

閉じこもり・認知機能低下・
うつ予防・支援

第6章 閉じこもり・認知機能低下・うつ予防・支援

～ 交流通じて”脳イキイキ”、『おやっ』と思ったら早期対応 ～

1 介護予防とは（介護予防の目指すもの）

（1）閉じこもり・認知機能低下・うつ予防に関わる医学的視点から

ア 老化現象とは

人は加齢とともに心身機能は低下し、要介護状態となりますが、これは老化と廃用によるものです。老化は加齢の最終段階です。即ち、細胞や個体の機能が衰退し、細胞の機能が失われていく過程であり、最終の出来事は「死」です。

イ 廃用（生活不活発病）とは

廃用とは、安静や骨折などによる固定などによって生じる心身の機能低下です。精神機能としては活動意欲の減退や知的活動性の低下が生じ、身体機能としては筋力低下、関節拘縮、骨萎縮、神経機能低下などがみられます。最近では「廃用」より生活不活発病と称されることが多いです。高齢者の廃用は、高齢者が種々の原因で閉じこもりがちになることで、生活が不活発になることから生じてきます。

高齢者が老化に伴って運動機能が低下すると、高齢者本人の自信や意欲まで低下し、閉じこもりがちになり、運動量も低下し廃用がみられるようになります。このように、老化と廃用の悪循環が生じて、運動量がますます低下していきます。

介護予防の目的は、このような老化と廃用の悪循環を断ち切り、「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと」、そして「要介護であってもその悪化を出来る限り防ぐこと」です。

（2）介護予防の目標

介護予防の目標は、運動機能や栄養状態の改善でもたらされる心身機能の改善のみにとどまるものではありません。介護予防では、心身機能の改善や環境調整などにより、個々の高齢者の生活行為（活動レベル）や参加（役割レベル）の向上をもたらし、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援することによって、高齢者の生活の質（QOL）の向上を目指さなければなりません。

「閉じこもり・認知機能低下・うつ予防」プログラムは、文字通り、「閉じこもり」、「認知機能低下」、そして「うつ」の発生予防やそれらの病態の悪化予防を目的としたものです。このうち、閉じこもりは認知機能低下およびうつの発生の重大な危険因子の一つであるため、「閉じこもり」予防が認知症およびうつの発生予防や病態の悪化予防に大きな効果を与えます。さらに、閉じこもりは、他の介護予防が対象とする病態、即ち、低栄養、口腔機能低下、運動機能低下の背景になるものでもあります。よって、「閉じこもり」予防・支援は介護予防事業のなかでも重要なものであると考えられます。

2 「閉じこもり・認知機能低下・うつ予防」対応策（フローチャート図）

（１）「閉じこもり・認知機能低下・うつ予防」対応策のフローチャート図の見方

基本チェックリストで「閉じこもり項目（16・17）」「認知症項目（18～20）」「うつ項目（21～25）」について、チェックがついた場合は、それぞれ二次スクリーニング¹を行います。

（２）継続的な支援方法

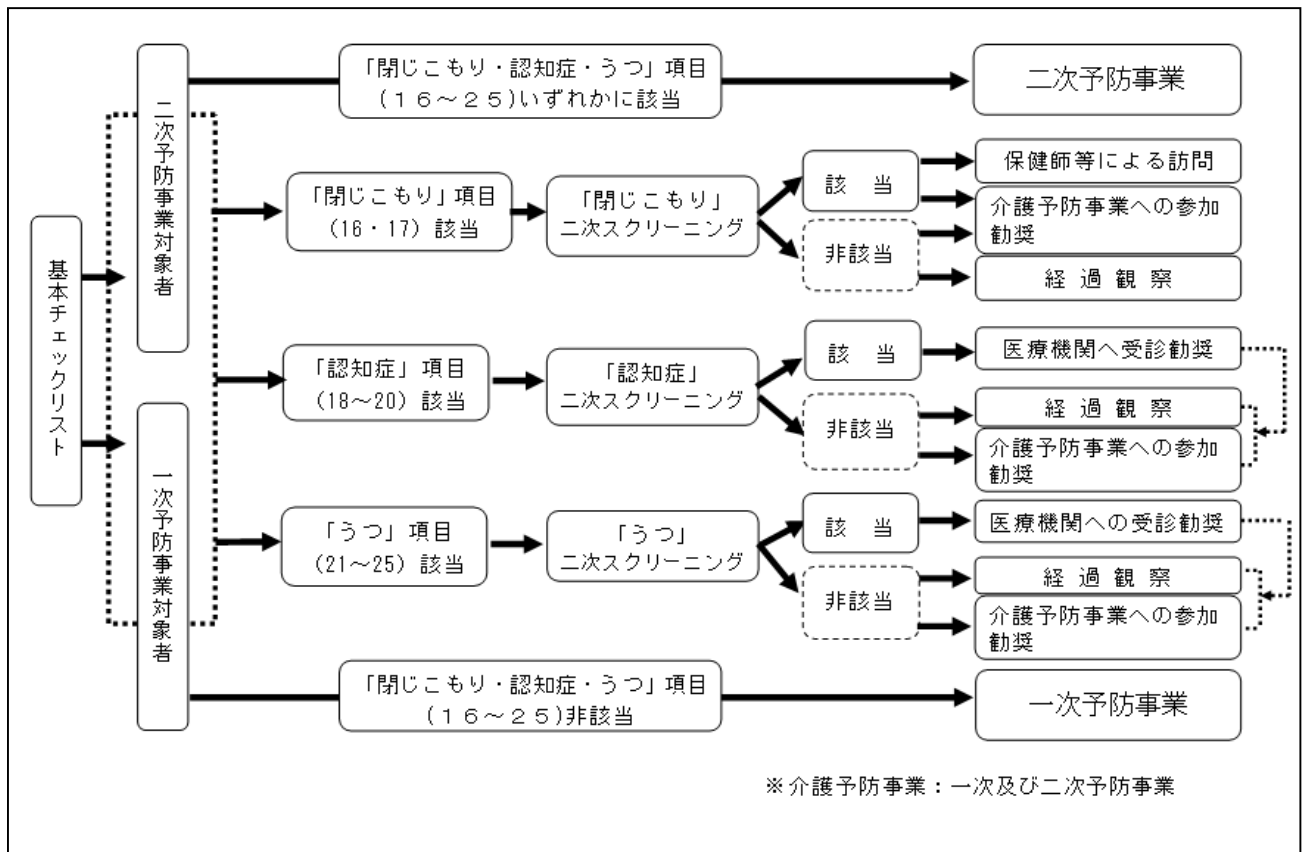
結果によって、次の事業や関連機関につなぎ、継続的な支援を行います。

ア 予防の観点から

- ・ 一次予防事業へ
- ・ 二次予防事業へ
- ・ 市町村の実施する保健事業へ
- ・ 地域活動（インフォーマルな事業等）へ

イ 医療ニーズが高い場合は医療機関へ

図表 6-1 閉じこもり・認知機能低下・うつ予防対応策（フローチャート図）



¹ 二次スクリーニング：二次スクリーニングのチェック表等は、項目ごとに別途説明します。

3 「閉じこもり」予防・支援

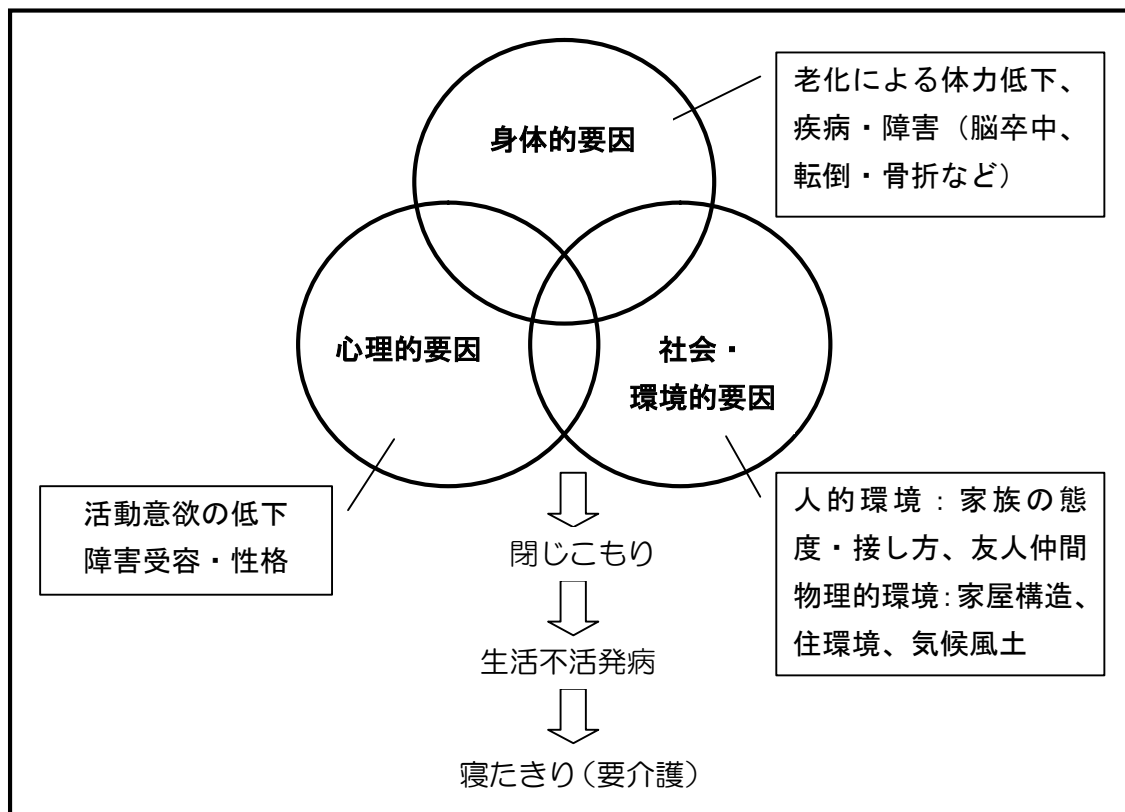
(1) 「閉じこもり」とは

- ・ 1日30分以上の外出の頻度が週1回以下（介護保険認定項目・生活機能評価のチェックリスト項目）
- ・ 「家の中から出られる状態であるにもかかわらず、家から外に出ない状況」であり、かつ「社会的な関係性が失われている状態」（鳩野）などと定義されています。

(2) 「閉じこもり」の要因（リスクファクター）と位置付け（他の状態との関係）

図表6-2のように要因として「身体的要因」、「心理的要因」、「社会・環境的要因」が考えられ、重複している場合もあります。閉じこもり状態になり長期にわたると生活不活発病（廃用症候群）となり、寝たきり状態（要介護状態）となると考えられます。

