間以上これらの症状が続いている場合**にチェックします。

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、加齢のためなのかよく確認しましょう。はっきりした回答が得られない場合には、明確な回答が得られるまで質問のニュアンスが伝わるように追加で質問したり、表現をいいかえたりして構いません。(P14 追加質問の例 参照)

受診者が、家族の介護をしている、最近家族が死亡した等が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。

結果については、陽性者の場合、「 さんは少し精神的に疲れていらっしゃるようです。(市町、地域生活支援センター、保健所などの)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。

基本チェックリストのうつに関する項目において、「**はい**」が**2項目以上ある場合**には、以下の手順で二次アセスメントを行います。

第1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？」

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（受診希望の有無など）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。各市町が、地域の状況に応じて、柔軟に判断していくことも必要でしょう。

～ 追加質問の例 ～

うつ気分

「気持ちが沈み込んだり、滅入ったり、憂うつになったりすることがありますか」

興味・喜びの消失

「何をしても楽しくなくなっていますか」「今まで興味が持てたことに興味を持ってなくなっていますか」

生活リズムの障害

「寝つきはどうですか」

「途中で目が覚めたりしますか」（はいの場合）「またすぐ眠れますか」

「朝早く目が覚めたりしますか」

「朝起きた時にぐっすりとした寝た感じがしますか」

「食べてもおいしくないですか」

「体重が減りましたか」

自殺念慮の有無

「死んでしまったら楽だろうなあと思ったりしますか」

第2段階：支障の程度を評価する

～ 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。（P17 本人への対応の仕方（面談・訪問する場合）参照）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。（P20 受診のすすめ方 参照）

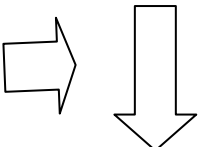
第3段階：キーパーソンを特定

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よく連携しながら、その後の経過をフォローするようにします。

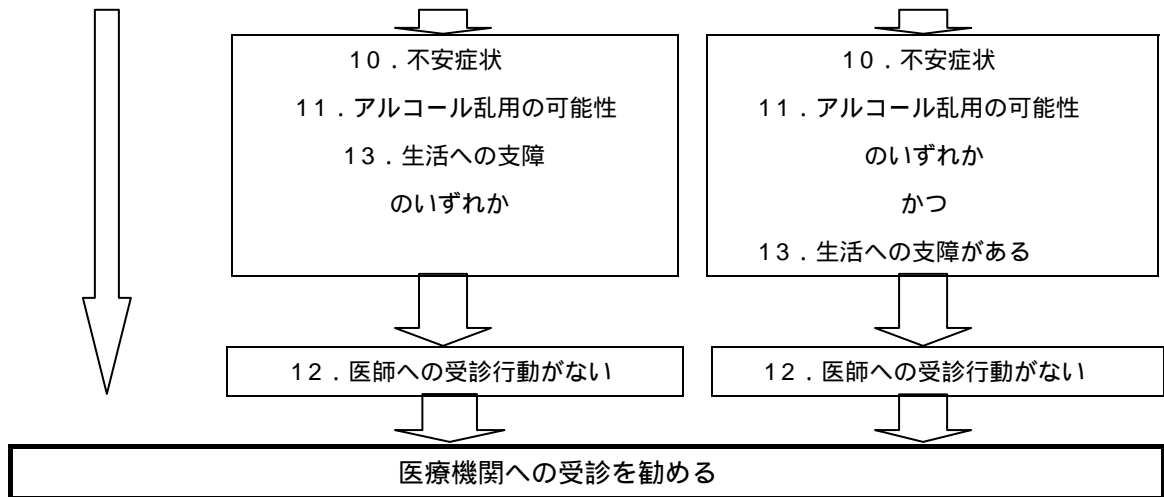
うつ傾向にある方は、電話等で家庭訪問の連絡をしても断られることが多いことから、家庭訪問する場合は、その場で日程調整の方が良いと思われます。また、訪問することで、生活の様子など他からも情報を得ることができるメリットもあります。

二次アセスメントの例 うつ症状のアセスメント

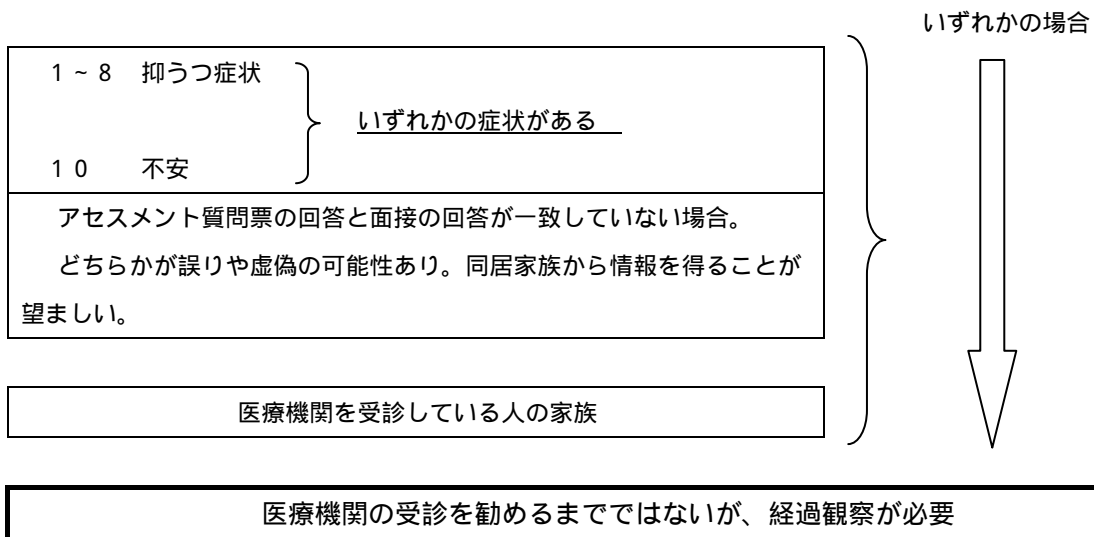
1. うつ気分（ほとんど毎日、ほとんど一日中の持続）が2週間以上持続	
2. 興味や喜びの喪失（ほとんど毎日、ほとんど一日中の持続）が2週間以上持続	
3. 食欲の減退または増加：下記のうちいずれか ・[食欲低下] が2週間以上持続 ・[体重減少] が1ヶ月に3kg以上 ・[食欲増加] が2週間以上持続 ・[体重増加] が1ヶ月に3kg以上	
4. 睡眠障害（不眠または睡眠過多）：下記のうちいずれか ・[不眠] が2週間以上持続 ・[過眠] が2週間以上持続	
5. 精神運動の障害（強い焦燥感・運動の制止）：下記のうちいずれか ・[動きが遅くなった] が2週間以上持続し、そのことを誰かに指摘された ・[じっとしてられない] が2週間以上持続し、そのことを誰かに指摘された	
6. 疲れやすさ・気力の減退が2週間以上持続	
7. 強い罪責感（自分に価値がない、罪悪感）が2週間以上持続	
8. 思考力や集中力の低下（決断困難 / 思考力減退 / 集中力減退のいずれか）が2週間以上持続	
9. 自殺への思い：下記のうちいずれか ・[死についての反復思考] が2週間以上持続 ・[自殺念慮（自殺をしたいと思うこと）] が2週間以上持続 ・[自殺念慮] に具体的な計画が伴っている ・[自殺念慮] を実際に行動に移した（自殺企図）	

