地域包括支援センター職員による高齢者のうつに対する 二次予防への取り組みと課題

鈴木 良美¹ 北畠 義典² 鈴木友理子³ 吉田 英世⁴ 井原 一成⁵

The current efforts and challenges around secondary prevention program for the elderly with depression from the viewpoint of community general support center staff

Yoshimi SUZUKI¹, Yoshinori KITABATAKE², Yuriko SUZUKI³,
Hideyo YOSHIDA⁴ and Kazushige IHARA⁵

The purpose of this study was to describe the current effort and challenges of the secondary prevention program for the elderly with depression from the viewpoint of community general support center staff.

A qualitative study was conducted involving interviews with twenty-two staff in community general support centers.

The main category of the current effort in the program was to try to link the person to services to maintain their daily life. They focused on collecting information of home-bound people, assessed the person's needs with respect to their behavior and daily life, and tried to link a person to services to maintain community people's daily life. The main category regarding challenges of the program was difficulties managing a person with depression. They had difficulties collecting information, assessing, linking the elderly to services or treatments, and finding time.

To improve the secondary prevention for the elderly with depression : to improve the staff's knowledge and techniques of the program respecting on their perspective putting more emphasis on the quality of life of the elderly than on their depression itself, to create a network with local government staff and community organizations, to spread of the depression knowledge to community people, and to reform the care system including finance and human resources, were needed.

Key words : community general support center, prevention for elderly with depression, prevention of long-term care, the elderly, qualitative study
地域包括支援センター, うつ予防, 介護予防, 高齢者, 質的研究

¹ 東邦大学看護学部

² (財)明治安田厚生事業団新宿健診センター学術室
(財)明治安田厚生事業団体力医学研究所

³ (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所成人精神保健研究部

⁴ 東京都健康長寿医療センター研究所(東京都老人総合研究所)自立促進と介護予防研究チーム

⁵ 東邦大学医学部社会医学講座公衆衛生学分野

¹ *Faculty of Nursing, Toho University*

² *Academic Institution, Shinjuku Medical Center, Meiji Yasuda Life Foundation of Health and Welfare
Physical Fitness Research Institute, Meiji Yasuda Life Foundation of Health and Welfare*

³ *National Center of Neurology and Psychiatry, National Institute of Mental Health*

⁴ *Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology, Research Team for Promoting Independence of the Elderly*

⁵ *Department of Public Health, Faculty of Medicine, Toho University*

Ⅰ 緒 言

うつ病は、認知症と並び高齢者の主要な精神疾患であり、高齢者の自殺の原因の一つでもあり、高齢化の進む我が国において、精神保健領域で緊急の課題となっている（大野，2007）。我が国では、自殺者総数のうち60歳以上の割合が全体の36.6%を占め（平成19年）（警察庁生活安全局地域課，2008），これは他の先進国と比べても高率であり，60歳以上の自殺を原因別にみた場合，「うつ病」は「身体の病気」に次いで多い。また，高齢者は，老化やライフイベントに伴う身体的，心理的，社会的体験などから様々なストレスを感じることが多く，うつ状態や治療を要するうつ病（うつ状態やうつ病をあわせて「うつ」と呼ぶ）になりやすいと考えられている。さらに，うつは単に精神面だけではなく，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自殺予防に加えて，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である（大野，2009）。

以上のように，うつは高齢者の精神保健領域で緊急の課題であるため，予防重視型へ転換した2006年の介護保険法改正においては，うつへの対策である「うつ予防・支援」が，「運動器の機能向上」，「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」に関するサービスとともに介護予防の重要な柱となった。介護予防事業では，要支援・要介護になるおそれのある虚弱高齢者（特定高齢者）の候補者を基本チェックリスト25項目によって判定し，この中にはうつ予防・支援に関する5項目も含まれている。基本チェックリストは，健診や相談などを通じて広く一般の高齢者に実施されるものであり，うつ傾向にある高齢者を早期発見・対応するために，我が国ではじめて全国規模で導入されたうつの二次予防のアセスメントツールといえよう。うつのアセスメントにより，うつの早期発見のみならず，自殺予防や高齢者予防が期待される。うつの二次予防の中心は，この基本チェックリス

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を提供することであり，うつの二次予防における中核的な機関の一つが，地域包括支援センター（以下，センターとする）である。同センターは，介護予防マネジメントや総合相談支援，権利擁護などを行う機関であり，うつ予防への取り組みも期待されている。

「うつ予防・支援マニュアル（改訂版）」では，基本チェックリストのうつの5項目中，最近2週間以上続く項目が2項目以上ある場合には，介入対象者として抽出し，二次アセスメントを行うと述べられている（大野，2009）。しかし，実際にどのようにチェックリストの結果を活用するかは，自治体やセンターに委ねられているのが現状であり，チェックリスト活用の実態は明らかになっていない。特定高齢者の選択基準では，前述した6つの対策のうち「うつ予防・支援」だけが除外されており，なおかつ自治体における特定高齢者事業の中心は，「運動器の機能向上」，「栄養改善」，「口腔機能の向上」の3つの対策のみとなっている。加えて，センターにおいては，業務の重点が個別の要支援者のケアマネジメントに置かれ（菊池，2007），うつの二次予防への取り組みは十分ではないと推測されるものの，それらの取り組みや課題に関する研究は少なく，現状は明らかになっていない。うつの二次予防の中核的な機関である地域包括支援センターにおいて，未だに明らかになっていない職員によるうつの二次予防への取り組みと課題を明らかにすることは，我が国の精神保健領域で緊急の課題となっている高齢者のうつに対する今後の取り組みを検討する上で重要な情報をもたらすと考えられる。さらに，センターは，保健師（看護師），社会福祉士，主任介護支援専門員という3職種によって成り立っており，人間や環境のとらえ方，教育背景，実践経験の異なる人たちが協働していく中で，どのようにうつへの取り組みと課題についてとらえているかは，彼ら自身の視点から分析していく必要があると考える。