図表6-2 閉じこもりの要因と位置づけ



【竹内孝仁：閉じこもり，閉じこもり症候群，介護予防研修テキスト，社会保険研究所，東京，2001，128-140，一部加筆】

リスクファクターとして図表6-2に示したとおりですが、各々の主な要因として次のようなこと考えられます。

「身体的要因」・・・生活習慣病、脳卒中、転倒による骨折、関節リウマチなど。

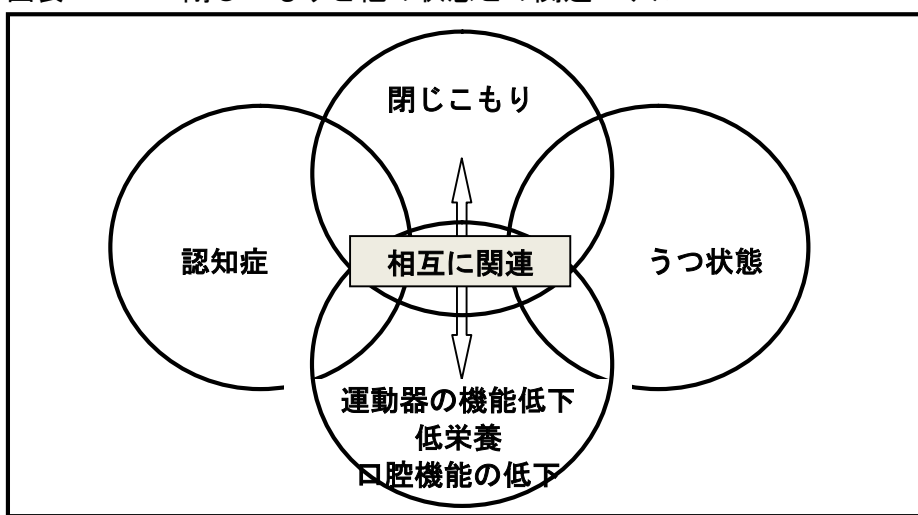
「心理的要因」・・・ 人嫌い・頑固・無口などの性格や老化による防衛機制²としての否認や退行など。

「社会・環境的要因」・・・ 友人・仲間が少ない、近所の人家が遠い、冬は外が寒い、道が凍る、家がバリアフリーではないなど。

また、図表6-3で、他の状態との関係が示してあります。

“閉じこもり”から、認知機能の低下、うつ、運動能力の低下、栄養状態の悪化、口腔機能の低下などが進行していくため、閉じこもり予防・支援はもっとも大切であると考えられます。

図表6-3 閉じこもりと他の状態との関連モデル



【介護予防マニュアル改訂版, 2012, 98】

(3) 「閉じこもり」のアセスメントの実施方法と注意点

ア 実施手法と注意点

(ア) 一次アセスメント

基本チェックリストNo.16、17が“閉じこもり”の項目です。ここで閉じこもりの可能性がある場合は二次アセスメントを行います。

(イ) 二次アセスメント

図表6-4、6-5に示す閉じこもり評価のための質問票とその使い方を参考にしてその重症度を測定します。この図表6-4、6-5はプログラム実施後の事後アセスメントにも使用出来ます。

イ 評価の際の注意点

評価の妥当性、信頼性は確立されておらず、あくまで目安として用い、予防事業後少しでも生活範囲が広がり、生き甲斐や楽しみが出てくれば効果があると考えていいと思われま

²防衛機制：精神分析学の用語で、意識的安定を保つ無意識的な自我の働きで、自分を守ろうとする心理機制。たとえば、不快や葛藤など自分の都合の悪いことを意識から排除する「抑圧」、代わりに物で満足する「置き換え」などがあります。

図表6-4 閉じこもり評価のための質問票（案）

閉じこもり予防・支援のための二次アセスメント票（例）

対象者氏名（ （ 年 月 日生		評価者氏名（ （ 年 月 日 歳）	
<p>〈外出頻度〉</p> <p>1. 週に1回以上 2. 月に1回以上 3. 月に1回未満 どのようなことがあったら、外出しますか。 （催し物、行事、サービス、集まり、など） （ ）</p>		<p>事前アセスメント</p> <p>（平成 年 月 日）</p> <p>1. 2. 3</p>	<p>事後アセスメント</p> <p>（平成 年 月 日）</p> <p>1. 2. 3</p>
<p>〈手段的自立（IADL）〉</p> <p>1. バスや電車を使って一人で外出できますか 2. 日用品の買い物ができますか 3. 自分の食事が用意できますか 4. 請求書の支払いができますか 5. 銀行預金、郵便貯金の出し入れができますか</p>		<p>事前アセスメント</p> <p>1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ</p>	<p>事後アセスメント</p> <p>1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ</p>
<p>〈知的能動性〉</p> <p>6. 年金などの書類が書けますか 7. 新聞を読んでいますか 8. 本や雑誌を読んでいますか 9. 健康についての記事や番組に関心がありますか</p>		<p>1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ</p>	<p>1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ</p>
<p>〈社会的役割〉</p> <p>10. 友達の家を訪ねることがありますか 11. 家族や友達の相談にのることがありますか 12. 病人を見舞うことができますか 13. 若い人に自分から話しかけることができますか</p>		<p>1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ</p>	<p>1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ</p>
<p>〈生活体力指数〉</p> <p>14. 歩行や外出に不自由を感じますか 理由（疾病、痛み、尿漏れ、目、耳、家の周囲 等） 15. イスから立ち上がる時、手の支えなしで立ち上がりますか 16. 最近、つまずきやすいですか（易転倒性）</p>		<p>0. はい 1. いいえ 1. はい 0. いいえ 0. はい 1. いいえ</p>	<p>1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ 1. はい 0. いいえ</p>
<p>〈日中、おもに過ごす場所〉</p> <p>A：自宅の外 B：自宅敷地内 C：自宅屋内 D：自分の部屋</p>		<p>（A B C D）</p>	<p>（A B C D）</p>
<p>〈日中、おもな過ごし方〉</p> <p>A：自宅外の仕事（役割） B：家の仕事（役割） C：趣味 D：おもにテレビ等 E：特になし</p>		<p>（A B C D E）</p>	<p>（A B C D E）</p>
<p>〈その他の特記事項〉</p>			
<p>閉じこもり要因の合計点</p>			
<p>I 手段的自立・体力低下（1～5、14～16）</p>		<p>8点満点</p>	<p>事前_____点 事後_____点</p>
<p>II 知的能動性・社会的役割低下（6～13）</p>		<p>8点満点</p>	<p>事前_____点 事後_____点</p>

図表 6-5 〈閉じこもり予防・支援のための二次アセスメント票（例）〉の使い方

訪問者は、閉じこもり予防・支援プログラムを実施する前に、対象者の個別の状況を把握する。

1. 確認の意味も含め、外出頻度は必ず確認する。事後アセスメント項目は網掛けしている。
2. 項目 1～13 は、老研式活動能力指標である。この指標は、「手段的自立」より高次元の活動能力を測定しており、「社会的役割」まで含む唯一の測定尺度である。この尺度は自立した高齢者を含む在宅高齢者の生活機能の評価に適している。項目 1～5 は「手段的自立」を、項目 6～9 は「知的能動性」を、項目 10～13 は「社会的役割」の水準を測定するもので、下位尺度として独立した評価も可能である。
3. 本アセスメント票では、項目 1～5、14～16 の合計点（満点 8 点）で、「Ⅰ 手段的自立・体力低下」と呼ぶことにしたが、この点数の増加が第一の目標である。
4. 項目 6～13 の合計点（8 点満点）で、「Ⅱ 知的能動性・社会的役割」と呼ぶことにしたが、閉じこもりでこの機能を維持している場合は少ないと考えられるので、これは、Ⅰの後の目標にするのが現実的であろう。
5. 「日中、おもに過ごす場所」、「日中、おもな過ごし方」では、A→D、A→E に従って、望ましくない状態を示している。事後アセスメントで D→A、E→A と 1 段階でも変化した場合には、改善と評価して良い。
6. その他の特記事項としては、対象者のうつ、認知症など他の要介護のハイリスク状態の把握のほか、家族の対象者に対する見方や家族と対象者との関係などについて気づいたことをメモとして記載する。
7. このアセスメント票は、「評価のための評価」が目的でないことは言うまでもない。対象者の評価を行うことで、機能低下している項目、注意すべき事項が浮き彫りになってくる。訪問時には、評価に基づき可能な範囲で、助言を行うべきである。
8. 評価の安定性を確保するために、原則的に、評価者は同じ人であることが望ましい。

注意事項

- ・ 項目 1、2、5 は基本チェックリストと質問内容が類似しているが、本アセスメント票では「・・・できますか」になっている。一方、基本チェックリストでは「・・・していますか」になっている。「・・・できますか」は「やろうと思えばできる」能力の評価をしており、実際にその行為をしていないこと自体は評価に影響しない。いわば、潜在能力を測定していることになる。一方、「・・・していますか」は「実際にしている」能力（行為）を評価しており、「実際にはしていないが、やる必要性が生じたらやれる」場合も「していない」という評価になる。従って、測定された能力では潜在能力はわからないことになり、場合によっては、能力の過小評価につながる可能性がある。
- ・ 本アセスメント票は、確立した尺度である老研式活動能力指標そのものを用いており、下位尺度のみでも評価可能であるのに対して、基本チェックリストでは現時点では尺度としての妥当性・信頼性は検証されていない。ただ、下位尺度での変化はわずかである可能性が高いと考え、Ⅰ、Ⅱの合計点での評価を提案したが、これも妥当性・信頼性の検討はされておらず、あくまで目安とすべきである。
- ・ 事後アセスメントはおおむね 3 ヶ月後をめぐりに実施するが、対象者の状態等に応じて、早めに経過を把握する必要がある場合は、速やかに対応する。

(4) 本人・家族の支援方法・接し方・注意点など

リスクファクターを少なくする方向を考えることです。

「身体的要因」・・・ 医療や介護サービスを利用して疾患を治療し、障害がある場合はリハビリテーションを勧めたり、補助具の使用も検討すべきです。

「社会・環境的要因」・・・ なるべく頻繁に訪問したり、電話をかける、友達に誘ってもらい、家屋をバリアフリーにするなどです。

「心理的要因」・・・ 性格は急には変えられませんが、必ずしも頻繁に外出すればいいというわけではなく、インドア派・アウトドア派各々にあった接し方を考えます。インドア派には電話をかけたり、テレビやCD、DVD、本を貸し、その感想を聴く機会を設けるなどの工夫が必要です。

(5) 「閉じこもり」予防対策プログラム（介護予防事業評価の結果を通して）

図表6-6に示すような概念モデルが考えられます。

閉じこもり予防・支援は医学モデルではなく社会モデル（生活習慣）へのアプローチの考えがなされるべきです。

ア 一次予防事業（ポピュレーション・アプローチ）

集団事例としての事業ですが、小規模（集落単位）で閉じこもり予防を行えば集まりやすく、効果も得られやすいです。さらに経費（予算）もあまりかからずに実施できます。

また、医学モデルではないので評価スケールやプログラムの有効性（EBM）に厳密にこだわる必要はありません。

プログラム例には次のようなものが挙げられます。

「健康教育（口腔・栄養・運動など）」「健康体操」「ゆび体操」「踊り」「懐メロや唱歌の合唱」「カラオケ」「グランドゴルフ」「食事会」「脳ドリル」「漢字練習」など

「回想法」（133頁参照）も有効です。

すなわち、「口腔、栄養、運動」の予防事業や「認知機能低下・うつ」予防事業など全てを含めて参加することも意義があると考えられます。

そして、事業の世話係として初老期（50～60代）の人をボランティアとして養成すれば継続性が保たれ、ボランティア活動を行うこと自体が「閉じこもり」予防と考えられます。