確認された症状の内容と数を確認する

9. 自殺への思い	1. うつ気分 2. 興味や喜びの喪失 3. 食欲の減退または増加 4. 睡眠障害 5. 精神運動の障害 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 のうち2つ以上	1. うつ気分 2. 興味や喜びの喪失 3. 食欲の減退または増加 4. 睡眠障害 5. 精神運動の障害 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 のうち1つ以上
-----------	--	--



訪問面接を行ったが、「医療機関への受診を勧める」に該当しない者は、すべて経過観察の対象とする。



～ 経過観察の例 ～

- ・ 独居など家族の見守りがいないケース
- ・ 同居の家族がいても、昼間独居や家族の協力が得られないケース
- ・ 身体疾患があっても、医療機関につながっていないケース
- ・ がん、糖尿病、透析等の基礎疾患があり、コントロール不良のケース
- ・ これまでの本人の様子と比べ、明らかに変化が見られるケース 等

4 本人への対応の仕方（面談・訪問する場合）

家族の介護をしている、最近家族が死亡した等気になる背景がある場合や、基本チェックリストの結果が陽性の場合などには「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、別室などで面談するか、あるいは後日家庭訪問させてもらう約束をします。時間をとって本人の悩みや不安に耳を傾けることで、「話をしてスッキリした」「こんなことを相談できるのですか」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。



本人との信頼関係の構築を、第一の目的とする。

時間的なゆとりを持ちつつ、あまり長時間になるようならば時間を区切って話をする。

他の人に聞かれる心配がなく、本人が落ち着いて話せる場所（部屋）を選ぶ。

本人とは机の角を挟むか、対角線上の位置に座るようにする。

オープンな質問を心がけ、本人が話しやすいよう手助けをする。

励まさず、話の腰を折らずに、きちんと聞いている姿勢を示す。

不明な点は質問しながら、具体的な問題点を整理し解決方法を一緒に考える。

うつ及び精神科医療についての理解を深め、必要に応じて受診を勧める。

緊急性が高い場合（自殺念慮、衰弱、激しい焦燥等）には適切な対応を行う。（P24 参照）

対応の基本について

「睡眠」の状況と「食欲」を確認し、次に「気分」と「疲れやすさ」についてたずねる

例；「ところで、夜は眠れていらっしゃいますか？」

「食欲はありますか？」

「何を食べても、味がしないということはないですか？」

「ご気分はいかがですか？」「疲れやすくはないですか？」

本人の話を全体の流れの中でとらえる

うつ傾向にある方は、今、現在の事しか見られない視野の狭い状態に陥っていることが多い。今は悪い状態であっても（辛くても）ずっとその状態が続くわけではないことを伝えましょう。

「今が一番しんどい時かもしれません。が、ずっとこの状態が続くわけではありません。」などの言葉がけをする。

病気についての正しい知識をもつ

うつについての正しい知識を持ち、できるだけ的確なアドバイスができるようにしておく。

例；重要な決定（財産の処分など）を切り出された場合には、先延ばしするように勧めるなど。

本人のペースにのらない、振り回されない様にする

真剣に本人の話聞くあまり、相手に感情移入しすぎたり、本人の言動に振り回されないようにしましょう。

本人の辛い気持ちは受け止めるが、事実関係や人間関係については、客観的に冷静に聞く。

拒否や否定はしない

本人の話は時に混乱して、時系列が不明瞭であったり、つじつまが合わない場合もあるが、話の詳細にはあまりこだわらずに、いったんは受け止める姿勢が大切です。

時には、思いこみの強さから妄想のような事を話される場合もあるかもしれないが、決して否定せずに聞くように努める。

決めつけない

「それは だ」「 すべきだ」などと決めつけた言い方はしない。

わかっている出来ない自分を責めている本人に、より負担をかけてしまうことになる。

本題に必要な長い話はコントロールしつつ、必要な情報を聞く

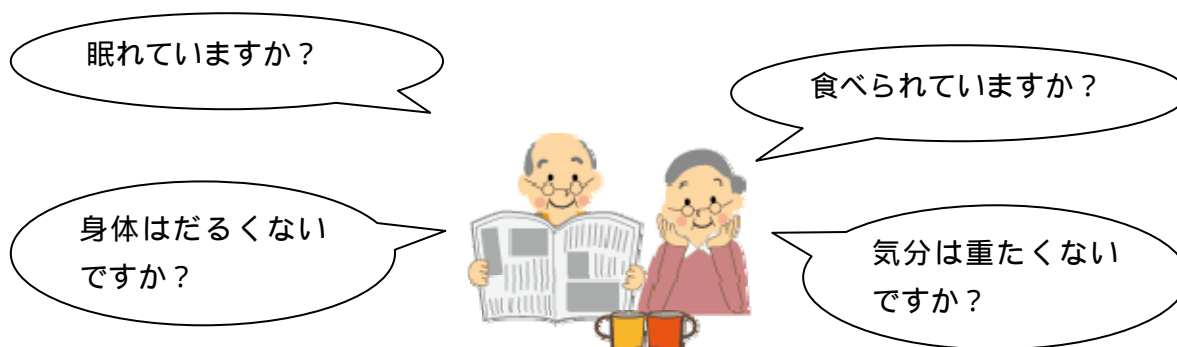
本題に必要な長い話をコントロールしながら、アセスメントに沿って必要な質問を順に聞いていきます。その際には、本人との関係を壊さないための配慮が必要です。本人の話の合間に「なるほど」と声に出して相槌を打つと、本人は支持されていると感じあなたとの関係が強化されます。必ず言葉に出して言うのがコツで、本人は自分の思いが承認されたと考え、信頼を得ることができます。