そこで，本研究の目的を，高齢者の精神保健の

向上を目指して、地域包括支援センター職員によるうつに対する二次予防への取り組みと課題を明らかにし、今後、地域における高齢者のうつの二次予防を促進させるための示唆を得ることとした。

II 方 法

本研究の方法は、インタビューをもとにした質的記述的研究（グレッグ，2007）である。質的記述的研究とは、当事者の視点から現実を明らかにするために、文字データを帰納的に分析し記述する研究方法である。本研究にインタビューの手法を選択した理由は、当事者の視点から現実を明らかにするために適した手法であるからであり、質的記述的研究を選定した理由は、未だに明らかにされていない事象を明確にするためにふさわしい方法であると考えたからである。

1. フィールドと研究協力者

本研究では、研究協力の得られた都市部にある3つの自治体（A、B、C自治体とする）をフィールドとした。これらの自治体では、「うつ予防・支援」は生活機能評価の中での基本チェックストによる情報収集が中心で、うつに特化した予防活動は行われていなかった。うつの二次予防に関しては、東北地方を中心に先駆的な活動が報告されている（大野，2009）ものの、全国的に普及しているとは言えず、本研究のフィールドとした自治体はうつの二次予防に関して一般的な対応をしている自治体であると考えられる。研究対象のセンターは、介護保険担当部署からの紹介により地域性や活動内容、研究協力の意志に配慮した上で、A自治体では20カ所中6カ所、B自治体では39カ所中2カ所、C自治体では6カ所中3カ所が選定された。研究協力者は、これら計11カ所の常勤職員で同意の得られた者である。センターには原則として保健師（もしくは看護師）1名、主任介護支援専門員1名、社会福祉士1名が配置されているため、可能な範囲で1カ所につき3職種の職員から協力を得られるよう依頼した。

2. データ収集方法

インタビューの実施期間は2008年7月～2009年5月であり、一人につき一回ずつセンター内のプライバシーの守れる場所で行い、一回の時間は30～70分であった。インタビューガイドを参考に研究協力者の語りを重視した半構成的面接を行った。インタビューガイドには、軽うつへのイメージ、うつの二次予防への取り組み、基本チェックリストを用いたうつ把握の現状、診断を受けた人への関わり、うつ予防を促進させるためのアイデアを含めた。インタビューは、過去に質的研究の面接や分析の経験のある2名が中心に行った。インタビューと下記に述べる分析は並行して行い、分析した結果から手がかりをえて、次のデータ収集ではより焦点化した内容となるようインタビューガイドを発展させていった。研究協力者の理解を得てインタビュー内容をICレコーダーに録音し、インタビュー後に逐語録を作成し、インタビュー内容の要約や、その場の雰囲気、感じたことなどはフィールドノートに記述した。

3. 分析と記述

逐語録を繰り返し読み込み、研究協力者がうつに対する二次予防への取り組みと課題をどのように語り、受け止め、対応しているのかに留意しながら、意味のまとまりごとにコード名をつけた。情報やアイデア、感じたことなどをメモしながら洞察を深めた。共通するコードを統合してカテゴリー化し、カテゴリー間の関係を検討しながらカテゴリーを統合して中核カテゴリーを見出した。分析結果は、中核カテゴリーを【】、カテゴリーを《》で示して記述するとともに表にまとめた。これらの分析プロセスは研究者間で内容を繰り返し検討しながら洞察を深めた。分析結果を研究協力者に提示し意見を求めるとともに、質的研究者からのコンサルテーションを受けて内容を精錬し、研究の真実性（Holloway and Wheeler, 2006）を高めた。

4. 倫理的配慮

倫理的配慮として、研究者からインタビュー内容や、本研究に協力しなくても所属機関や自治体の担当部署との関係に何ら不利益を被ることはないこと、いつでも研究協力を撤回できることに付いて、口頭および文書で説明した。研究協力者から文書による協力への同意が得られた場合に、インタビューを実施するとともに、同意撤回書を渡した。

なお本研究は東邦大学医学部研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

III 結 果

1. 研究協力者の属性

はじめに研究協力者の属性を述べる(表1)。研究協力者の職種は、センターで名乗っている職種別にみると、看護師7名、社会福祉士7名、主任介護支援専門員8名の計22名であった。なお、主任介護支援専門員のうち二人は、一人が看護師資格を有し、一人が社会福祉士の資格を有していた。性別は女性19名、男性3名、年齢は30代9名、40代7名、50代5名、不明1名であった。職歴は、全員が、特別養護老人ホームや病院、訪問看護ステーションなど福祉・医療現場での勤務経験を有していた。職種間の役割分担は、権利擁護に係る問題は社会福祉士が行い、特定高齢者の事務を看護師が主に担当しているなど、職種による違いも多少あったが、うつを含めたその他の一般的な相談に関しては地区分担制やその時々業務量により判断するなど、職種間の違いは明確ではなかった。