イ 二次予防事業（ハイリスク・アプローチ）

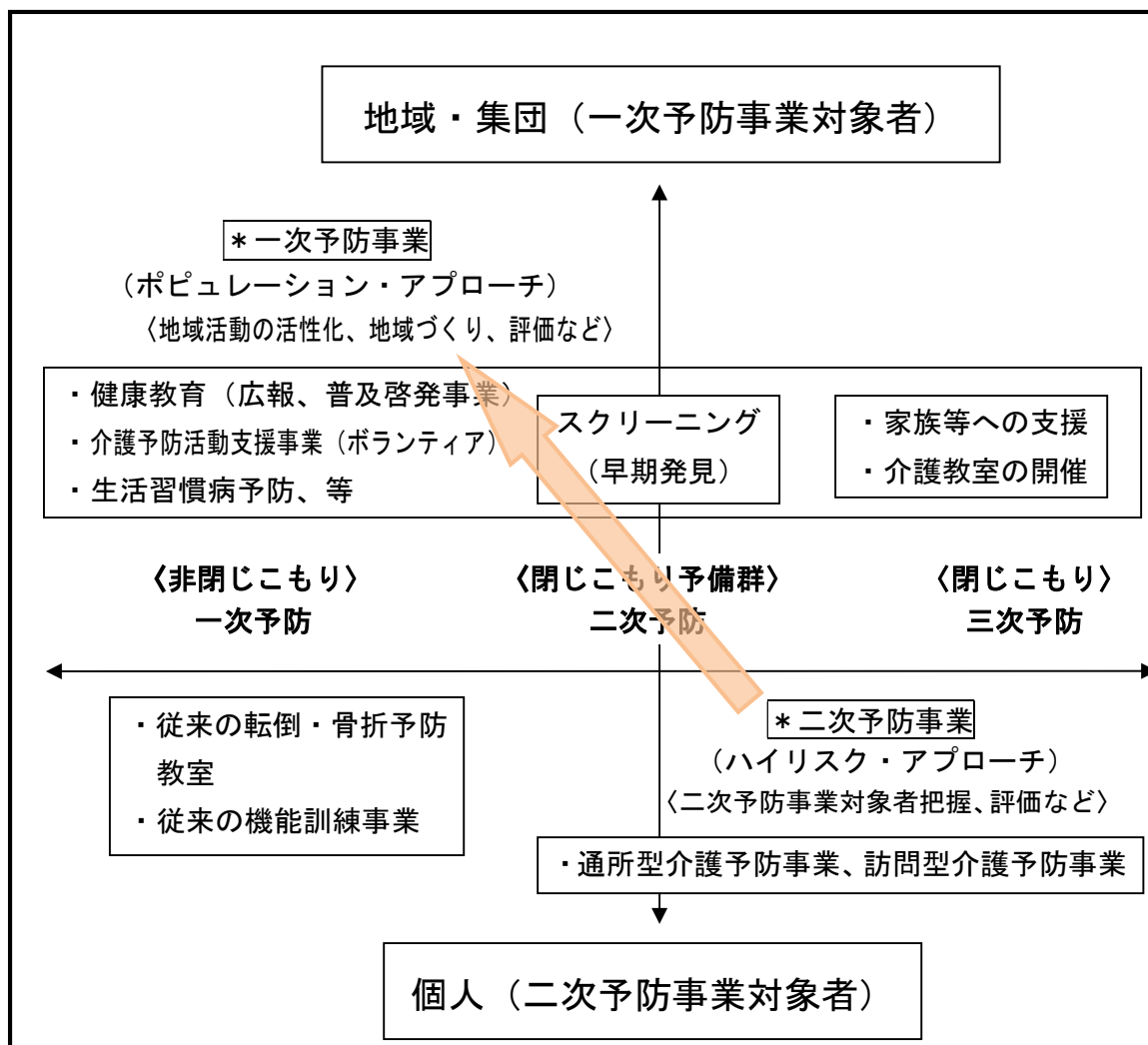
個別対応が必要である場合、「閉じこもり」の要因となっている疾患や障害があれば、治療、リハビリテーションを受けるようすすめる必要があります。

またケース検討して、生活歴、職業、趣味、家族や知人・友人のネットワークを調べ、その人が意欲や興味を持てるプログラムを実施することが重要です。

閉じこもり予防・支援の対象者は、予防の段階による軸と、「地域・集団（一次予防事業対象者）」と「個人（二次予防事業対象者）」という支援対象者の軸で整理できます（図表6-6）。

支援の方向は、個別対応が必要な対象者に対しては、二次予防事業での訪問等を行うことが必要ですが、地域における一次予防事業の活動等への参加を促すことも重要となります。

図表6-6 閉じこもり予防・支援に関する概念モデル



【閉じこもり予防・支援マニュアル 改訂版, 2009, 18, 一部加筆】

4 「認知機能低下」予防・支援

(1) 認知機能低下・認知症とは

ア 認知機能低下

認知症を予防するためには、その前段階とされる「軽度認知機能障害」(Mild Cognitive Impairment :MCI) の時期で認知機能低下を抑制する方法が現時点では最も効果的であると考えられています。MCI とは、認知機能が正常域を超えてはいますが、認知症と診断するほどではないというものです。つまり、記憶力は低下していますが、他の認知機能障害はあらわれておらず、日常生活にも支障をきたしていないという状態のことです。認知症の予防ではなく、あくまで認知症予備群としての MCI 高齢者における認知機能低下の予防を目指します。

認知症に移行するまでの病的変化の長い時間を考えると、認知機能低下予防・支援は中年期からの問題です。年齢が75歳を超えると急激に発症率が高まることを考えると、認知機能低下予防・支援にもっとも真剣に取り組まなくてはならないのは、65歳から80歳までの人たちです。

イ 認知症（成因・分類）とは

認知症とは「生後いったん正常に発達した種々の精神機能が何らかの疾患によって失われて日常生活において支障をきたす状態」を表しています。抽象思考の障害、判断の障害、失行、失認、失語、実行機能障害などの認知障害は認知症の中核的、本質的な症状です。アメリカ精神医学会の Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders の第4版 TR (DSM-IV-TR) における各認知症疾患に共通する項目は次の通りです。

図表6-7 認知症疾患に共通する項目

<p>A 以下の2項目からなる認知障害が認められること</p> <ol style="list-style-type: none">1 記憶障害（新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害）2 以下のうち1つ、複数の認知障害が認められること<ol style="list-style-type: none">(i) 失語（言語障害）(ii) 失行（運動機能が損なわれていないにもかかわらず動作を遂行することができない）(iii) 失認（感覚機能が損なわれていないにもかかわらず対象を認識または同定できない）(iv) 実行機能（計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する）の障害 <p>B 上記のA1、A2の記憶障害、認知障害により社会生活上あるいは職業上あきらかに支障をきたしており、以前の水準から著しく低下していること</p> <p>C 上記の記憶障害、認知障害はせん妄の経過中のみに起こるものではないこと</p>

認知症の症状として抽象思考の障害、判断の障害、失行、失認、失語、実行機能障害などの認知障害は認知症の本質的な症状であり、中核症状と呼ばれています。妄想、幻覚、不安、焦燥、せん妄、睡眠障害、多弁、多動、依存、異食、過食、徘徊、不潔、暴力、暴言など必ずしも認知障害といえない行動的な障害を周辺症状と呼んでいます。これらは、「認知症に伴う行動と心理の異常徴候」(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) と呼ばれています。

(2) 認知症の素因

認知症の中でもっとも大きな割合を占めている原因疾患は、アルツハイマー病と脳血管障害です。脳血管障害についての危険要因は、運動不足、肥満、食塩の摂取、飲酒、喫煙の生活習慣、高血圧症、高脂血症、糖尿病や心疾患などがあり、その予防方法も広く知られているところです。

アルツハイマー病の危険因子については、最近になって、アルツハイマー病の発症に係る危険因子が実証的に明らかとなってきました。食習慣としては、魚の摂取、野菜果物の摂取、ワインの摂取量などが関係していることが分かっています。また、運動との関連では有酸素運動の量や強度が認知症の発症と関係していることもいくつかの研究が示しています。さらに、文章を読む、知的なゲームをするなどの知的な生活習慣や対人的な接触頻度も認知症の発症に大きく関わっていることも明らかになっています。

一方、認知症に至る前段階にあたるMCIの時期に低下する認知機能も次第に明らかとなってきました。軽度認知機能障害の時期には、エピソード記憶、注意分割力、計画力を含めた思考力の低下が起こりがちであり、認知症予防の観点からはこれらの認知機能を維持するような知的な活動が有効であろうと考えられています。

MCIを有する患者は、年に10～15%の割合でアルツハイマー型認知症へ移行するという報告があり、事前に診断できれば予防的な価値があると考えられます。

(3) 認知症の主な治療法（薬物療法、非薬物療法）

ア 薬物療法

現在、アルツハイマー型認知症に対して塩酸ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン、メマンチンが中核症状の進行抑制の目的で、医療保険が適応されています。

一方、BPSD の治療には、向精神薬を使用することもあります。高齢者への向精神薬の投与は転倒や嚥下障害などを生じやすいことが知られています。そのため、BPSD に対する薬物療法は、非薬物療法を試みても症状が改善しなかった場合にのみ施行すべきであると考えられています。

薬物療法としては、抗認知症薬、抗精神病薬、気分安定薬、抗うつ薬、抗不安薬などが挙げられますが、向精神薬の使用にあたっては、その有効性と副作用について患者や家族へのインフォームドコンセントを十分に行う必要があります。

イ 非薬物療法

老年期に至って発症した精神疾患の治療を考える場合、それが正常な加齢変化の範疇にとどまるものであるか、何らかの病的なプロセスによって加速された変化であるかにかかわらず、症状発症の基礎に何らかの器質的要因を想定すべきです。したがって、老年期の精神疾患の治療に際しては、顕在化している症状が神経症的なものであったとしても、脳の器質的変化の検索、心理学的な能力のアセスメントなどによって、対象者のもつ潜在的な能力の程度を把握しておく必要があります。

高齢者に対する心理的アプローチ（黒川）として次のような点に留意しておく必要があります。

第1に、高齢者の人生の歴史に関心を寄せ、真摯に傾聴することです。

第2に、高齢者の心に土足で踏み込まない配慮、関心と好奇心とを厳しく峻別し、高齢者が心の奥に封印してきた悲しみや苦しみを不用意に語らせない配慮が強調されています。

第3に、安易に共感や受容の態度をしめさないことが必要です。高齢者の長い人生に対する敬意を失わず、接する人達自身が自らの能力の限界を常に見極める謙虚さが必要です。

第4に、高齢者と接するときに避けられない「死」の問題に対して、その時々誠実に対処できるように自らの死生観を養うことの重要性が強調されています。

第5に、一人一人の高齢者に固有の「意味」、「価値」をともに再発見していく姿勢の重要性があげられます。

非薬物療法には、回想法、リアリティ・オリエンテーション（RO）法、認知療法、音楽療法、コラージュ療法、アクティビティ療法など、さまざまな方法がありますが、認知機能低下予防という観点からは後述の予防施策がより重要です。

回想法は、Butlerによって提唱された高齢者に対する精神療法の技法です。

わが国では、比較的進行した認知症疾患患者グループに対する集団療法として普及してきました。技法としては、認知症疾患を対象とした回想法グループは、言語的な記憶を失いつつある対象者の身体感覚に働きかける刺激を用いて断片的な回想を促し、グループ内でそうした記憶の断片をつなぎ合わせ、共有することによって、回想にまつわる情動の記憶を呼び覚まし、現在の精神状態の安定に導こうとするものです。

リアリティ・オリエンテーション（RO）法は、認知症高齢者の認知機能を強化するための心理的治療法で、認知症高齢者の残された機能を利用して見当識を補強するための技法です（Folsom）。