本人の話の語尾に、相槌または質問をかぶせて止める

「なるほど！ ところで はいかがですか？」

必ず本人の気持ちをねぎらう言葉を使う

- | | |
|-------------------|------------------------|
| 1) それはつらかったですね | 2) 本当によくがんばりましたね |
| 3) 大変な思いをしてきたのですね | 4) そのときはそうするしかなかったのですね |



ケース4

66歳男性、在職中は仕事と趣味を精力的にこなす毎日を送っていた。退職後は家での役割もなく、1日中ぼんやりとテレビを観て過ごす。他に楽しみもなく次第に気分の落ち込みを自覚するようになりアルコールで紛らす毎日を送っている。妻から地域包括支援課に相談があり、妻は「本人に昼間デイサービスなどに行ってもらいたい」と希望している。

後日、妻と共に本人が来所され保健師が面談すると「なんとなく身体の調子がよくない」「熟睡感がない」「根気がなくなった」との訴えと、「気分の落ち込み」や「体重減少」の自覚もありました。また基本チェックリストでは3/5項目に該当していました。自殺念慮はなく「話を聞いてもらえてすっきりしました」と笑顔が見られたこと、本人からは「介護保険やデイサービスはまだいい」と強い拒否があったこと、家族の見守りが得られることから1ヶ月後に訪問して様子を見ることにしました。

1ヶ月後に保健師が訪問すると、本人は庭の手入れや母親の受診の付き添いなどをするようになって外出の機会も増え、また飲酒量も減りぐっすり寝られるようになったと表情にも変化が見られました。基本チェックリストは2/5項目でした。保健師は本人との関係づくりに努めながら無理をせずあせらず、ゆくゆくは地域の介護予防教室を勧めてみようと考えながら見守りを続けています。

ケース5

69歳女性、膝の手術とリハビリのため入院中。入院前は杖を使いながらも家事をこなしていたが手術後は思うように体が動かず、次第に「家に帰っても家族に迷惑をかけるだけ」と思い込み気分も沈みがちとなる。病院から退院の話があるが、本人・家族も今の状態での退院にはとても不安を感じている。

介護保険を申請され、退院調整のためにケアマネジャーが病院を訪問しましたが、本人は自分の殻に閉じこもり一言も話さない状態でした。ケアマネジャーは何度も本人や家族の意向を確かめながら、訪問看護や訪問介護(生活援助)の導入について説明を続けました。あせらずゆっくりと関わっていく中で、本人の合意もとれ退院が決まりましたが、実際にヘルパーさんに来てもらうと本人・家族共に安心され、徐々に気持ちに落ち着きも見られるようになりました。

ケアマネジャーは1ヶ月毎の訪問で、ゆっくり本人の思いを聞きながら「眠れていますか?」「食事はとれていますか?」「身体はだるくないですか?」「気分はどうですか?」などの声かけをかかさず、見守りを続けています。暖かくなってきたら、無理のない範囲で通所リハビリの利用を勧めてみようと考えているところです。

5 受診のすすめ方

受診については、「精神科」「神経科」「心療内科」の受診を勧めることが望ましいのですが、本人がこれらの受診に抵抗感を持っている場合には、まずはかかりつけ医や内科を受診することを勧めます。いずれの場合にも本人の了解を得た上で、基本チェックリストの結果や面談・訪問時の状況などを医者伝えるようにします。

また、どうしても医療機関を受診することに抵抗がある場合には、（緊急時を除き）保健所等が実施するところの健康相談（精神保健相談）などに、いったんつなぐような方向で支援をしましょう。本人が相談を希望されない場合にも、希望があれば家族のみの相談も可能ですので、家族の意向も確認するようにしましょう。

また、保健師等が、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、本人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。本人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には、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。

本人は自分の努力でなんとか克服しようとし、病院に行きたがらないことが多い
特に初期の段階では、「私はうつ病ではありません」「疲れているだけです」「原因はわかっています」など、うつであることを一生懸命否定しようとしています。

伝える内容； 今のあなたの状態は、決して特別なことではなく、誰でも陥る可能性があります。
まずは、睡眠や休養がとれるように生活を整えることが第一です。
そのためには、一時的にでも受診し薬の力を借りることが必要です。
現在、抱えている問題や悩みは、身体や睡眠などの状態が一段落してから考えましょう。

一般的なうつ病の治療について説明する

「うつ病かどうかは医者にかからないとわからないけれども…」と前置きした上で、一般的な治療について伝えます。この時「うつ病」と決めつけた言動をとってしまうと、本人の受診拒否につながる場合もありますので、注意が必要です。

伝える内容； 精神科等のクリニックの数は増えており、JRの各駅毎に数カ所あります。
近年はストレスを抱えている人も多く、勤め帰りの人や主婦なども多く受診しておられます。あなたが決して特別な訳ではありません。
うつ病の治療は、そのほとんどが通院により行われます。
眠れない場合には睡眠薬などが使われますが、この数年で種類も増えています。最近では、依存性・常習性の少ない薬が多く使われています。

受診を拒否された場合には

上記について繰り返し説明すると共に、根気よく説得します。時に、家族が受診に反対している場合もあるので、家族の理解を得ることも必要。また本人は拒否していても、家族が医師への相談を希望している場合もあるので相互の話をよく聞いて調整することが大切です。

6 家族と話すときのポイント

うつについて、家族の理解と協力を得ることは、本人の症状の見守りや早期受診、そして回復をはかり再発を防止する上でとても大切です。また、うつ病の症状や受診の仕方、薬の効果、再発防止の重要性、関わり方のポイントなどを伝えるようにします。



家族がうつに気づくときのサイン

気持ちが沈み込んだり、憂うつそうな様子が度々見られる。口数が少なくなる。朝方や週明けなどに調子が悪そうである。

仕事や趣味など、普段楽しみにしていたことに興味が持てなくなる。

食欲がなくなる。(1ヶ月に3kg以上の体重減少が見られる)

動作がゆっくりになったり、ぼーっとする、急にずぼらになったように見える。

寝つきが悪かったり、夜中に何度も目が覚めたり、非常に朝早くに目が覚めることが続く。

「自分には価値がない」などと自分を責めたり、ささいな事で罪悪感を抱くようになる。

次のような場合は「うつ」とは気づかれにくいので注意が必要です

身体のいろんな部位の「痛み」や「不調」を訴えるが、受診しても異常が見つからない場合。もともとの性格と見なされてしまうような場合。

本人自身が、周りに気を遣ってつらい気持ちを気づかれないようにしている場合。

「うつ」と「躁(気分が高揚して活動性が高まり怒りっぽくなる、食欲亢進、浪費、まとまりがなくなるなど)」の状態が、交互に現れたりまたは交じっている場合。

家族の対応の仕方について伝える

心配しすぎない

うつの人を前にすると、気を遣いすぎて言動がぎこちなくなることがあります。腫れ物に触るような態度を取らないで、本人は、家族には普段どおりに接してほしいと思っていることを伝えましょう。