2. 分析結果

分析結果を、うつに対する二次予防への1) 取り組みと2) 課題に分けてそれぞれ記す。なお、本研究のフィールドでは、職種に関係なくうつを含む相談に応じているため、分析結果についても、後述する一部を除き職種間の明確な違いは見出されなかったため、職種で区別せず報告した。

表1 研究協力者の属性

自治体	センターでの職種	性別	年代
A	看護師	女性	50代
A	看護師	女性	50代
B	看護師	女性	50代
A	看護師	女性	40代
A	看護師	女性	30代
A	看護師	女性	30代
C	看護師	女性	30代
C	社会福祉士	女性	50代
C	社会福祉士	男性	40代
A	社会福祉士	女性	30代
A	社会福祉士	女性	30代
A	社会福祉士	女性	30代
C	社会福祉士	女性	30代
B	社会福祉士	男性	30代
B	社会福祉士	男性	不明
B	主任介護支援専門員	女性	50代
A	主任介護支援専門員 (看護師資格あり)	女性	40代
A	主任介護支援専門員	女性	40代
A	主任介護支援専門員	女性	40代
B	主任介護支援専門員	女性	40代
B	主任介護支援専門員	女性	40代
A	主任介護支援専門員	女性	30代
A	主任介護支援専門員 (社会福祉士資格あり)	男性	30代

1) うつに対する二次予防への取り組み

センター職員による高齢者のうつに対する二次予防への取り組みを分析した結果、中核カテゴリーは、【生活を継続できるようサービスにつなげようとする】ことであり、3つのカテゴリーが抽出された(表2)。

(1) 《閉じこもりがちな人の情報収集》

うつの二次予防に関する情報収集においては、「うつの予防っていうところに意識はあまりしていないんですが、ただ閉じこもりにならないように」(30代、社会福祉士)というように、職員は「うつ」という疾病の有無よりも、「閉じこもり」という生活の状況を気にかける傾向にあった。1人暮らしで外に出たがらない人は、閉じこもり傾向があるため情報収集の際に注意するポイントになっていた。本研究では、軽うつに関するイメージについても質問したが、前述したように職員は

表 2 「地域包括支援センター職員からみた高齢者のうつに対する二次予防への取り組みと課題」
分析結果

	【中核カテゴリー】	《カテゴリー》	サブカテゴリー	
現状	【生活を継続できるようサービスにつなげようとする】	《閉じこもりがちな人の情報収集》	うつより閉じこもりを気にかける	
			一人暮らしの人に注意する	
			民生委員、家族、区の看護職（A自治体）から情報を得る	
			地域に入り込んで情報を得る	
		《言動と生活状況からのアセスメント》	言動と生活状況から判断する	
			生活を重視する（社会福祉士）	
			チェックリストの活用をためらう	
			チェックリストの表現、高齢者の理解、周知の問題	
		《サービスにつなげようとする》	閉じこもりがちな場合	福祉サービスに段階的につなげようとする
				本人の性格、理解、病気の影響でサービスにつながらない
				関わりが継続できなくても地域とつながっていられるようにする
			生活に支障があり受診が必要な場合	生活に支障がある場合受診をすすめる 病状が深刻な場合保健師に相談する 精神科への偏見を緩和する
課題	【うつに対応する難しさ】	《情報の得にくさ》	閉じこもっている人の情報はえにくい	
			必要な人に手が届かない不安全感	
			都市部では地域の交流が少ない	
		《判断の難しさ》	うつの判断が難しい	
			うつと認知症との判断がしにくい	
			うつの知識や技術を身につける必要性	
		《サービスつなぐ難しさ》	サービスを拒否されうつ手がない	
			紹介できるサービスがない	
			受診へつなげられない	
		《他の業務による忙しさ》	他の業務で忙しい	
			これ以上仕事を増やしたくない	
			他の部署や職員の関わりを希望	

うつという疾病よりも生活状況を気にかけていたため、軽うつに焦点をあてて語られることは少なかった。情報収集のキーパーソンには、民生委員、家族、A自治体の場合は自治体の看護職や区で雇い上げた訪問看護師が挙げられていた。センターの看護職と自治体の看護職との定期的な会合があり、そこで情報交換がなされていたり、A自治体では非常勤の訪問看護師が、特定高齢者の中でも

特にチェック項目数が多い家庭を訪問し継続的な関わりが必要な人をセンターに紹介していた。また、キーパーソンからの情報を待つだけではなく、老人クラブの集会に参加して虚弱高齢者の情報を得たり、町会の人たちと街づくりのマップ製作を通してうつで困っている人の情報をえるなど地域に入り込んで情報を把握しようとしている人もいた。