(4) 認知機能低下のアセスメントの実施方法と注意点

ア 認知機能低下のアセスメントの実施方法と評価および注意点

(ア) アセスメント方法

MCI 高齢者は認知症の予備群として位置づけられるものの、日常生活機能はほぼ十分に保たれており、本人に特段の自覚もなく、また家族も十分に気を付けていなければそれとは判らない場合も多いです。MCI の早期発見・早期対応には、やはり基本チェックリストによるスクリーニングが必要です。

基本チェックリストの「認知症」項目（18～20）のいずれかに該当した高齢者には二次スクリーニングとして「改訂長谷川式簡易知能評価スケール HDS-R」を行います。

※「改訂長谷川式簡易知能評価スケール HDS-R」

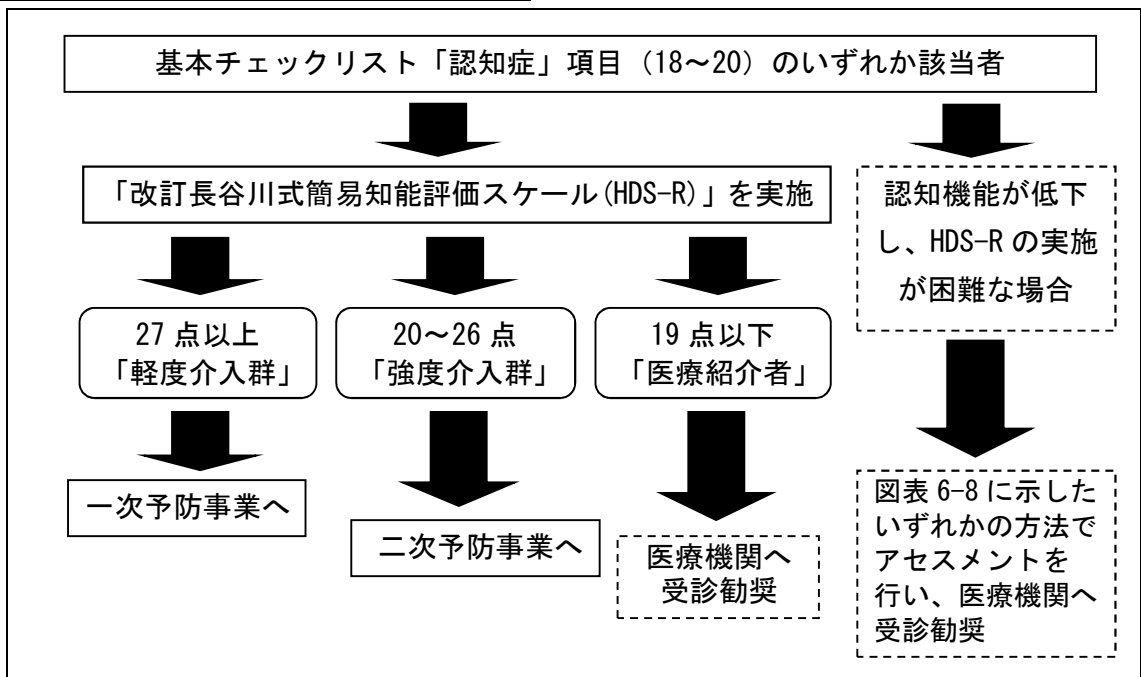
施行時の注意点・手順をウに示します。検査者によるばらつきを少なくするために、手順に沿った実施と評価が望ましいです。

(イ) 評価

以下のような層別化を行うことも可能です。

軽度介入群 (HDS-R 27 点以上)	健常者と判断される方々が大部分と考えられ、一次予防事業などを実施します。
強度介入群 (HDS-R 20～26 点)	軽度認知機能障害者 (MCI) の可能性が高いと判断される方々であり、二次予防事業対象者です。
医療紹介者 (HDS-R 19 点以下)	軽度認知症の可能性が高いと判断されます。

【認知機能低下並びに認知症の評価の流れ】



「改訂長谷川式簡易知能評価スケール」

1	お歳はいくつですか？(2年までの誤差は正解)		0 1
2	今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？ (年、月、日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)	年	0 1
		月	0 1
		日	0 1
		曜日	0 1
3	私たちが今いるところはどこですか？(自発的にできれば2点 5秒おいて、家ですか？ 病院ですか？ 施設ですか？の中から正しい選択をすれば1点)		0 1 2
4	これから言う3つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。 (以下の系列1,2のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく) 1:a) 桜 b) 猫 c) 電車 2:a) 梅 b) 犬 c) 自転車		0 1 0 1 0 1
5	100から7を順番に引いてください。 (「100引く7は？ それからまた7を引くと？」と質問する。 最初の答えが不正解の場合は打ち切る)	(93)	0 1
		(86)	0 1
6	私がこれから言う数字を逆から言ってみてください。 (6-8-2, 3-5-2-9を逆に言ってもらう。3桁逆唱に失敗したら打ち切る)	2-8-6	0 1
		9-2-5-3	0 1
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。 (自発的に回答があれば各2点。もし回答がない場合以下のヒントを与え、正解であれば1点) a) 植物 b) 動物 c) 乗り物		a: 0 1 2 b: 0 1 2 c: 0 1 2
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか言ってみてください。(時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの)		0 1 2 3 4 5
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってみてください。 (答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約10秒間待っても出ない場合にはそこで打ち切る) 0~5=0点、6=1点、7=2点、8=3点、9=4点、10=5点		0 1 2 3 4 5

(ウ) 実施の際の注意点

評価者の主観や実施状況で評価が影響されないようにすることが望ましいため、次の要領で実施することが望ましいです。

a 実施する前

- ・ 「これから記憶力の検査をしてみますが、よろしいですか？簡単な質問ですが5分くらいかかります。」と説明します。
- ・ 可能な限り周囲からの騒音などがない静かな場所で行います。
- ・ 居宅などでテレビがつけられているときは、少なくとも音が出ないようにします。
- ・ 薄暗い場所で行うことは避けるようにします。

b 評価の際の注意点

<質問（1）年齢>

- ・ 満年齢が正確に言えれば：1点
- ・ 2年までの誤差は正答とみなします。
- ・ 家族が脇から答えを言ったりしないように注意します。

<質問（2）日時の見当識>

- ・ 「何年何月何日ですか？」と問います。
- ・ 「今日は何月何日ですか？」「何曜日でしょう？」「今年は何年ですか？」とゆっくり別々に聞いてもよいです。
- ・ 年・月・日・曜日、それぞれの正答に各1点を与えます。
- ・ 年は西暦でも正解とします。

<質問（3）場所の見当識>

- ・ 「私たちの今いるところはどこですか？」と問います。
- ・ 対象者が自発的に答えられれば2点とします。
- ・ 病院名・施設名・住所などが言えなくてもよく、現在いる場所がどのような場所なのか本質的にとらえられていればよいです。
- ・ 正答がなかった場合は、約5秒おいてから「ここは病院ですか？家ですか？施設ですか？」と問います。正答したら1点とします。

<質問（4）3つの言葉の記銘³>

- ・ 「これから言う3つの言葉を覚えてください。後でまた聞きますのでよく覚えておいてください。」と教示します。
- ・ 3つの言葉はゆっくり区切って発音し、3つ言い終わった時に繰り返して覚えてもらいます。

³記銘：記憶の第一段階で、経験内容を覚えこみ、定着させることです。

- ・ 使用する言葉は2系統あるため、いずれか1つの系列を選択します。1つの言葉に各1点を与えます。
- ・ もし正解がない場合は、採点した後に正しい答えを教え、覚えてもらいます。もし3回以上言っても覚えられない場合はそこで打ち切り、質問7の「言葉の遅延再生」の項目から覚えられなかった言葉を除外します。

<質問（5）計算>

- ・ 「100引く7はいくつですか?」「それからまた7を引くといくつになるでしょう?」と問います。「93から7を引くと?」というように、検査者が最初の引き算の答えを繰り返して言うてはいけません。
- ・ 最初の質問に正答できない場合はそこで質問を打ち切ります。

<質問（6）数字の逆唱>

- ・ 「私がこれから言う数字を逆から言ってください。」と教示します。
- ・ 数字は続けて言うのではなく、ゆっくりと約1秒の間隔を置いて提示し、言い終わったところで逆から言ってもらいます。
- ・ 正解に対しては各1点を与えます。
- ・ 3桁の逆唱ができなかった時は、そこで打ち切ります。
- ・ 質問5, 6は、質問4をした後で質問7をするため、注意を他に向ける課題（干渉問題）でもあります。質問4～7は必ずこの順番で実施します。

<質問（7）3つの言葉の再生遅延>

- ・ 「さきほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。」と教示します。
- ・ 3つの言葉の中で自発的に与えられた言葉に対して各2点を与えます。
- ・ もし答えられない言葉があった場合には、少し間隔をおいてからヒントを与え、正答すれば1点を与えます。
- ・ ヒントは対象者の反応をみながら1つずつ提示し、「植物と乗り物がありましたね。」というように続けて与えてはなりません。

<質問（8）5つの物品記銘>

- ・ あらかじめ用意した5つの物品を1つずつ名前を言いながら並べてみせ、よく覚えるよう教示します。
- ・ 次にそれらを隠して「思い出す順番はばらばらでもいいですが、今ここに何がありましたか?」と尋ねます。
- ・ 物品は、相互に無関係な物品を用います。
- ・ 「ボールペン」「鉛筆」「はさみ」など関連する物品は用いません。

<質問（9）野菜の名前：言葉の流暢性>

- ・ 「知っている野菜の名前を、できるだけたくさん言ってください」と教示します。
- ・ 重複したものは採点しません。
- ・ 途中で言葉に詰まり、約10秒待っても次の名前が出てこない場合はそこで打ち切ります。
- ・ 最初の5個までは0点、以後、6個＝1点、7個＝2点、8個＝3点、9個＝4点、10個＝5点、と評点します。

c 評価方法（「改訂長谷川式簡易知能評価スケール」による認知症の重症度）

評価スケールは9項目からなり、30点満点です。

(a) 留意点

- ・ 20点以下であれば、認知症であるとスクリーニングされますが、うつ病やせん妄の場合も、20点以下の結果として現れ易いです。
- ・ うつ病であると、エネルギーが低く、意欲低下や行動抑止的になるため、集中できなかつたり、質問に対して「できない」「答えられない」という感じになるためです。
- ・ せん妄の場合は、意識レベルが低下しているため、ぼんやりとして、反応が鈍く、会話のまとまりのないような状態のため、やはり引っかかり易いです。
- ・ 一方、夜間せん妄は、夜間は意識レベルが低下し徘徊をしたりなど状態が悪くなりますが、昼間の状態は比べるとよいため、その様相がテスト結果に現れにくいのです。実際の診断は、日常生活での様子や会った感触、脳の器質的な様相などを総合して行います。

(b) 項目

- ・ 1～3問目は、見当識（時、場所、自分や周りの人を正しく認識しうる機能のこと）に関する項目です。
- ・ 4問目は、言葉の記銘に関する項目です。この項目ができないということは、単語の記銘が困難ということですので、意思の疎通が難しくなってきます。
- ・ 5, 6問目は、数字の操作に関する項目です。計算や逆唱をするのに必要な、記銘力、意味理解、注意・集中力などが保たれているか確認します。
- ・ 7問目は、記憶の遅延再生の項目です。一度、記銘したことを少し時間をおいたあとに、思い出すことができるかどうかを確認します。通常の高齢化によって起こる生理的な物忘れの場合は、ヒントを出すと思い出せることが多いです。
- ・ 8問目は、物品の記銘の項目です。4問目とは視覚的な要素が入るところで異なります。認知症の状態が重くなると、記銘力の低下だけでなく、物品の名前や、その用途がでてこなくなります。
- ・ 9問目は、流暢性に関する項目です。