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ます。

原因を追及しすぎない(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ります。それが問題解決につながればよいですが、往々にして悪者探しになってしまいます。「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ります。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ります。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です。

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、財産の処分などの思い切った考えをすることがあります。しかし、落ち込んでいる時にはどうしてもマイナス思考が強くなっているため客観的な判断ができません。そのため、重要な決断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いましょう。

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です。まず、心身共に休んでリフレッシュするように本人に話してもらいましょう。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共に休ませるようにしましょう。また、症状が少しよくなったからといって、すぐに朝に定刻に起こそうとしたり、急げ者扱いするのではなく、あせらず気長に本人の心身の回復を待つようにしましょう。

薬をうまく利用する

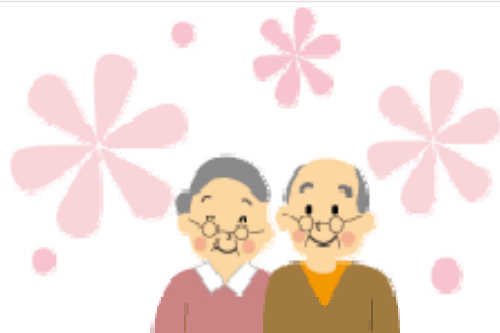
うつ病の治療には休養と周囲の人の温かい理解に加えて、薬による治療が役に立ちます。薬としては、抗うつ薬が用いられますが、周囲の人はその重要性を理解し、本人が医者からの指示を守って薬を服用し続けられるようサポートするように話しましょう。

また早期から薬を使用することで、症状をやわらげ回復までの期間を長引かせない効果があり、自殺企図を防ぐことにもつながります。ただ薬の効き方はゆっくりで、効果が自覚できるまでに2～3週間かかる場合もあります。人によってはこの間に、副作用の症状（眠気など）を感じることもあります。次第にやわらいでいくこと、その後で薬が徐々に効いてくることを説明し安心していただくように伝えましょう。

また、うつ病の症状によくみられる「睡眠障害」を改善するために「睡眠薬」が使われます。人によっては依存性や習慣性が生じるのでは？と強い不安をもたれる場合もありますが、ここ数年の間に睡眠薬の種類も飛躍的に増え、副作用や依存性も少なくまた安全性も高くなっていることを併せて伝えておきましょう。

時には距離をおいて見守るようにする

本人はうつ病の病状のために度重なる甘えや攻撃がでるときがあります。家族には「病気がさせていること」と割り切り、距離をおいて本人を見守る環境を作るように勧めましょう。その場合でも、本人のことを「理解しようと思っている」「見守っている」というメッセージを伝えるようにしておくといでしょう。



7 介護者の様子も注意しましょう

高齢者の介護者についてもまた、うつ病を有している割合が高いことがわかっています。介護者自身に対するうつ予防や、必要な場合には早目に受診につなげることで、介護のために燃え尽きてしまわないように介護者への支援も大切です。介護者が身体的にも精神的にも健康を保てないと、高齢者の施設入所を早めてしまうことにもつながります。高齢者の介護予防の上でも、介護者のうつ予防はとても重要な意味をもっています。

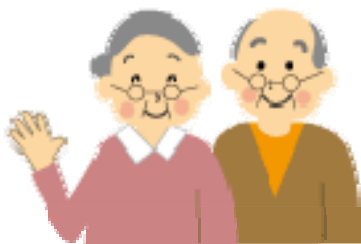
介護者の抱えるストレスとは...

- ・ 高齢者の行動などに対する怒り
- ・ 介護に関する無力感
- ・ 自分の言動についての罪責感
- ・ 対象喪失
- ・ 過去の高齢者との葛藤の再燃
- ・ 施設入所に対する感情
- ・ 家族内の役割に関する不和
- ・ 家庭内葛藤の顕在化
- ・ 精神医療、福祉支援を受けさせることに対する葛藤

介護者が燃え尽きてしまわないように

- ・ 全部自分一人で引き受けずに、助けや相談を求めることを助言する。
- ・ 医療や福祉サービスの利用を勧める。
- ・ 意識的に一人で過ごす時間を作ることで、気分転換の大切さを伝える。また、具体的に実践できるような工夫を一緒に考える。
- ・ 介護者同士で話ができる場を提供する。
- ・ 介護のためにすべてを犠牲にする必要はなく、介護者自身のこれからの人生も大切にするように伝える。

介護者が健康であるためにはこのように介護者自身の健康やこころの持ち方にも目をむけることが必要です。時には、介護者もまた、支援の必要な一人として関わっていくことが大切です。



8 「死にたい」と言われたら

うつで最も心配されるのが「自殺」ですが、実行に移す前には、誰かにその気持ちを話していると言われていました。自殺の話題を避けずに、よく話を聞くことが自殺予防につながります。また、症状がそれほど重くなくても「死にたい」と考える人は多く、本人から死にたい気持ちをうち明けられたら、軽く考えずにゆっくり話を聞くことが大切です。

自殺の話題を避けず、ゆっくりと話を聞く

「死にたい」などと言われるとつい慌ててしまい、急に話題を変えたり、「自殺なんてとんでもない」と強く否定してしまいがちです。しかし、このような対応をされると本人は、悩んだ末にあなたを選び、死にたい気持ちを打ち明けたのに、それをあなたに拒否されたように感じてしまい、ますます心を閉ざしてしまう場合もあります。

自殺の話題を避けず、なぜそう思ったのか、なにが辛いのか、ゆっくり時間をかけて聞いてください。この時の話を聴く姿勢としては、あなた自身の思いは伝えずに、相づちやオウム返し程度を挟みながら、しっかりと聞いているという姿勢を示すことが大切です。本人の話は時に混乱して、時系列が不明瞭であったり、つじつまが合わない場合もあるかもしれませんが、話の詳細にはあまりこだわらずに、いったんは受け止める姿勢が大切です。誰かに話をすることで、本人自身が冷静さを取り戻す場合もあります。

症状の回復期に危険性が高い

一般的にはうつ症状が重い時には、自殺願望は強くても実行する気力がありません。むしろ、気力が出てきた回復期の方が危険です。また、不眠が続いている時や、親しい人の死など身近にショッキングな出来事があった時にも危険性は高まります。このような場合には身近な人が本人を見守る体制をとるか、それが難しい場合には、主治医の判断で入院してこの時期をやり過ごすなどの処置をとられる場合もあります。