(2)《言動と生活状況からのアセスメント》

職員によるうつのアセスメントでは、基本チェックリストのうつの部分ではなく、高齢者の言動と生活状況の観察によってうつに関する判断が行われていた。職員は、「(チェックリストの)数っていうよりも全体的に見て、ちょっとはお話を聞いて、ちょっとこう後ろ向き発言が多い方などは、閉じこもりにならないように」(30代、社会福祉士)と、自らの経験や知識を頼りに高齢者の言動や生活状況から介護保険サービスや治療につなぐ必要があるかどうかを判断していた。これらの判断は個人差が大きく、精神科に受診していることを当人から聞いた場合に限ってうつ傾向があると判断する職員もいれば、相談や家庭訪問時における高齢者の言動や家庭内の生活状況から以前との変化やうつ傾向を鋭敏に察知する職員もいた。高齢者のうつ傾向を鋭敏に察知する職員によるうつ傾向を捉えるポイントは、言動に関しては、『でも、どうせ』とか、『できないし』とか(30代、社会福祉士)という後ろ向きな発言や、身なりを気にしなくなることなどであった。生活状況に関しては、食事や睡眠の乱れ、家庭の整理整頓、花壇の手入れの変化など職員が訪問を継続しているからこそ気づくことが含まれていた。

3職種の中でも社会福祉士は自分たちの職種の特徴として生活を重視していることを強調する人が複数おり、その人の病気よりも生活が成り立つことに重点を置き、時間をかけて信頼関係を形成しながら相談関係を作ろうとしており、基本チェックリストによって病気を早期発見するというアプローチと自分たちのアプローチは異なるものであると考えていた。30代の社会福祉士は、以下のように語っていた。

「私たち(社会福祉士)は割にこう生活、その病気があったと(しても)、うつだってもいいじゃんみたいな感じなんですわね、引きこもってたとしてもその人たちの生活は成り立ってれば、特に問題はないんじゃないかと、その無理に病気、病気というよりも生活なんだろうなっていうふうに思っているの。」

基本チェックリストのうつの部分に関しては、「あれ(基本チェックリスト)に頼っちゃうとかえって危険ていうか」(30代、社会福祉士)とアセスメントとしての活用をためらう意見が聞かれた。活動をためらう理由として、①基本チェックリストの質問の表現に問題があること、②うつ項目に対する高齢者の理解に問題があること、③チェックリストやうつの高齢者への周知に問題があることが上げられていた。①まず、質問項目の問題として、「人の役に立たない」のような表現は職員にとって「こんなこと聞いちゃ悪いんじゃないか」(40代、社会福祉士)と高齢者に侵襲的であると感じられダイレクトに質問することができないため、質問を飛ばしたり、別の表現に言い換えたりしていた。②高齢者の質問項目への理解の問題としては、高齢者は基本チェックリストのうつ項目に書かれている「ここ2週間」を見逃してしまいがちで、退職した人の中には自分のことを「役に立たない」と考えてしまうことがあげられていた。結果的に「会う人、会う人、みんなうつっていうと必ず引かかるんだもん」(社会福祉士)と、2項目以上に該当する人が多すぎてスクリーニングとして機能することが困難であると受け止められていた。③また、チェックリストやうつの周知の問題も認められていた。チェックリストにうつ項目が含まれていることが高齢者に十分周知されていないので、2項目以上に該当していたとしても、本人はうつのチェックをされたという認識がない。さらに、精神疾患への偏見もあり、自分にうつ傾向があることを認めにくい。そのため職員は、高齢者本人にうつ傾向のあることを伝えることで、高齢者との信頼関係を破綻させてしまうことを危惧していた。40代の主任介護支援専門員は、以下のように語っていた。

「(チェックリストの結果上、高齢者にうつ傾向があることを)中々そうやって率直にっていうんですかね、できない(言えない)でいますね。(高齢者のうつが)危ないなって思っているから、すごく気をつけますけど、その方に接するときは、それで何かきっかけがあれば言ってみようかなっ

ていうのはいつも常に思ってますけど、だからといって例えば基本チェックリストを持ってとか、説明をした上で病院に行きませんかと言ったりはしませんね。(言わない理由は)おそらく関係を崩しますね。この人はそういう目で私をみていたのかって。」

このような経験からセンター職員は、基本チェックリストを参考程度に位置づけ、うつに関する質問項目で2項目以上該当する高齢者に対して二次アセスメントを実施することはなく、チェックリストの結果で専門機関の相談につながることもなかった。

(3)《サービスにつなげようとする》

要支援者へのケアマネジメントが業務の多くを占めるセンター職員は、「私たちは、つなげるっていることが大きな役割なので」(30代、社会福祉士)と多様な介護保険サービスを組み合わせ「つなぐ」ことを業務の中核と捉えており、うつの二次予防でもうつ傾向のある人を福祉や治療などのサービスにつなげようとしていた。サービスへのつなげ方は、①高齢者が閉じこもりがちの場合と②生活に支障があり受診が必要な場合で異なっていた。

①まず、閉じこもりがちの場合、職員は、生活の継続という観点から閉じこもりの人を、医療ではなく介護あるいは介護予防サービス、一般高齢者施策などの福祉サービスに段階的につなごうとしていた。閉じこもりがちな人は、外に出たがらず、人と接するのを好まず、さらに福祉サービスを利用したがないという。そのため職員は、本人の意向に添いながら、「(ヘルパーの導入によって)まず家の中での生活が安定して、次に外に出るきっかけをつくる」(30代、看護師)というように訪問サービスから通所サービスへと段階を踏んだつなげ方をしていた。しかし、本人の性格や理解力、うつ症状自体の影響もあり福祉サービスにつながらない場合も多いのが現状であった。特に一般高齢者の場合は、介護保険サービスなどの利用を理由に関わるきっかけがないため、本人の希望がない限り、職員側が気にはなっていないも継