(c) 検査結果

- ・ 検査の結果については、全体から、どの領域が良好に保持されていて、どの領

域が弱いところなのかをみて、かかわりを検討することが大切です。例えば、流暢性の低い方には、話しをするペースを合わせ、言葉が詰まって出てこないときには、相手の尊厳を傷つけない程度に言葉を補足しつつ、話しやすいように配慮をすることも有効です。また、物品の記銘が良好な場合は、言葉で伝えるだけでなく視覚的な手段を付加すると、より本人の記憶に残り易いものと思われま

- ・ 身体的状態（聴覚障害など）や性格（イライラしやすいため、注意・集中力が落ちるなど）、環境や心理的状态も検査結果に影響します。

イ 「改訂長谷川式簡易知能評価スケール」実施困難時のアセスメントの実施方法と注意点

(ア) アセスメント方法

基本チェックリストの「認知症」項目（18～20）に該当する対象者のうち、認知機能の低下が進み「改訂長谷川式簡易知能評価スケール」の実施が困難な場合は、下記のいずれかの方法でアセスメントを行い、医療機関に繋げる必要があります。

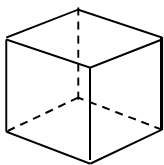
アセスメントは、対象者や集団の規模等を勘案し、下記のスケールのいずれかを選択し行ってください。

図表6-8 「改訂長谷川式簡易知能評価スケール」が実施困難な場合のアセスメント

a 対象者の協力が得やすい場合 （聞き取り式） <u>※A～C の評価方法の中から1つを 選択し行います</u>	A もの忘れスクリーニング検査
	B カテゴリー流暢性テスト
	C 時計記入テスト
b 対象者の協力が得られにくい場合 （観察式）	FAST

【a 対象者の協力が得やすい場合のスクリーニング(聞き取り式)】

A もの忘れスクリーニング検査

質問項目	点数
<p>(1) これから言う3つの言葉を言ってみてください。 あとでまた聞きますからよく覚えておいて下さい。 (以下の系列1,2のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく)</p> <p>1: a) 桜 b) 猫 c) 電車 2: a) 梅 b) 犬 c) 自動車</p>	<p>a : 0 1 b : 0 1 c : 0 1</p>
<p>(2) 今日は何年の何月何日ですか 何曜日ですか (年月日、曜日が正確でそれぞれ1点ずつ)</p>	<p>年 : 0 1 月 : 0 1 日 : 0 1 曜日 : 0 1</p>
<p>(3) 先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。 (自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合はヒントを与え 正解であれば1点)</p> <p>a) 植物 b) 動物 c) 乗り物</p>	<p>a : 0 1 2 b : 0 1 2 C : 0 1 2</p>
<p>(4) 見本の図形と同じものを書き写して下さい。</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>立方体が正しく描ける …… 2 少しゆがむ、一部の欠落…… 1 正しく描けない…………… 0</p>

(a) 実施の注意点

評価者の主観や実施状況で評価が影響されないようにすることが望ましいため、次の要領で実施することが望ましいです。

- ・ 可能な限り周囲からの騒音などが無い静かな場所で実施します。
- ・ 居宅などでテレビがつけられているときは、少なくとも音声が出ないようにします。
- ・ 薄暗い場所で実施することは避けるようにします。

(b) 評価の注意点

<質問(1) 3つの言葉の記録>

- ・ 「これから言う3つの言葉を言ってみてください。後でまた聞きますのでよく

覚えておいてください。」と教示します。

- ・ 3つの言葉はゆっくり区切って発音し、3つ言い終わった時に繰り返して言ってもらいます。
- ・ 使用する言葉は2系統あるため、いずれか1つの系列を選択します。1つの言葉に各1点を与えます。
- ・ もし正解がない場合は、採点した後に正しい答えを教え、覚えてもらいます。もし3回以上言っても覚えられない場合はそこで打ち切り、質問7の「言葉の遅延再生」の項目から覚えられなかった言葉を除外します。

<質問(2) 日時の見当識>

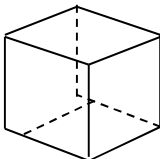
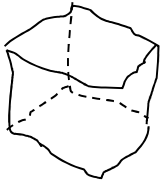
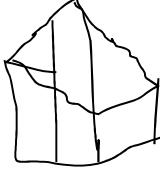
- ・ 「何年何月何日ですか？」と問います。
- ・ 「今日は何月何日ですか?」「何曜日でしょう?」「今年は何年ですか?」とゆっくり別々に聞いてもよいです。
- ・ 年・月・日・曜日、それぞれの正答に各1点を与えます。
- ・ 年は西暦でも正解とします。

<質問(3) 3つの言葉の再生遅延>

- ・ 「さきほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。」と教示します。
- ・ 3つの言葉の中で自発的に与えられた言葉に対して各2点を与えます。
- ・ もし答えられない言葉があった場合には、少し間隔をおいてからヒントを与え、正答すれば1点を与えます。
- ・ ヒントは対象者の反応をみながら1つずつ提示し、「植物と乗り物がありましたね。」というように続けて与えてはなりません。

<質問(4) 図形描写>

見本の図形と同じものを書き写してもらいます。

<p style="text-align: center;">立方体を 正しく描ける 2点</p> 	<p style="text-align: center;">少しゆがむ 一部の欠落 1点</p> 	<p style="text-align: center;">正しく描けない 0点</p> 
--	--	--

(c) 評価方法

1 5点満点で1 2点以下の場合にアルツハイマー型認知症が疑われます。

B カテゴリー流暢性テスト

1分間にできるだけ多く動物名を書きだすテストであり、集団により1分程度で実施できる。認知機能の中でも、アルツハイマー病で低下するといわれている言語機能を評価するものです。

【質問内容】

「1分間に、できるだけ多くの動物の名前をあげてください。」

(a) 実施方法

① 準備するもの

- ・ 用紙1枚・・・人数分
- ・ 筆記具（ボールペンまたは鉛筆）・・・人数分
- ・ 秒針のついた時計・・・1個

② 実施方法

- ・ 集団で実施します。
- ・ 紙と筆記具を配り、今日の日付と名前、年齢を書いてもらいます。
- ・ 以下のように説明します。

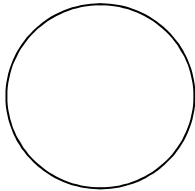
「これから、私がはじめと言ったら、紙に動物の名前をできるだけたくさん書いてください。決して、声に出したり、まわりを見たりしないでください。では、はじめ」

- ・ 「はじめ」と言ってから時間を測ります。
- ・ 1分たったら、「終わりです。やめてください」と言って書くのをやめさせ、紙を回収します。

(b) 評価方法

同じ動物名は、合わせて1個として数えます。動物は、植物以外であれば種類を問わず1個と数えて構いません。ただし、龍や怪獣など空想上の生物は数えません。ちなみに、40代では15個、50代では14個、60代では14個が、平均的な数であり、おおむね10個以上出れば健康といえるでしょう。

C 時計記入テスト

<p>1. 名前 _____ 年齢 _____</p> <p>2. 日付 年 月 日 季節 _____</p> <p style="text-align: center;">(A)</p>	<div style="text-align: center;"></div> <p style="text-align: center;">(B)</p>
--	---

(a) 実施方法と注意点

- ① 時計記入テストには、何も書かれていない (A) 面に、認知症診断に用いることが多い年齢や日時の質問が書かれているものと、円だけ書いてある (B) 面があります。まず (A) 面を患者に見せて、口頭で「時計の絵を描いてもらいます。」と説明した上で、「まず、名前と年齢を書いてください。」と言って名前、年齢を書いてもらいます。
- ② 次に「今日の日付、季節を書いてください。」と言って日付、季節を書いてもらいます。
- ③ その上で「先ほど説明した絵を描いてください。」とあえて具体的な説明をせずに患者の行動を観察します。なにも問い返さずに描ければ問題なし。患者のほうから「時計の絵を描くのでしたっけ？」と具体的に確認をしてきた場合も問題なしとみなします。まったく覚えていなかったり、記憶があやふやな言動が見られたら、評価表のコメント欄に「短期記憶力の低下が疑われる」と記載した上でもう一度具体的に説明して自由に時計の絵を描いてもらいます。
- ④ 次に (B) 面を見せて、「これを時計盤と見たてて数字を記入し、10時10分の針を書いてください。」と言って、時計を書いてもらいます。

(b) 評価方法

図表 6-9 の評価表を用いて、次の①～④の項目をチェックします。①～④の項目のいずれかに異常を認めた人は、認知症の疑いがあります。

- ① 名前、年齢が正しく書けているか？ 年齢は1歳違いまでは正常範囲とします。
- ② 日付、季節が正しく書けているか？
- ③ 時計が正確に書けているか？
 - ※ 認知症の疑いがある方に特徴的な絵
 - ・ デジタル表示：針を書かないでデジタル的に書く

- ・ 放射状パターン：針を2本以上放射状に書く
- ・ 10時50分表示：10時10分でなく10時50分になっている
- ・ 円を小さく書き、大きい円になると数字の配列が乱れてくる

④ 文字盤の書き方

- ・ 時計の文字盤を4分割にして書く場合はほとんど認知症なし。
- ・ 数字を1から順に書く人の場合、時計の円の中になまなく納まらず、配列が乱れたり、逆回りになったり、数字の欠損が見られることがあり、認知症があることが多い。
- ・ 数字や針を書くときサポートが必要な場合も認知症の疑いがある。

参照：尾道市医師会認知症早期診断プロジェクト委員会

図表6-9 時計記入テスト評価表

<p>〔評価表〕</p> <p>1. 名前、年齢が正しく書けているか？（年齢が1歳違いまでは正常範囲とする）</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>2. 日付、季節が正しく書けているか？（日にちは、1日前後は正常範囲とする）</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>3. 時計が正確に書けているか？</p> <p style="padding-left: 40px;">（まともな時計が書けていれば「はい」、そうでなければ「いいえ」にチェック）</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>4. 文字盤の書き方</p> <p style="padding-left: 40px;">（数字の記入のしかた）</p> <p style="padding-left: 80px;"><input type="checkbox"/>4分割して書く（12, 3, 6, 9と記載してから書く）</p> <p style="padding-left: 80px;"><input type="checkbox"/>12ないし1から順に書く</p> <p style="padding-left: 80px;"><input type="checkbox"/>それ以外の書き方</p> <p>5. サポートの有無</p> <p style="padding-left: 20px;">a 文字盤を書くとき</p> <p style="padding-left: 60px;"><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p style="padding-left: 20px;">b 針を書くとき</p> <p style="padding-left: 60px;"><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>★スタッフコメント（上記以外で気付いたこと）</p>

【b 対象者の協力が得られにくい場合のスクリーニング（観察式）】

FAST (Functional Assessment Staging)

	FAST stage	臨床診断	FASTにおける特徴
1	認知機能の障害なし	正常	主観的および客観的機能低下は認められない。
2	非常に軽度の認知機能の低下	年齢相応	物の置き忘れを訴える喚度困難
3	軽度の認知機能低下	境界状態	熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難。
4	中等度の認知機能低下	軽度のアルツハイマー型認知症	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたたりする程度の仕事でも支障をきたす。
5	やや高度の認知機能低下	中等度のアルツハイマー型認知症	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもなんとかなだめすかして説得することが必要なこともある。
6	高度の認知機能低下	やや高度のアルツハイマー型認知症	(a) 不適切に着衣
			(b) 入浴に介助を要する。入浴を嫌がる
			(c) トイレの水を流せなくなる
			(d) 尿失禁
			(e) 便失禁
7	非常に高度の認知機能低下	高度のアルツハイマー型認知症	(a) 最大限約6語に限定された言語機能の低下
			(b) 理解しうる語はただ1つの単語となる
			(c) 歩行能力の低下
			(d) 着座能力の喪失
			(e) 笑う能力の喪失
			(f) 昏迷および昏睡