参 考 ... 精神科の入院が必要となる場合

自殺念慮（自殺をしたいと思うこと）が強いとき
食事が摂れず、衰弱が見られるとき
焦燥感（イライラ感）が激しいとき
外来通院でなかなか良くならないとき
自宅ではゆっくり静養できないとき



上記のような場合に、診察の結果や本人・家族の話を聞き、主治医が判断します。精神科の入院には、本人が希望する場合（任意入院）を除き、保護者(配偶者など)の同意が必要となります。また家族がいない場合には、市町村長の同意となる場合もあります。

高齢者の自殺の傾向

高齢者のうつ病は自殺率が高く、確実に死に至る手段をとることが多いといわれています。若年者の自殺未遂者 200～300 人に 1 人が既遂になるのに対して、高齢者の場合には 4 人に 1 人が既遂になるとされています。さらに高齢者の自殺は、都市部に比べて農村部に多く、妻と死別・離別した男性の場合には配偶者のいる男性の 4～5 倍、自殺率が高くなっています。高齢者の自殺の動機は、6 割以上が「病苦」で、次いで「家庭問題」となっています。

また自殺した高齢者の 3 分の 1 は、自殺前 1 か月以内に何らかの医療機関を受診していますが、専門治療にはつながっていないのが現状です。こうした背景から、滋賀県（障害者自立支援課）では地域の内科医などを対象に、「かかりつけ医うつ病対応力向上研修会」を開催してかかりつけ医がうつ病などの精神疾患を診たり、自殺予防や精神科専門医との連携がスムーズに行えるように取り組んでいます。

以下の場合には自殺のリスクが高いので注意が必要です

- ・ 高齢（特に 80 歳以上）で独居の男性。
- ・ 過去に自殺企図がある、現在自殺の計画がある。（遺書の作成、道具の購入など）
- ・ 最近、身近な人や親しい人を亡くした。
- ・ 慢性で痛みを伴う身体疾患があるか、身体疾患による退院直後である。
- ・ アルコールや鎮痛剤と睡眠剤の乱用がある。
- ・ 「死にたい」「消えてしまいたい」などの言葉をもらしている。
- ・ 著しい不眠が続いている。
- ・ 著しい焦燥（著しく落ち着きがない）様子が見られる。
- ・ 深い絶望感、自己無価値感、罪悪感、自責感などを抱いている。



9 資料編

ここからは「うつ病」「閉じこもり」「自殺」について、高齢者に限らず一般的な内容を記載しています。

うつ病について

Q ; 一般的に「うつ病」とは、どんな病気ですか？

毎日の生活の中で、気分の落ち込みを自覚したり眠れなくなることは、誰でも経験することですが、普通は何日かすれば回復し、通常の生活に戻ります。ところが「うつ病」になると仕事や家事など、その人がこれまでしてきた日常の行動ができなくなるほどの落ち込んだ状態が、2週間以上続きます。また、不眠（入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒）や気分の日内変動（朝方が最も抑うつ感が強く、夕方から夜にかけて回復する）や食欲低下、体重減少、疲れやすさ、頭痛、手足のしびれなど、さまざまな身体の不調を感じます。

また、これらのうつ病によって現れる症状は、単なる気持ちの持ちようではなく、脳の中の「神経伝達物質（セロトニン）」の不足が関わっていると言われていました。

Q ; うつ病の原因はありますか？

うつ病のきっかけとなるのはストレスですが、発症そのものは脳の中の変化によるものです。脳は無数の神経細胞からなっていますが、それぞれの神経細胞の間には隙間があり、この隙間を「神経伝達物質（セロトニン）」と呼ばれる物質が情報を伝えています。この「神経伝達物質」の不足により、うまく感情の調節ができないようになった結果、うつ状態になると言われています。

また、引き金になりやすい出来事としては、過労、転勤、昇進、定年、仕事の失敗、病気、近親者の死、家庭内の不和、結婚、出産、転居などがあります。

Q ; うつ病は遺伝するのですか？

うつ病になりやすい性格として「秩序を重んじ、すべてにおいて几帳面に取り組む。自己よりも常に他人の立場に配慮し、過度に良心的。」といったものがあります。このような几帳面な性格をつくってきた素地は親から引き継がれた素質ともいえますが、「うつ病」は他にも、環境や性別、ストレスなどの多様な要素が重なって発病します。

Q ; 男女差はありますか？

「うつ病」は比較的女性に多いと言われています。ホルモンバランスが崩れると、うつ病を発症しやすくなると言われており、女性は妊娠や出産、閉経などホルモンが変動しやすい時期に発症しやすくなります。

Q ; うつ病の頻度はどれくらいですか？

平成14年度に厚生労働省研究班が行った調査によれば、ICD 10(世界保健機構の分類)診断によるうつ病経験者は、約15人に1人、過去12ヶ月間にうつ病を経験した人は約50人に1人でした。

Q ; うつ病の治療にはどんなものがありますか？

うつ病の治療の3本柱は「薬物療法」「精神療法」「環境調整」です。「薬物療法」では、これまでから使われてきた三環系や四環系抗うつ薬のほか、SSRIやSNRIなど新しいタイプの抗うつ薬や抗不安薬、気分安定薬や睡眠薬などが使われています。

「精神療法(心理療法)」のなかで、うつ病に対して有効性があると言われているものには「認知行動療法」と「対人関係療法」があります。どちらも本人自身の、思考や行動パターンに着目し、本人自身の気づきや行動変容などをうながしていく働きをします。また、うつ病の発症や再発には環境要因が影響していることから、本人をとりまく環境のマイナス要因(ストレスの原因になっているものや人間関係など)を調整していくことが効果があると言われています。

Q ; 「うつ病」の薬にはどんなものがありますか？

抗うつ薬には「三環系・四環系」「SSRI」「SNRI」などがあります。「三環系」は最も古くから使われている薬で、化学構造上の輪の数からそれぞれ「三環系」「四環系」の名がついています。どちらもセロトニンとノルアドレナリンのどちらか、あるいは両方の働きを強める作用があります。三環系は副作用が出やすいのですが、効果は安定しています。四環系は副作用が少ないものの、効果の点では多少劣ります。

SSRIは、1999年に認可された比較的新しい抗うつ薬です。セロトニンの再吸収だけ強く阻害するため、他の神経伝達物質の再吸収は、ほとんど阻害しません。そのため副作用が少なくなっています。SNRIは2000年に認可された最新の抗うつ薬です。セロトニンとノルアドレナリン両方の再吸収を阻害する働きがあります。SSRI同様、他の神経伝達物質への影響はほとんどありません。他にも抗うつ薬と併用することで効果を高める薬(リチウムなど)があります。