続して関われない場合が多かった。30代の社会福祉士は「閉じこもりがちとかチェックしてるけど、(本人が)グループには参加したくないみたいな、既にその時点で拒否があったりすると、また新しいきっかけがなければ入りにくいですかね」と語っていた。関わりが継続できない場合、家族や近隣のサポートが少ない高齢者には、「訪問の帰りに家の周りの様子をみたり」(30代、看護師)のように遠巻きに見守る、家族や民生委員に連絡する、外出できる場の情報提供など高齢者が地域と何らかの形でつながってられるように様々なアプローチを試みていた。しかし、「まあ言い方悪くすればそのまんま」(30代、主任介護支援専門員)になることもあった。

②「ほんとに生活そのものができていないような方たちの場合」(40代、主任介護支援専門員、社会福祉士)というように、うつによって食事もとれないなど生活に支障のある場合、もしくは本人が困っている場合に、受診をすすめていた。うつ症状が深刻な場合に、自治体保健師と定期的な会合などで交流の多いセンター職員は保健師に相談していたが、交流の少ない自治体のセンター職員は相談していなかった。本人や家族の精神科への偏見もあるため、「そちら様だけ特別な状況じゃないんですよ」(40代、主任介護専門員)と、うつは誰でもかかりうる病気であることを説明したり、主治医から受診を勧めてもらうなどの方法で、偏見を緩和させ精神科につないでいた。高額所得者の多い地域では往診医の活用も行われていた。しかし、本人に病識がなかったり受診を拒否しているため、受診が必要な状態でありながら受診に至っていないケースもあった。

2) うつに対する二次予防の課題

職員によるうつに対する二次予防の課題に関する中核カテゴリーは、【うつへ対応する難しさ】であり、取り組みについての分析結果と関連する以下の4カテゴリーが抽出された(表2)。

(1)《情報の得にくさ》

二次予防の取り組みの項でみたように、センター職員は様々な機会を捉えて《閉じこもりがち

な人の情報収集》をすることで、うつ傾向にある人の把握を試みていた。しかし、「人が集まる所に行けない人たち。するとうつっぽい人たち。そういう人が拾えないの」(社会福祉士)という発言にみられるように、情報収集には限界があった。うつ傾向のある人は外に出たがらなかったり介護予防などのプログラムへの参加を好まなかったり、他者とのコミュニケーションをとりたがらず閉じこもりがちであるため情報を得にくいと理解されていた。また周りの人たちにうつが理解されていないため対象者の情報が得にくいことも指摘された。これらによって「いつも声かけるんですけど」(50代、看護師)と町会の人たちに困っている人の情報を教えてもらうなどの努力をしているにも関わらず、本当に援助の必要な人に手が届いていない不安全感が職員にはあった。特に調査フィールドとした都市部では地域住民間の交流が少ないため、ますます、援助の必要な人が潜在化する可能性が指摘されていた。

(2)《判断の難しさ》

アセスメントにおいて職員は、「明らかにこう半身不自由になりましたとか、足引きずって歩くようになってしまったとか、眼で見てわかることであればいいんですけど」(40代、主任介護支援専門員)と、うつ症状を現象として把握し判断することの難しさを認めていた。また、「うつなのか、初老期の痴呆なのか、ちょっと分からないです」(40代、主任介護支援専門員)と、うつ症状と認知症との違いがわかりにくく困っていることも述べられていた。この現状に対して職員は、「具体的にどういった対応をしたらいいのかっていうのをもちろん自分たちの中で勉強して、深く知っていくってことになると思うんですね」(30代、社会福祉士)と、うつに関する知識や理解、対応技術が不十分なのでそれらを身につける必要があると感じていた。

(3)《サービスにつなぐ難しさ》

センター職員は、うつの可能性のある人をサービスにつなぐ難しさを感じていた。うつの可能性のある人として把握した閉じこもりの人は、サー

ビスを勧められても受け入れない場合が多いという。本人の意志は時に職員の働きかけに対する強い拒絶であり、「独り暮らしでサービスも一切入らない、人が来るのも嫌だ、そういう人もたくさんいるんですよ。すごく困っているんですよ。だけでも、こうしたほうがいいなと思っても、こちらが入り込めない」(50代、看護師)ような状況もあった。サービスにつなぐことを拒否された職員は、うつ手がないと感じていた。

職員がつなごうとするサービスは、主に介護予防サービスなどの福祉サービスであった。しかし身体、口腔、栄養に焦点をあてたサービスがうつの人に相応しい訳ではないので、しばしばうつ予防には「つなげるパーツがない」(40代、看護師)と、うつの人に紹介できるサービスがないと認知されていた。

生活に支障が生じているうつの可能性の高い人に対して、職員は医療機関につなごうとしていた。しかし、彼らの病識の欠如や精神疾患として治療を受けることに対する心理的抵抗のために、「(受診を)拒否している場合にはもうどうしようもない」(40代、介護支援専門員)というように、受診につなげられない経験をしていた。治療あるいは介護予防サービスへのこうした態度を本人とともに家族が共有することもあって、職員はいつそうサービスにつなぐ難しさを感じていた。