(a) 実施の注意点

認知障害日常生活機能評価。日常生活動作能力 (ADL) を総合的に評価し、アルツハイマー型認知症の重症度を7段階で判定することを目的としています。

(b) 評価の注意点

家族・本人に確認しながら、実施することがポイントです。

(5) 本人・家族の支援方法・接し方

ア 医療や介護の専門家による相談・助言

認知症の高齢者を抱える家族は、介護による身体的負担と心理的問題を抱えています。心理的問題の解決には医師やケアマネジャーなど専門的な助言が役立ちます。認知症の相談窓口の職員には家族の心理的問題に対応できるよう研修が必要です。

イ 認知症に対する関わりかたの学習支援

家族に対する支援として認知症に対する関わり方の情報提供が有用です。家族は認知症の症状の理解や心理的な理解が不十分なことから、認知症の高齢者に対して不適切な対応をしてしまい、本人の混乱や心理的不安定を引き起こしている場合があります。たとえば、意欲が低下していつもの行動をしなくなると、なまけていると非難したり励ましたりしてしまいます。また、妄想などの常識にあわない言動に対して反論したり、非難することによって症状を悪化させてしまうことも多いです。家族が認知症の症状を理解し、本人に残された残存能力を知り、また心理的な不安や混乱を理解する必要があります。そのことによって、本人が果たせる役割や楽しみを見つけることを促して、それができていることを評価して、本人の自信回復や生活の課題に取り組める心理の状態を作ることが重要です。

認知症患者の介護をされる家族は、様々な心理反応をみせると言われ、大方、以下のような心理状況の変遷をとると言われています（尾之内）。

(ア) 第1ステップ：否定・驚愕・戸惑い

- ・ 認知症患者が周囲と調和して生活することができないことに驚き、戸惑う。
- ・ 認知症患者の介護の仕方に関する知識が無く、手探り状態で介護をしなければならない。
- ・ 感情の不安定さ、同じ言動の繰り返しやつじつまのあわない言動に苛立ちや戸惑いを感じる。

(イ) 第2ステップ：混乱・怒り・拒絶・抑うつ

- ・ 排泄を失敗しないか、危険がないかなど目が離せず、24時間緊張が続き気持ちが安らぐことがない。
- ・ 認知症患者の言動に傷つき、顔も見たくない、声も聞きたくないと、否定的な感情に襲われる。
- ・ 「何故、自分だけがこんな大変な目にあうのか・・・」と、孤独感を持つ。
- ・ 認知症患者に向けて発していた自分の言葉や行動に対して、自己嫌悪の感情に襲われる。

(ウ) 第3ステップ：あきらめ・開き直り・適応

- ・ 認知症は病気なのだから仕方が無いのではと、自分に言い聞かせることができるようになる。

- ・ 認知症患者への思いを否定的な方向にだけ向けるのではなく、家の中が明るくなるように工夫するようになる。

(エ) 第4ステップ：理解

- ・ 認知症患者自身も混乱したり、記憶が無くなっていくことが、不安で、寂しかったのかと、思えるようになる。

(オ) 第5ステップ：受容

- ・ 家族の会に出かけ、同じ苦勞をしている人の存在を知り、話を聞いて、「自分も頑張っている」と、自分自身を勇気付けることができる。

認知症の方への対応は次ページの図表6－10の原則に留意しながら行っていけばよいと考えられます。

図表6-10 コミュニケーションの原則等

コミュニケーションの原則

1. 話題を直接関係があることに集中する
2. 指示を簡単なものにする
3. 情報の量を減らして、要点を絞る
4. 小さな情報に分ける
5. その情報をゆっくりとひとつずつ提示する
6. 時間をとって注意をじっくり払うようにする
7. その人の自身の言葉で復唱させる（書いてもらう）
8. 注意を喚起する
9. 周りの騒音を少なくする
10. 手振り身振りを使う
11. 落ち着いた調子で話す
12. 沈黙しても急かさず、待つ
13. よく耳を傾けて何を言おうとしているのか聴き取る

困った行動への対応の原則

1. 日頃からいい家族関係を作っておく
2. 非難や説得は効果がない。誉める、嬉しがる、感謝する
3. プライドを傷つけない
4. 楽しいこと、興味のあることができるように話しかけ、一緒に行動する
5. 問題行動のパターンをしっかり観察する
6. 問題行動の原因を考え、それを取り除くように努力する
7. できるだけ制止せず、冷静に収まるのを待つ
8. 役割を持たせる

(6) 予防対策プログラム

ア 認知機能低下対応策フローチャート図とアプローチ法の関係

「閉じこもり・認知機能低下・うつ病」対応策フローチャート図（図表6-1）で示されるように、「認知症」二次スクリーニングで該当と判断された高齢者には、医療機関へ受診勧奨を行います。非該当の場合は後述の介護予防事業への参加勧奨ないしは経過観察を行います。

ここで、フローチャート図の流れとアプローチ法との関係を一旦整理します。

(ア) 基本チェックリスト「認知症」項目が非該当の場合は、対象集団全体に対して行う予防施策、すなわち一次予防事業（ポピュレーション・アプローチ）への参加を勧奨していきます。

(イ) 基本チェックリスト「認知症」項目は該当し、「認知症」二次スクリーニングで非該当、すなわちHDS-Rで20～26点であった場合は、軽度認知障害群（ハイリスク群）とみなして、二次予防事業（ハイリスク・アプローチ）への参加を勧奨していきます。

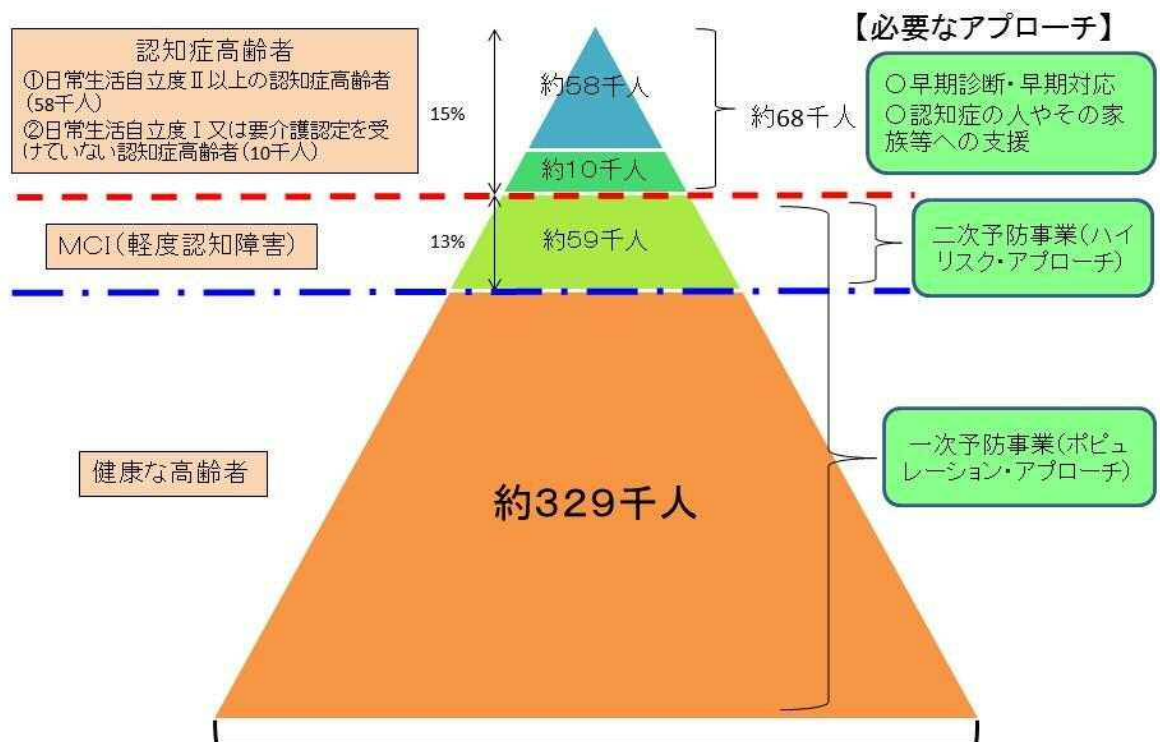
HDS-Rで27点以上であった場合は、一次予防事業への参加を勧奨します。

(ウ) 基本チェックリスト「認知症」項目と「認知症」二次スクリーニングともに該当の場合、すなわちHDS-Rで19点以下である場合は、すでに認知症である可能性が高いと考えられるので介護予防施策の対象とはなりません。対象者の認知機能の低下が進んでおりHDS-Rが実施できない場合も、介護予防施策の対象とはなりません。これらの場合は医療機関への受診勧奨を行います。

イ アプローチ法と対象集団の関係

厚生労働省の研究班によると65歳以上の高齢者の内、約15%の人が認知症であり、約13%の人が軽度認知障害（MCI）であるとされています。この推計を本県に当てはめると、受診勧奨の対象となる認知症高齢者は約6万8千人、二次予防事業（ハイリスク・アプローチ）の対象となるMCI高齢者は5万9千人と推計されます。

図表6-11 認知症有病率（推計）に基づく各アプローチの対象となる高齢者数



鹿児島県の65歳以上推計人口 456千人(H24)

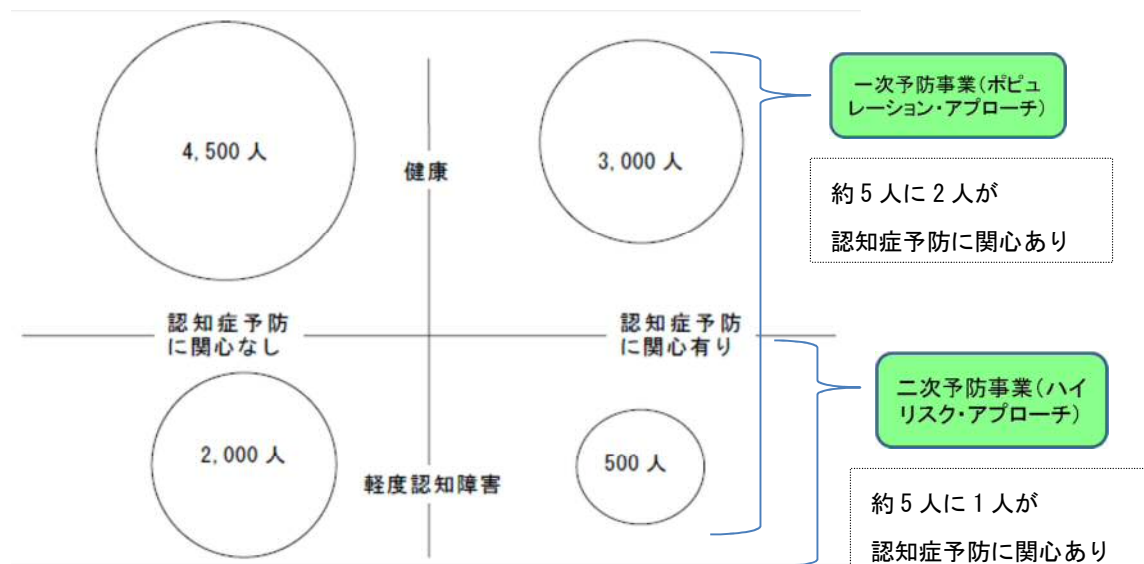
- ※ 高齢者人口は、平成24年10月1日現在推計人口(県統計課調べ)より
- ※ 有病率を国の推計値(15%,13%)で推計
- ※ 介護保険制度を利用している認知症高齢者は平成25年10月1日現在(介護福祉課調査)