Q ; うつ病の治療には、「睡眠薬」も飲まないといけないのですか？

うつ病の患者さんには不眠症状が多くみられますが、眠れないと身体が休まらず、治療がうまく進みません。特に、治療の初期には睡眠薬を使用して、十分な睡眠をとっておくことが大切です。睡眠薬についても、近年、副作用や依存性が少ないものも多く使われるようになってきています。また作用も、入眠を助けるものや、中・長期の睡眠の質を確保するものなど種類も多くなっていることから、主治医とよく相談して納得のうえ、指示を守って服用することが大切です。



Q ; 薬は一生飲み続けないといけないのですか？

一般的にうつ病の薬は、症状が消えてからも、半年から一年くらい続ける必要があります。うつ病は再発しやすいことから、症状が改善したからといって、勝手に服用をやめずに主治医とよく相談することが大切です。

Q ; うつ病は治りますか？

うつ病は完全に治るまで時間はかかりますが、あせらず気長にきちんと治療を続けていけば、かならず良くなる病気です。ただし、回復に向かう際には、良くなったと思えば翌日には悪化するという具合に「一進一退」を繰り返し、だんだんと治癒に向かいます。この時期に少し良くなったからといって、無理をしないことが回復への近道ともいえるでしょう。主治医とよく話し合いながら、気長に治療を続けることが大切です。また、「うつ病」は回復しても、うつに陥りやすいその人の思考や行動パターンは残っていますので、ストレス等をきっかけに再発する可能性もあるため、「認知行動療法」や「対人関係療法」が引き続き行われる場合もあります。

Q ; 「うつ病」と「アルコール依存症」は関係がありますか？

うつ病の人の中には、アルコールの力を借りて気分を高揚させたり、眠ろうとした結果、飲酒量が増えてアルコール依存症になる場合もよくみられます。アルコールは脳を麻痺させ、一時的に気分が高揚したように感じますが、アルコールの作用が切れると不愉快さや気分の落ち込みを招きます。また、アルコールの力で眠りについて、アルコールは中途覚醒を引き起こすために、夜中に起きて再度、飲酒することになります。その結果、うつ病とアルコール依存症の双方を悪化させてしまうことにもなります。

Q ; 「躁うつ病」と「うつ病」は関連があるのですか？

うつ病の患者さんの経過をみていると、うつとは正反対の躁状態をあらわすことが少なくありません。以前は、うつ症状だけを繰り返すものを「単極性うつ病」、うつ症状と躁症状が交じったものを「双極性うつ病（躁うつ病）」として、区別していました。けれども、現在は「単極性うつ病」と思われても、今後、躁状態が出てくるかどうかは経過をみないとわからないところがあります。そこで最近では、双極性、単極性という区別はしない方がよいのではとの考え方になっています。

参考までに、高齢者に初発する「双極性うつ病」や「躁病」はきわめて少ないといわれています。特に「躁病」や躁状態のみ（初発）が見られる場合には、脳腫瘍や脳挫傷などの器質性脳障害、あるいは認知症を発症している場合が多いため、正しい早期診断・早期治療が重要です。



閉じこもりについて

Q ; 「閉じこもり」とはどんな状態のことをいうのですか？

「閉じこもり」の概念・定義は、研究者や立場によってさまざまであり、これまで統一された定義はありませんでした。近年の研究では、「寝たきりなどではないにもかかわらず、家からほとんど外出せずに過ごしている状態」(活動範囲)と「週1回も外出しない状態」(外出頻度)を組み合わせた定義を行うものが増えてきています。しかし「週1回程度」にはかなりの判断基準の幅があるため、「週に1回未満の外出、または、全く外出しない」と回答した場合を閉じこもりと判定することが推奨されています。

Q ; 閉じこもりになると何が問題なのですか？

閉じこもりになると、生活の活動空間がほぼ家の中のみへと狭まることで活動性が低下し、その結果、廃用症候群 を発生させ、さらに心身両面の活動力を失っていくために、寝たきりに進行すると考えられています。

廃用症候群とは廃用(使わないこと)、すなわち不活発な生活や安静でおきる、全身のあらゆる器官・機能に生じる“心身機能の低下”です。介護保険制度では、「生活不活発病」と名づけられました。

Q ; 高齢者の「閉じこもり」は「引きこもり」とは違うのですか？ 高齢者は、保健所の「引きこもり相談」で対応してもらうことはできないのですか？

「閉じこもり」と「引きこもり」は表現が似ているために、時に、混在して使われることがありますが、「引きこもり」とは厚生労働省の定義などを参考にすると、「自宅にひきこもって学校や仕事に行かずに、家族以外との親密な対人関係がない状態が6ヶ月以上続いている状態」を指します。「ひきこもり」状態になる要因はさまざまで、精神疾患が影響している場合もあれば、取り立てて原因といえるものが見つからない場合もあります。「引きこもり」の多くは思春期前後より出現することから、保健所が実施する「引きこもり相談」では、思春期からおおむね40歳あたりの人を対象とし、精神科医(児童思春期担当医など)が対応している場合が多くなっています。

老年期の閉じこもりについては、背景に「うつ」「認知症」「運動機能や口腔機能の低下」などの、高齢者特有の問題を抱えている場合もみられることから、市町や保健所等が実施する「こころの相談(精神保健相談)」などで対応する方が望ましいでしょう。



Q ; 閉じこもりの原因としては、「うつ病」が考えられるのですか？

うつ状態の者は、外出を好まず活動が不活発となり、日中ほとんど自宅から外出しない閉じこもり傾向になることが多いと考えられます。また逆に、閉じこもり状態が長くなることで人との交流が減り、会話も少なくなり、精神的にも落ち込んだ気分となりうつ傾向になることも考えられます。うつの他にも、認知症においても精神活動が不活発となり、家に閉じこもっている場合も少なくはありません。認知症の症状がある場合には、家族から、行方不明にならないように外出を制限されていることもあります。

この他、低栄養状態の場合には、体力がなく外出する意欲も低下し、閉じこもりになっていきます。口腔機能が低下している場合には、咀嚼機能も低下して、外での食事が合わないなどの理由で外出を控え、結果的に閉じこもりにつながる場合があります。運動器の機能低下がある場合にも、外出が億劫となり、閉じこもりになりやすいと言えます。このように閉じこもりはさまざまな要因と密接な関係をもち、また閉じこもりの状態が続いた結果として、要支援・要介護や入院・入所、寝たきり状態などにつながるリスクが高くなるといえます。