(4)《他の業務による忙しさ》

情報収集、アセスメント、支援までの全プロセスを通じた課題として、要支援者のケアプラン作成など、うつ予防以外の業務の忙しさによるうつの対応への難しさが挙げられていた。「(うつ対策を)予防プランで絶対やってくださいってなっちゃうと、それは業務が増えるから嫌だなあっていう思いがあるんですけれども」(30代、社会福祉士)と、これ以上仕事を増やしたくないという思いもあった。そのため、うつ予防は、例えばうつ専門の看護師に担当してもらうなど、他の部署や職員の関わりを希望していた。

IV 考 察

本研究では、2006年の介護保険改正以降、介護予防の重要な柱の一つとして掲げられながらもその現状が明らかにされていなかった地域包括支援センターにおけるうつへの二次予防への取り組みと課題について職員の視点から分析した。

1. うつの二次予防への取り組み

1) うつの二次予防への取り組みの特徴

分析の結果、取り組みの中核カテゴリーは【生活を継続できるようサービスにつなげようとする】ことであった。職員は、疾病としてのうつよりも生活の状況としての《閉じこもりがちな人の情報収集》を重視し、基本チェックリストを活用するのではなく自らの経験と知識を頼りに援助が必要な人かどうか《言動と生活状況からのアセスメント》をし、閉じこもりがちであったり生活に支障があり受診が必要な人に対し、本人の意向にそって生活が継続できるように《サービスにつなげようとする》ことに力を注いでいた。

地域包括支援センターは、高齢者を中心とした地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行う機関（厚生労働省、2007）であり、地域の高齢者が生活を継続できるように支援することは機関の使命でもあると言える。また、東京都福祉保健局（2009）が地域包括支援センターを対象に行った調査では、成果を上げている業務として総合相談業務通常、関係機関との連携構築が上げられていた。職員は、地域の高齢者から相談を受け、関係機関と連携しながら必要なサービスへつなげていく業務を活動の中心に据えており、分析結果から、うつに関しても同様にサービスにつなげてサポートしようとする姿が浮かび上がってきた。しかし下記に述べるように、うつへの対応は、【生活を継続できるようにサービスにつなげようとする】という取り組みでは必ずしもうまく機能しているとは言えない。

2) 生活重視の視点

うつ予防・支援マニュアル（改訂版）では、二

次予防活動は、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うこと（大野、2009）と、うつの可能性が疑われた高齢者に市町村等が行う心の健康相談を勧めることであると述べられている（大野、2009）。しかし、本分析結果では、職員は生活重視の視点を有し、閉じこもりがちな人に注目する一方で、基本チェックリストは参考程度にしか活用していなかった。さらに、高齢者にうつの可能性があっても自治体への連絡には地域差があった。

生活重視の視点は、社会福祉士にその傾向が強くみられた。社会福祉士は、なんらかの生活上の困難を抱える人々が能力に応じて自立した生活を営むことができる（空閑、2009）ように支援を行う。この視点は、職種の違いにかかわらず重要である。しかし、うつで生活の継続が困難な状態になってから《サービスにつなげようとする》のでは遅すぎる場合が少なくない。支援が開始されるまでに、精神的苦悩が続くという問題があり、生活の支障とは別に自殺のリスクが高まる。うつによりADL低下が引き起こされ、また生活習慣病が進行する可能性がある（大野、2009）。疾病としてのうつには早期発見が必要である。

3) 基本チェックリストを活用した二次予防の推進

職員は、うつではなく《閉じこもりがちな人の情報収集》に力を注ぐとともに、《サービスにつなげようとする》ターゲットは生活に支障のある人たちとともに閉じこもりがちな人であった。しかし、うつの人には閉じこもりではない人が少なくない。フランスの高齢者において、精神運動抑制（焦燥を含む）のない人が大うつ病でさえ約1/3認められた（Corruble et al., 2008）。閉じこもり以外のうつの人々の把握には、かかりつけ医への受診時や郵送法で実施される基本チェックリストが貢献する可能性があり、有効活用すべきであろう。海外では一般住民を対象としたスクリーニングがうつを発見し治療に結びつける効果のあることが報告されている（Greenfield et al., 1997）。日本でも高齢者の自殺予防という観点から東北地方を中

心に地域におけるうつ病のスクリーニングが実施され効果の可能性が示されつつある (Oyama et al., 2008)。

しかし、基本チェックリストはうつ病の二次予防にほとんど活用されていなかった。その理由として、チェックリストの質問の表現が高齢者に侵襲的であることや、高齢者の理解に問題がありチェックリストのうつ項目を2項目以上チェックする人が多すぎることなどが挙げられていた。チェックリストの質問項目は感度を高めるよう作られ、「人の役に立たない」のような質問は、うつ病による自己評価の低下を捉える必要から採用されたはずである。スクリーニングで病を発見されたうつ病患者の視点に基づく質的研究では、研究に協力したほとんどの患者はうつ病のスクリーニングを必ずしも否定的にはとらえていなかった (Wittkamp et al., 2008)。また、うつ項目を2項目以上チェックする人が多すぎることは、偽陽性が多くなることを示す。偽陽性を小さくするには、チェックリストの意義や「最近2週間以上続いている場合」という回答の方法を高齢者が理解できるよう促すとともに、チェックリストを単独ではなく、二次アセスメントと組み合わせて用いることが有効となるであろう。