【県介護福祉課作成】

受診勧奨の対象となる認知症高齢者を除いた、一次予防事業（ポピュレーション・アプローチ）の対象者と、二次予防事業（ハイリスク・アプローチ）の対象者は2つの次

元で切り分けることができます。ひとつの次元は、図表6-11と同様に、認知機能障害のレベルで、障害を持たない健康な人たちと軽度の障害をもつ人との次元であり、もうひとつの次元は、認知機能低下予防に対する関心のレベルで分けるものです。厚生労働省の研究班の推計によれば、各次元における65歳以上の認知症以外の高齢者1万人当たりの対象集団の試算は図表6-12のようになります。

図表6-12 認知症高齢者を除いた1万人当たりの対象者集団の試算



【認知症予防・支援マニュアル 改訂版, 2009, 12, 一部加筆】

図表6-12から、次のようなことが言えます。

二次予防事業（ハイリスク・アプローチ）では、軽度認知障害をもつ比較的小数の人たちを対象とするので効率的なプログラムの実施が可能です。しかし、参加者自身が認知症予防に関心がない（意欲が低い）場合が多く、専門家を多く配置しなければいけないため費用対効果の面で欠点があります。

軽度認知機能障害を持つ人も、認知障害のない健康な人も区別なく一般的な人たちを対象にする一次予防事業（ポピュレーション・アプローチ）は、長期的な認知機能低下予防・支援効果を考えるならば重要なアプローチであると言えます。

それぞれのアプローチ法の比較表を参照してください。

図表6-13 認知症予防・支援におけるハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチの長所と短所

	生きがい型のポピュレーション・アプローチ	目的型のポピュレーション・アプローチ	訓練型のポピュレーション・アプローチ	訓練型のハイリスク・アプローチ
対象	<ul style="list-style-type: none"> 主として健康で認知症予防に関心をあまり持たない高齢者 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症予防に関心をもつ健康および軽度認知障害の高齢者 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症予防に関心をもつ健康および軽度認知障害の高齢者 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症予防に関心をもつ軽度認知障害の高齢者
例	<ul style="list-style-type: none"> 囲碁、将棋、麻雀 園芸 料理 パソコン 旅行 ウォーキング、水泳、ダンス、体操、器具を使わない筋力トレーニング 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症予防に特化した園芸、料理、パソコン、旅行プログラム ウォーキング、水泳、ダンス 食習慣改善プログラム 回想法プログラム 芸術療法プログラム 	<ul style="list-style-type: none"> 認知機能訓練を目的とした計算ドリル、ゲームなど 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活動作訓練 認知機能訓練 記憶訓練 計算訓練 有酸素運動 体操
長所	<ul style="list-style-type: none"> 動機付けが容易 自立的な長期の継続がしやすい 指導者など既存の社会的資源が利用できる プログラムを比較的多くの人たちに普及させることができる 健康な人たちの軽度認知障害への移行を予防する可能性がある 	<ul style="list-style-type: none"> 動機付けが容易 自立的な長期の継続がしやすい 要求される指導技術が高くない 対象者1人당りに必要とされる指導者の数が少ない プログラムを比較的多くの人たちに普及させることができる 健康な人たちの軽度認知障害への移行を予防する可能性がある 対象者1人당りのコストが低い 	<ul style="list-style-type: none"> 動機付けが容易 自立的に取り組める 要求される指導技術が高くない 対象者1人당りに必要とされる指導者の数が少ない プログラムを比較的多くの人たちに普及させることができる 健康な人たちの軽度認知障害への移行を予防の可能性がある 対象者1人당りのコストが低い 	<ul style="list-style-type: none"> プログラムが均一化しやすい
短所	<ul style="list-style-type: none"> 個人的な生きがいに応じたプログラムの多様性が求められる 	<ul style="list-style-type: none"> 個人的な生きがいに応じたプログラムの多様性が求められる 指導技術をもつ人材を育成する必要がある 	<ul style="list-style-type: none"> 長期の継続が困難 指導技術をもつ人材を育成する必要がある 	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣の変容が困難 動機付けが困難 自立的な長期の継続が困難 専門的指導技術が必要 対象者に必要とされる指導者の数が多い 対象者1人당りのコストが大きくかかる

【認知症予防・支援マニュアル 改訂版, 2009, 15】

ウ 認知機能低下予防プログラムについて

介護予防施策を対象者が住む地域で実施するにあたっては、目的、アプローチ方法、地域で行うための準備、担当者、担当部署、健康な地域住民への啓発活動、事業の継続性の担保、などさまざまなことを考慮する必要があります。平成18年度～20年度の介護予防事業評価事業の中の聞き取り調査で、各市町村の様々な取り組みがみられました。同時に課題も明らかになってきていて、「認知症」に対する確実な予防は困難であることから、生活不活発病（廃用症候群）予防という観点で取り組み、「認知機能低下」予防事業として単独で行うことではなく「栄養」・「口腔」・「運動」予防事業に付随して効果を上げる方がよいと考えます。

一次予防事業と二次予防事業については、図表6-14に厚生労働省の研究班の説明と図表を引用するので、ご参照ください。

(ア) 一次予防事業（ポピュレーション・アプローチ）

アルツハイマー病による認知症や脳の血管障害による認知症は、長期にわたる脳の病理的变化を経て発症します。したがって、効果的な認知機能低下予防を考えるならば、健康な高齢者を含めた全ての高齢者を対象にしたポピュレーション・アプローチ、つまり一次予防事業が重要です。

また、予防的活動は長期に継続する必要があります。長期に活動を続けるためには、高齢者にとって興味が持てて生きがいとなるようなものが望ましいです。さらに一次予防事業では、高齢者自らが予防の方法を学習して自立的に危険因子を減らすことを支援することを目指すべきです。

多くの高齢者に認知機能低下予防への関心を高めてもらい、認知機能低下予防についての知識を持ってもらうことは、一次予防事業で特に重要です。しかし、そうした知識だけでは、認知機能低下の危険因子を下げる行動には至りません。実際に、実効ある一次予防事業のためには、行動のきっかけとなる地域の情報を関心のある住民に提供していく必要があります。また、予防的な行動を開始しそれを維持していくための地域活動の支援や指導者等の育成が必要です。

それらを踏まえ、一次予防事業では、全ての高齢者を事業の対象にして、以下のような事業を行います。

- ・ 認知機能低下予防に役立つ地域の社会資源の情報を集めてデータベースを作る。
- ・ 認知機能予防に関心がある住民へ認知症の危険因子を減らす行動を習慣化するための情報やきっかけづくりのための情報提供を行う。
- ・ 地域での認知機能低下予防活動を育成し支援を行う。

地域での活動のタイプには

- ① 生きがい型・・・ 認知機能低下予防を直接の目的にはしていないが、認知機能低下の危険度を下げる効果の期待できる活動
- ② 目的型・・・ 認知機能低下予防を目的として、多くの高齢者が好み、認知機能

低下の危険度をさげる効果の期待できる活動

③ 訓練型・・・ 認知機能低下予防を目的として、認知機能の訓練効果が期待できる活動がある。

- ・ 認知機能低下予防活動を支援、または指導をする人材の育成を行う。

県内で行われている一次予防事業（ポピュレーション・アプローチ）の取組には、次のようなものがあります。

- ・ 楽しく元気づくり支援事業（薩摩川内市）
 - ※ ゲーム、リハビリ、ウォーキング等の教室を実施
- ・ 脳いきいき教室（霧島市）
- ・ 地域のサロンを活用した認知症の人やその家族のための居場所づくり
- ・ 徘徊模擬訓練
- ・ 認知症連携パス「私のアルバム」の普及（霧島市）
- ・ 小学生向けの認知症の理解普及促進DVD「やっぱり笑顔のサブちゃんがいい」の制作（さつま町）

（イ）二次予防事業（ハイリスク・アプローチ）

二次予防事業（ハイリスク・アプローチ）は、MCI高齢者を対象とすることになりますが、図表6-12からも明らかなように、MCI高齢者は認知機能低下予防に関心を持つ割合が健康な高齢者に比べて低いです。したがって、二次予防事業では、まず、地域の人たちに早期発見と早期予防のメリットを知ってもらい、老人保健事業の基本健康診査にあわせて行う介護予防のための生活機能評価（以下「生活機能評価」という。）などに抵抗なく参加できるようにすべきです。そのためにも、啓発は重要です。

また、認知機能低下予防・支援プログラムの提供にあたっては、認知機能の維持や改善の効果が期待できるサービスを提供することは当然のことではありますが、対象者の好みや価値観にあった内容でないと効果が期待できません。二次予防事業では、保健師・看護師など多様な情報源からMCIなどの可能性のある者を把握し、基本健康診査とあわせて実施する介護予防のための生活機能評価及びアセスメントを行います。さらに、認知的機能は低栄養状態、運動機能の低下、口腔機能の低下とも関連し、これらの機能改善が認知機能の維持に役立つと期待されるため、複合・栄養・運動・口腔等の各プログラムと併せて認知機能低下の予防を図っていくことが効果的です。このことにより、高齢者がそれぞれのプログラムに参加する過程で記憶や注意、思考力の認知機能が刺激され認知機能低下予防に繋がります。なお、通所型による事業実施が困難である者に対しては、訪問活動により支援を行うことが必要です。

プログラムを開始する際には、事前アセスメントとして認知機能の評価を行い、事業の終了した後に事後アセスメントを行って事業の効果を評価します。さらに、プログラムが終了した後も、地域のインフォーマルなサービス等を活用し、活動の持続を図ることが望ましいです。

図表6-14 認知機能低下予防・支援の事業概要

事業種類	一次予防事業 (ポピュレーション・アプローチ)	二次予防事業 (ハイリスク・アプローチ)
対象者	全ての高齢者	軽度認知機能障害 (MCI) をもつ高齢者
担当職種	保健師等	保健師、看護師、言語療法士、作業療法士、健康運動指導士等
実施場所	市町村保健センター 地域包括支援センター 公民館等 (委託先の事業所) 社会福祉協議会 介護保険事業所、特定非営利法人事業所	市町村保健センター 地域包括支援センター 公民館等 (委託先の事業所) 社会福祉協議会 介護保険事業所、特定非営利法人事業所 訪問指導
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ①社会資源データベース作成 ②住民への情報提供 ③地域活動の育成・支援 ④スタッフ(プログラム指導者や支援者等)育成 	<ul style="list-style-type: none"> ①二次アセスメント ②プラン作成 ③事業の提供 ④評価
	<ul style="list-style-type: none"> ○認知機能低下予防に役立つ地域の社会資源に関する情報を集め、データベースを作成する ○認知機能低下予防に関心ある住民への情報提供 ○行動変容のきっかけとなるような地域活動を育成・支援を行う(他教室と複合での教室開催) 生きがい型: 囲碁、将棋、園芸、料理、歌や踊り、運動(ウォーキング、水中運動、体操)など 目的型: 認知機能低下予防・支援に特化したレクリエーションや料理 訓練型: 認知機能低下予防訓練を目的とした計算ドリルや脳トレーニング ○認知機能低下予防・支援プログラムを実施するために必要な知識と技術をもった指導者やファシリテーター(支援者)の育成 ○認知症サポーター養成 	<ul style="list-style-type: none"> ○認知機能等を評価し、医療サービスや介護サービスの必要性や、地域支援事業としての支援方法について検討する ○一定期間後に再度認知機能等を評価し、事業の効果を確認する ○認知機能が認知症を疑うレベルまで低下していれば、適切に医療サービスや介護サービスに結びつける ○認知機能低下予防のためには、生活活動や趣味活動を増やすことが重要あると考えられるため、該当する者には運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上、認知機能改善等の各種事業への参加を呼びかけとともに、地域のインフォーマルなサービス資源の活用を図る。
目標設定・評価期間	<ul style="list-style-type: none"> ○各事業に応じた目標設定と評価機関を設ける ○目的型・訓練型事業については、認知機能の維持または改善を目標として、評価期間は実施期間に準ずる 	<ul style="list-style-type: none"> ○認知機能の維持または改善を目標とする ○評価期間は各種事業の実施期間に準ずる