Q ; 閉じこもりがライフスタイルになっている人への対応はどうしたらよいのですか？

例えば自営業の店番をしており、終日、自宅内にいる高齢者などは、家族以外との交流があるにも関わらず、(基本チェックリストの項目に該当することから)「閉じこもり」と判定されてしまいます。しかし、このような対象者には外出支援を行う必要性はきわめて低いといえます。自宅内での生活のみの場合には、運動量(活動量)が低下し、体力が低下する可能性があるため、体力の維持・向上に気を配る必要性があることを理解しているかどうかを確認するだけでよいでしょう。他にも、自宅でする職業に就いていた者や、他人との交流を望まず、自宅から外出することも少なく、行政サービスを受けることを望まない高齢者(うつ病・認知症などを除く)も、体力の問題を除けば、特に支援が必要ではありません。自己の意思で決定したライフスタイルで暮らしている者には、その生活に関与する必要はないと考えます。

自殺について

Q ; 滋賀県の自殺の動向はどうなっていますか？

滋賀県の自殺者数は、昭和 30 年以降は年間 200 人前後で推移していましたが、平成 15 年に 330 人に達し、平成 22 年には 356 人と急激な伸びを示し、全国最多の伸び率となっています。男女比では、男性が 7 割を占めており、年齢層では 30～60 歳代が全体の 6 割を占めています。自殺の動機としては、「健康問題」、次いで「経済生活問題」となっています。

Q ; 全国の自殺の動向はどうなっていますか？

これまで全国の自殺者数は、年間 2 万人台前半で推移していましたが、平成 10 年に 1 万人近く急増し 3 万人を越えて以降は、年間 3 万人を超える高い状態で推移しています。自殺率が高いのは、50 歳代の男性と高齢者の男女です。ちなみに若年者では自殺未遂者 100 人～200 人に 1 人が既遂になるのに対して、高齢者では 4 人に 1 人が既遂になるとされ、高齢者は覚悟の上の自殺が多いといわれています。自殺手段は縊首が約 7 割を占めており、次いで薬物、入水、飛び降りとなっています。高齢者の自殺の動機としては、6 割以上が「病苦」、次いで「家庭問題」が多くなっています。また、高齢自殺者の 7 割は、自殺の 1 ヶ月以内に内科などを受診しているといわれていますが、適切な精神科医療にはつながっていない現状があります。

Q ; 自殺は防ぐのが難しいものなのですか？

国の自殺総合対策大綱には 3 つの基本認識が示されています。

1 自殺は追い込まれた末の死である

多くの自殺は、個人の自由な意思や選択の結果ではなく、経済・生活問題や健康問題、家庭問題などの様々な悩みにより、心理的に「追い込まれた末の死」ということができます。

2 自殺は防ぐことができる

心理的な悩みを引き起こす様々な要因に対する社会の適切な介入により、また、自殺に至る前のうつ病等の精神疾患に対する適切な治療により、多くの自殺は防ぐことができる、ということが、世界の共通認識となりつつあります。

3 自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している

自殺を図った人の家族や職場の同僚など身近な人は、自殺のサインに気づいていることも多く、県民一人ひとりの気づきを自殺予防につなげていくことが大切です。

Q ; 自殺のサインには、どんなものがありますか？

- 1 最近友人や知人との付き合いは少なく、一人であることが多い
- 2 最近ストレスになるようなことがあった
- 3 ここ 3 ヶ月、むやみに自分を責めたり、自信がなさそうな話しぶりや態度をしたり、あるいは暗い内容の話をしたりする
- 4 何か病気を苦しんでいるようだ
- 5 ここ 6 ヶ月の行動で、何か以前と変わったなと感ずることがある
- 6 部屋や家にひきこもりがちで、外出するのがおっくうだ
- 7 ここ 3 ヶ月、眠れない日が多いようだ
- 8 すぐに興奮したり、落ち込んだり、気分の変わりやすい傾向があるようだ
- 9 ここ 3 ヶ月、あまり食欲がないか、あるいはやせてきたようだ
- 10 精神科、神経科、あるいは心療内科を受診している。

上記 3 ～ 5 項目に該当する場合：早めに医療機関を受診してください。

6 項目以上該当：すぐに医療機関を受診してください。

10 関係機関一覧

地域包括支援センター連絡先一覧

(平成23年4月1日 現在)

設置市町名	名称	〒	所在地 (建物名称)	電話番号	FAX番号
大津市	和邇地域包括支援センター	520-0528	大津市和邇高城12 (和邇文化センター内)	077-594-2660	077-594-4189
	堅田地域包括支援センター	520-0242	大津市本堅田三丁目17-14 (堅田市民センター前)	077-574-1010	077-574-1728
	比叡地域包括支援センター	520-0113	大津市坂本六丁目1-11 (坂本市民センター別館)	077-578-6637	077-578-8120
	中地域包括支援センター	520-0047	大津市浜大津四丁目1-1 (明日都浜大津5階)	077-528-2003	077-527-3022
	膳所地域包括支援センター	520-0837	大津市中庄一丁目7-36 (旧JAレーク大津膳所)	077-522-8867	077-522-1198
	南地域包括支援センター	520-0865	大津市南郷一丁目14-30 (南老人福祉センター内)	077-533-1332	077-534-9256
	瀬田地域包括支援センター	520-2141	大津市大江三丁目2-1 (瀬田市民センター内)	077-545-3918	077-543-4436
彦根市	彦根市地域包括支援センター	522-0041	彦根市平田町670 (彦根市福祉保健センター)	0749-23-9632	0749-26-1768
長浜市	長浜地域包括支援センター	526-0031	長浜市八幡東町632 (長浜市役所東別館)	0749-65-7841	0749-64-1437
	北部地域包括支援センター	529-0492	長浜市木之本町木之本1757-2 (長浜市木之本支所)	0749-82-5905	0749-82-5930
近江八幡市	近江八幡市地域包括支援センター (福祉総合相談課)	523-8551	近江八幡市土田町1313 (近江八幡市総合福祉センター内)	0748-31-3737	0748-31-3738
草津市	草津市地域包括支援センター	525-8588	草津市草津三丁目13-30 (草津市さわやか保健センター内)	077-561-2372	077-561-6780
守山市	守山市地域包括支援センター	524-0013	守山市下之郷三丁目2-5 (守山市福祉保健センター)	077-581-0330	077-581-0203
栗東市	栗東市地域包括支援センター	520-3088	栗東市安養寺一丁目13-33 (栗東市役所)	077-551-0285	077-551-0548
甲賀市	甲賀市水口地域包括支援センター	528-0005	甲賀市水口町水口5607 (水口保健センター内)	0748-65-1170	0748-63-4591
	甲賀市土山・甲賀地域包括支援センター	520-3414	甲賀市甲賀町大久保507-2 (甲賀保健センター内)	0748-88-8136	0748-88-6557
	甲賀市甲南・信楽地域包括支援センター	520-3321	甲賀市甲南町葛木977 (甲南保健センター内)	0748-86-8034	0748-86-5974
野洲市	野洲市地域包括支援センター	520-2315	野洲市辻町433-1 (野洲市健康福祉センター)	077-588-2337	077-586-3668
湖南市	湖南市地域包括支援センター	520-3288	湖南市中央一丁目1 (湖南市役所東庁舎)	0748-71-4652	0748-72-3788
高島市	高島市北部地域包括支援センター	520-1611	高島市今津町弘川204-1 (今津保健センター内)	0740-22-0193	0740-22-0292
	高島市南部地域包括支援センター	520-1217	高島市安曇川町田中89 (安曇川ふれあいセンター1階)	0740-32-2520	0740-32-3933
東近江市	東近江市地域包括支援センター	527-8527	東近江市八日市緑町10-5 (東近江市役所東庁舎)	0748-24-5641	0748-24-1052
米原市	米原市地域包括支援センター	521-0292	米原市長岡1206 (米原市役所山東庁舎)	0749-55-8110	0749-55-8130
日野町	日野町地域包括支援センター	529-1698	蒲生郡日野町河原一丁目1 (日野町保健センター)	0748-52-6001	0748-52-6503
竜王町	竜王町地域包括支援センター	520-2592	蒲生郡竜王町大字小口4-1 (福祉ステーション)	0748-58-3704	0748-58-8019
愛荘町	愛荘町地域包括支援センター	529-1234	愛知郡愛荘町安孫子825 (愛荘町役場秦荘庁舎)	0749-37-8080	0749-37-4444
豊郷町	豊郷町地域包括支援センター	529-1169	犬上郡豊郷町石畑375 (豊郷町役場)	0749-35-8057	0749-35-4588
甲良町	甲良町地域包括支援センター	522-0244	犬上郡甲良町在士357-1 (甲良町保健センター)	0749-38-5161	0749-38-5150
多賀町	多賀町地域包括支援センター	522-0341	犬上郡多賀町大字多賀221-1 (多賀町総合福祉保健センター)	0749-48-8115	0749-48-8143