今後、地域における基本チェックリストを活用した高齢者のうつ病の二次予防を促進させるためには、職員の生活重視の視点を大切にしながら、スクリーニングの意義や基本チェックリストと二次アセスメントの役割についての知識やアセスメント技術を向上させスクリーニングの効果的な活用を促す必要がある。

他方で、基本チェックリストの質問項目が高齢者に侵襲的であることからなどからチェックリストがほとんど活用されていないことは、報告されている基本チェックリストのスクリーニング特性 (Fujisawa et al., 2005) と現場での実感との乖離を示している可能性もある。《言動と生活状況からのアセスメント》はスクリーニングに対して補完的に機能しうる。その実践成果を蓄積することは、スクリーニング法の改良に寄与するかもしれ

ない。

さらに「うつ予防・支援マニュアル」では、うつ病の可能性が疑われた高齢者に市町村等が行う心の健康相談を勧める (大野, 2009) とされているものの、現実には心の健康相談には結びついていなかった。自治体保健師とセンター看護職との交流が多い自治体では、センター職員はうつ症状の深刻な高齢者について保健師に相談していたが、交流の少ない自治体では相談していなかった。日頃からセンターと自治体とのネットワークづくりをすすめるなど連携強化が必要であろう。

2. うつ病の二次予防の課題

1) うつ病の二次予防の特徴

うつ病の二次予防の課題に関するカテゴリーは《情報の得にくさ》、《判断の難しさ》、《サービスの得にくさ》、《他の業務による忙しさ》であり、中核カテゴリーは、【うつ病に対応する難しさ】であった。これまでの研究では、地域で高齢者ケアを行うスタッフはうつ病を死別、老化、施設への移転に伴う自然な現象ととらえてしまう (Davison et al., 2009) ことなど、地域で高齢者ケアを行うスタッフのうつ病の判断が難しさが明らかになっている。本研究では地域包括支援センター職員のうつ病の二次アセスメントへの課題として、うつ病への《判断の難しさ》のみならず、《情報の得にくさ》や《サービスへつなぐ難しさ》が見出されている。うつ病への判断、情報収集、サービスへのつなぎという一連の支援プロセスにおける【うつ病に対応する難しさ】を明らかにしているところに本研究の特徴があると言えよう。さらに、うつ病への判断、情報収集、サービスへのつなぎは、支援プロセスにおける職員や、住民側の課題であり、他方でもうひとつのカテゴリーである《他の業務による忙しさ》は、うつ病以外の事業の多忙さに起因するうつ病への対応の難しさという業務のシステム上の課題であった。これらの複合的な課題がいま中核カテゴリーである【うつ病に対応する難しさ】をもたらしていた。

2) うつに対応する難しさの要因と対応

センター職員にとって、うつは現象がつかみにくく、把握するために専門的知識を必要とする分野と認知されていた。職員は、知識不足を背景に、うつ症状のアセスメントに《判断の難しさ》を感じていた。このことがうつの二次予防の取り組みの特徴である《閉じこもりがちな人の情報収集》に職員を向かわせている一因であろう。閉じこもりの概念はうつに比べれば現象として直感的に理解しやすい。閉じこもりがちな人の情報を、職員はセンターの外に出て、民生委員などの人的資源を通して、あるいは住民組織に入り込んで把握しようとしていた。うつのために閉じこもりとなっている人の情報は職員のもつネットワークには挙がってこないという《情報の得にくさ》があり、努力の割にうつの人にサービスが届かないという不全感が職員には認められた。《閉じこもりがちな人の情報収集》に力点をおく二次予防自体が職員に【うつへ対応する難しさ】という感覚を与えている可能性がある。しかし閉じこもり以外のうつを、基本チェックリストと二次アセスメントという、現状ではあまり活用されていないスクリーニングを適切に活用することによって把握し、二次予防ができれば、職員の無力感の改善にも貢献するのではなかろうか。なぜならば閉じこもり以外のうつも現在は援助が必要なのに手が届いていない人達だからである。こうしたアプローチがすべて行われても援助の手の届かない人達は残るであろう。そのような潜在化したうつの人達にどう接近するかが、住民間の交流の少ない都市部では特に大きな課題であろう。

支援対象者がうまく把握された後の課題が《サービスにつなぐ難しさ》であった。職員は、医療という介入よりも介護予防などの福祉サービスによって生活を継続させたいという思いから、閉じこもりの人を医療よりも介護サービスにつなごうとする傾向があった。しかし閉じこもりの人は、情報のネットワークに挙がっていないだけでなく、サービスも避ける傾向があった。しかしそもそもこうした施策には、閉じこもりの改善によ

るうつ病発症に対する一次予防的効果の可能性はあるが、うつ病自体の改善に有効であるというエビデンスはない。そのことに気づいている職員もいた。ついには、職員は、うつ予防にはつなぐべきサービスがないとまで感じていた。こうしたこともスクリーニングに消極的な態度に結びついていると考えられる。

うつには、自治体の心の健康相談や医療機関というつなぐべきサービスがある。医療機関での治療によってうつ病は改善する。しかし、本人の意志や病識、精神疾患の病名を受け入れることへの心理的抵抗がうつ病の可能性のある人を医療に「つなぐ」ことを難しくしていると職員は感じていた。スクリーニング自体には正の評価を与えたうつ病の人が、うつ病の診断を受けることには抵抗を示すことが報告されている (Greenfield et al., 1997)。我が国では、気分障害に罹った人の7割が受診や相談行動をとったことがないと報告されている (川上ほか, 2003)。うつの人を受診や相談につなげることは、大きなチャレンジである。民生委員など地域のゲートキーパーとなる人たち・組織や市区町村・保健所などの相談窓口とが連携体制を保つ (栗田, 2009) ことにより相談機能を強化する必要がある。さらにこの課題は、二次予防だけでは解決しない問題である。精神疾患に対する偏見がなくなることが受診へのハードルを下げる上で重要となるので、自治体ぐるみで一般の人たちへのうつに対する理解を促進する一次予防的活動もあわせて行うことが重要である。

アセスメントから支援までの全過程を通じた課題は《他の業務による忙しさ》であった。職員は、要支援者のケアプラン作成などで多忙のためうつ対策には手がまわらないと感じていた。センター職員の負担増大 (山口・古村, 2008) も指摘されている。その中で、必須業務ではないことにまで自発的に手を広げるのは困難であり、これ以上仕事を増やしたくない、というのがうつ予防に対する職員の本音であろう。これらは個人の問題ではなく、システムの問題である。マンパワーや財政面も含めた実現可能なうつ対策のシステムを整え

る必要があろう。

V 結 語

本研究では、2006年の介護保険改正以降、介護予防の重要な柱の一つに掲げられながらも現状が明らかにされていなかった地域包括支援センターにおけるうつに対する二次予防への取り組みと課題について職員の視点から質的記述的に分析した。対象として、3自治体、9カ所のセンター、22名の職員から協力を得た。分析の結果、職員によるうつに対する二次予防への取り組みの中核カテゴリーは、【生活を継続できるようサービスにつなげようとする】ことであり、生活重視の視点が特徴であった。課題の中核カテゴリーは【うつへ対応する難しさ】であった。今後、地域におけるうつの二次予防を促進させるための示唆として、職員の生活重視の視点を大切にしながら二次予防に関する知識・技術を向上させること、センターと自治体や地域の組織などとの連携強化、うつについての知識を地域で広げることやうつ予防が実現可能なシステムの整備など一次予防をあわせて行うこと、が得られた。

謝辞

本研究にご協力いただきました自治体の皆様、地域包括支援センター職員の皆様、ならびにご助言いただきました皆様に心よりお礼申し上げます。

なお、本研究は財団法人日本健康倶楽部の受託を受け、平成20年度厚生労働省老人保健健康増進等事業等の助成金により実施した。

文 献

- Corruble E, Gorwood P and Falissard B (2008) Association between age of onset and symptom profiles of late-life depression, *Acta Psychiatr Scand*, 118, 389-394
- Davison TE, McCabe MP, Mellor D, et al. (2009) Knowledge of late-life depression: an empirical investigation of aged care staff, *Aging Ment Health*, 13, 577-586
- Fujisawa D, Tanaka E, Sakamoto S, et al. (2005) The development of a brief screening instrument for

depression and suicidal ideation for elderly: the Depression and Suicide Screen, *Psychiatry Clin Neurosci*, 59, 634-638

Greenfield SF, Reizes JM, Magruder KM, et al. (1997) Effectiveness of community-based screening for depression, *Am J Psychiatry*, 154, 1391-1397

グレッグ美鈴 (2007) 質的記述的研究, グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江編, よくわかる質的研究の進め方まとめ方-看護研究のエキスパートをめざして, 54-72, 医歯薬出版 (東京)

Holloway I and Wheeler S 著, 野口美和子監訳 (2006) ナースのための質的研究入門第2版, 医学書院(東京)

川上憲人, 大野裕, 宇田英典ほか (2003) 地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究: 3地区の総合解析結果, 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業) 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 分担研究報告書

警察庁生活安全局地域課 (2008) 平成19年中における自殺の概要資料, http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki10/h19_zisatsu.pdf

菊池和則 (2007) 地域包括支援センター実態調査からみえるもの, 総合ケア, 17 (10), 85-90

厚生労働省 (2007) 地域包括支援センターの手引き, <http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/03/tp0313-1.html>

空閑浩人 (2009) ソーシャルワーク入門: 相談援助の基盤と専門職, ミネルヴァ書房 (東京)

栗田圭一 (2009) うつ予防・支援からみた高齢者のこころの健康と地域社会の創造, 老年精神医学雑誌, 20, 547-553

大野裕 (2007) 高齢者のうつ病, i-iii, 金子書房 (東京)

大野裕 (2009) 介護予防事業におけるうつ予防の意義, うつ予防・支援マニュアル (改訂版), <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1i.pdf>

Oyama H, Aakashita T, Ono Y, et al. (2008) Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk: a meta-analysis of evidence from Japan, *Community Ment Health J*, 44, 311-320

東京都福祉保健局 (2009) 地域包括支援センターに関する実態調査 (概要版), <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/shisaku/kikangata/tyuukanmatome/files/3-1.pdf>

Wittkamp KA, Zwieten MV, Smits FTh, et al. (2008) Patients' view on screening for depression in general practice, *Fam Pract*, 25, 438-444

山口淑恵, 古村美津 (2008) 地域包括支援センターの基本機能に関する質的研究による課題の抽出, 日本看護福祉学会誌, 13 (2), 87-95

(受稿 2010. 2. 15; 受理 2011. 8. 5)