保健所連絡先一覧

名 称	〒	所在地	電話番号	FAX 番号
大津市保健所	520-0801	大津市におの浜四丁目 4 - 5	077-522-6766	077-525-6161
滋賀県南部健康福祉事務所 (滋賀県草津保健所)	525-8525	草津市草津 3-1 4-7 5	077-562-3527	077-562-3533
滋賀県甲賀健康福祉事務所 (滋賀県甲賀保健所)	528-8511	甲賀市水口町水口 6200	0748-63-6111	0748-63-6142
滋賀県東近江健康福祉事務所 (滋賀県東近江保健所)	527-0023	東近江市八日市緑町 8-22	0748-22-1253	0748-22-1617
滋賀県湖東健康福祉事務所 (滋賀県彦根保健所)	522-0039	彦根市和田町 4 1	0749-21-0281	0749-26-7540
滋賀県湖北健康福祉事務所 (滋賀県長浜保健所)	526-0033	長浜市平方町 1 1 5 2-2	0749-65-6660	0749-63-2989
滋賀県高島健康福祉事務所 (滋賀県高島保健所)	520-1621	高島市今津町今津 4 4 8 - 4 5	0740-22-2525	0740-22-5693

こころの悩みの相談先一覧

No	名称	電話番号
1	滋賀県立精神保健福祉センター アルコール・薬物の相談、こころのケア関連、ご遺族の相談、その他	0 7 7 - 5 6 7 - 5 0 1 0 月～金 9 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0 (面接は要予約)
2	滋賀いのちの電話	0 7 7 - 5 5 3 - 7 3 8 7 金・土・日 1 0 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0
3	京都いのちの電話	0 7 5 - 8 6 4 - 4 3 4 3 (24時間)
4	こころの電話	0 7 7 - 5 6 7 - 5 5 6 0 月～金 1 0 : 0 0 ~ 1 2 : 0 0、 1 3 : 0 0 ~ 2 1 : 0 0 (土・日・祝日、年末年始を除く)
5	自殺予防いのちの電話	0 1 2 0 - 7 3 8 - 5 5 6 毎月 1 0 日 8 : 0 0 ~ 翌日 8 : 0 0

参考文献

うつ予防・支援マニュアル（改訂版）

「うつ予防・支援マニュアル」分担研究班 研究班長 大野 裕

高齢者のうつ病

大野 裕 [編] 金子書房

イラストでよくわかるはじめての介護

下 正宗 [監修] 成美堂出版

うつ対応マニュアル

保健医療従事者のために

厚生労働省地域におけるうつ対策検討会

健康ライブラリー イラスト版 「うつ」に陥っているあなたへ

防衛医科大学校精神科教授 野村総一郎 [監修] 講談社

「うつ」にならない老後の生き方 「高齢者うつ」の予防と治療ガイド

財団法人河田病院理事・心療内科 渡辺 昌祐



滋賀県介護予防市町支援委員会委員名簿

所 属 等	氏 名
介護老人保健施設ケアタウン南草津	塩 栄 夫 (委員長)
滋賀県栄養士会	西 澤 昌 子
滋賀県理学療法士会	松 岡 昌 巳
滋賀県作業療法士会	金 子 明 美
滋賀県介護サービス事業者協議会	鈴 木 則 成
滋賀県介護支援専門員連絡協議会	中 原 江 理
滋賀県市町保健師協議会	安孫子 尚 子
高島市地域包括支援センター	田 谷 伸 雄
滋賀県健康福祉部健康推進課	
滋賀県立リハビリテーションセンター	後 藤 則 子

うつ予防・支援部会委員名簿

所 属 等	氏 名
南草津けやきクリニック	宮 川 正 治 (部会長)
滋賀県介護支援専門員連絡協議会	中 尾 雅 則
大津市長寿福祉課	北 村 敦
高島市健康推進課	西 村 陽 子
県立精神保健福祉センター	辻 本 哲 士
(オブザーバー) 県立精神保健福祉センター	原 田 小 夜
(同) 滋賀県健康福祉部障害者自立支援課	橋 爪 聖 子

事 務 局

滋賀県健康福祉部元気長寿福祉課	介護保険・予防推進担当
-----------------	-------------

うつ予防・支援ハンドブック

平成24年(2012年)3月発行

編集・発行 滋賀県介護予防市町支援委員会 うつ予防・支援部会
(事務局) 〒520-8577 滋賀県大津市京町4丁目1番1号

滋賀県健康福祉部元気長寿福祉課

TEL (077) 528 3597