【介護予防マニュアル改訂版, 参考資料, 2012, 一部加筆】

(7) 認知症の人を医療面から支える社会資源

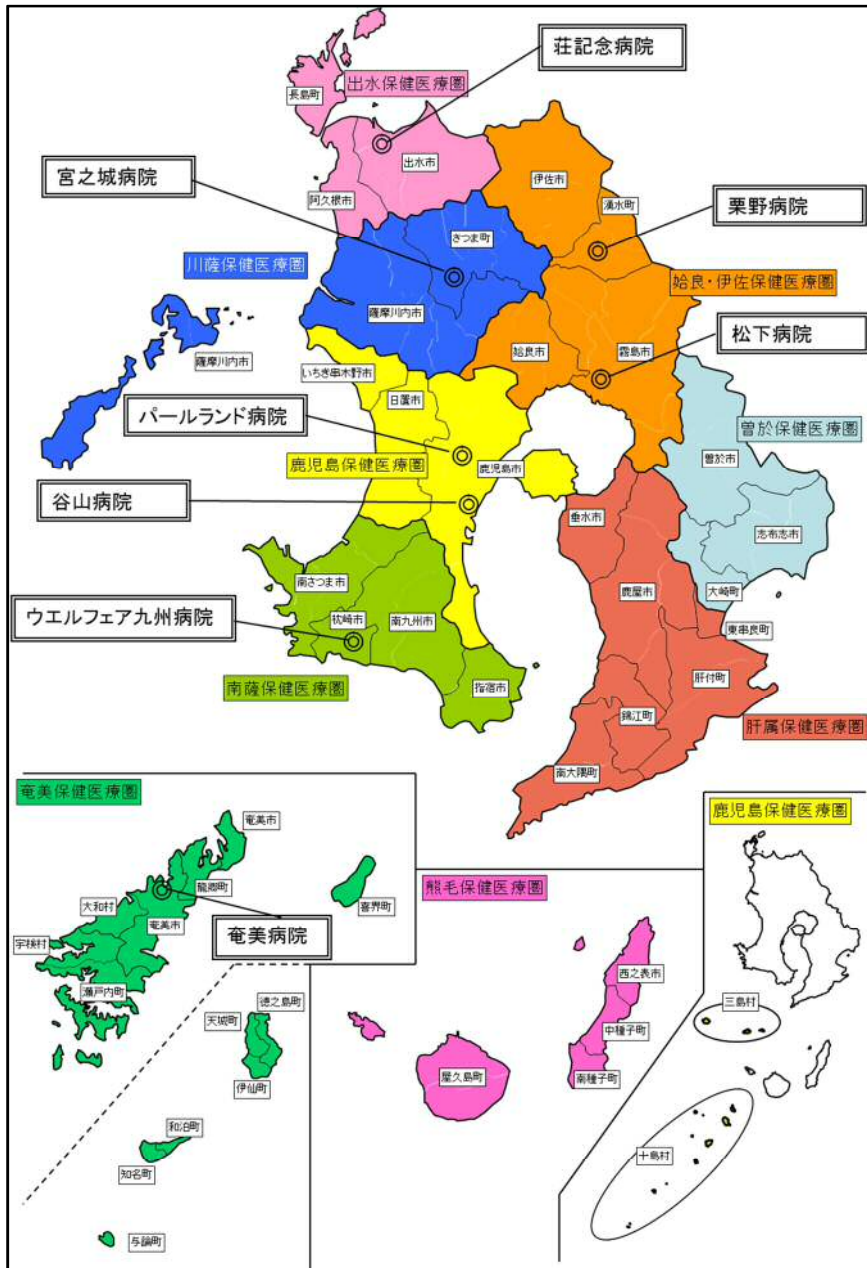
認知症の人を医療面から支えるマンパワーとして、次のような社会資源がありますので、活用してください。

ア 認知症疾患医療センター

認知症疾患医療センターとは、認知症に関する地域の専門医療機関として、認知症疾患に関する鑑別診断（症状にかかる原因等を究明するために実施する検査・専門医の診察）、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修や認知症に関する情報提供等を行い、地域における認知症の保健医療水準の向上に取り組む医療機関です。

認知症疾患医療センターの指定状況は、県ホームページで公開しています。

図表6-15 県内の認知症疾患医療センター（平成25年12月20日現在）



認知症疾患医療センター連絡先一覧（平成25年12月20日現在）

所在地	病院名	専門医療相談窓口
鹿児島市	谷山病院	099-269-4119
	パールランド病院	099-238-0168
枕崎市	ウエルフェア九州病院	0993-72-4747
さつま町	宮之城病院	0996-53-1005
出水市	荘記念病院	0996-82-2955
霧島市	松下病院	0995-42-8558
湧水町	栗野病院	0995-74-1140
奄美市	奄美病院	0997-52-0034

イ 認知症サポート医

認知症サポート医とは、認知症疾患医療センターや域包括支援センター等の情報を把握し、かかりつけ医からの相談を受け助言等を行う医師であり、平成25年12月末現在113名の医師が県内で活躍しています。

認知症サポート医の名簿は、県ホームページで公開しています。

ウ もの忘れ相談のできる医師

もの忘れ相談のできる医師とは、認知症診療の知識・技術や認知症高齢者やその家族等を支える知識と方法を習得する研修を修了した「かかりつけ医」のことであり、平成25年12月末現在222名います。

もの忘れ相談のできる医師の名簿は、県ホームページで公開しています。

※ 県ホームページ>健康・福祉>高齢者・介護保険>認知症支援・相談窓口>認知症かな？と思ったら（専門医療相談）
<http://www.pref.kagoshima.jp/ae05/kenko-fukushi/koreisya/ninchishou/ninchishou-senmoniryousoudan.html>

5 「うつ」予防・支援

(1) 「うつ」とは

簡単にいうと、「うつ」とは、気力が低下したり、落ち込んだり、楽しいとかうれしいという気持ちが持てなくなったりして、それを自分の力で回復するのが難しくなってしまう病気です。本人がとてもつらいと感じたり、日常生活に支障が出るような状態になっているときには、精神科や心療内科の専門医による治療が必要であると考えられています。

(2) 「うつ病」の原因・分類・素因（リスクファクター）

ア 原因

モノアミン仮説・・・ 神経伝達物質であるモノアミン（主にノルアドレナリンとセロトニン）の枯渇や神経受容体の感受性低下

イ 分類

図表6-16 うつ病の原因

A) 身体因性うつ病(器質性・症候性)	認知症、頭部外傷、脳腫瘍等
B) 内因性うつ病(躁うつ病)	(i) 双極性感情障害 (ii) 単極性感情障害(真性うつ病) (iii) 退行期うつ病 (iv) 季節性感情障害
C) 心因性うつ病(反応性うつ病)	長期のストレスにさらされて、心身ともに疲弊して精神機能が低下したもの
D) その他(医原性うつ病等)	薬の副作用(インターフェロン、ステロイド等)

ウ 素因

(ア) 性格因子

a Kretschmer の循環気質

- (a) 人付き合いがよい、親切、親しみやすい
- (b) 朗らか、ユーモアに富む、元気はつらつ、激昂しやすい
- (c) もの静か、落ち着きがある、物事を苦にする、柔和

b 下田の執着気質

仕事熱心、凝り性、徹底的、正直、几帳面、強い正義感や責任感、ごまかしやずぼらが出来ないなど

c Tellenbach のメランコリー型

まじめで勤勉、責任感が強く、秩序やルールを大事にし、誠実で道徳心が高いなど

(イ) 状況因子

- 年齢別・・・ 性別により異なっている
- 子供・・・ 環境の激変（両親の死亡、離別、叱責、いじめ、天候など）
- 思春期・・・ 個人的な問題（異性問題、就職や受験の失敗など）
- 壮年期・・・ 男性（仕事上の問題）、女性（家庭的な問題）
- 老年期・・・ 壮年期の傾向プラス身体疾患

(3) 「うつ病」の主な治療法

ア 薬物療法（生物学的治療）

薬を使ってうつ病のつらい症状をおさえ、和らげようという治療法。薬物療法は、脳神経の働きに作用する抗うつ薬という薬等を使って、うつ症状の改善をはかります。

イ 精神療法（心理的治療）

カウンセリングを通じて、その人の気持ちの持ち方、考え方のパターン、行動や人間関係のとり方などを整理していきます。精神療法はその人の考え方や気持ちにアプローチして、精神的な苦痛を軽減しようという治療法です。

ウ 環境調整（社会的治療）

その人の社会的な側面に目を向けます。家族関係の見直し等、問題となっている環境への働きかけが有効な事があるので、そこの調整を図っていこうという治療法です。

以上のようなア、イ、ウの3つの治療法を、患者の状態に合わせてバランスよく使い分けながら、うつ病の治療を進めていくことになります。

(4) 「うつ」のアセスメント方法

ア 事前アセスメント

図表6-17 事前アセスメント

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

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。

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？」

①～④のいずれかの症状が1つ以上ある場合

第2段階：日常活動の支障の程度を評価する

「今、お話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 支障がない場合

医療機関への受診を勧める こころの健康（自己診断）チェックシート	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している）
-------------------------------------	---------------------------------------

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 キーパーソンがいる場合

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	本人の許可を得た上で、キーパーソンの協力を仰ぐ。
--	--------------------------

(5) 「うつ」のアセスメントの実施方法と評価

ア うつ症状の二次アセスメントの実施

(ア) 第1段階 症状の有無を確認する

第1段階では、次のような質問をもとに症状の有無を確認します。

質問例

- ① 抑うつ気分（ほとんど毎日、ほとんど1日中の持続）が2週間以上持続
 - ・ 気分が沈み込んだり、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。
- ② 興味や喜びの喪失（ほとんど毎日、ほとんど1日中の持続）が2週間以上持続
 - ・ 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むことができますか。
- ③ 生活リズムの障害
 - ・ 睡眠の状態はいかがですか。
 - ・ 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。
 - ・ 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、体重が減っていませんか。
 - ・ いつもより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。
- ④ 自殺念慮の有無
 - ・ 死について何度も考えるようになっていませんか。
 - ・ 気分がつかく落ち込んで、自殺について考えるということがありますか。

上記①～④のいずれかの症状が認められる場合は、次の第2段階のアセスメントを実施します。

(イ) 第2段階 日常活動の支障の程度を確認する

第2段階では、日常活動の支障の程度を確認します。

質問例

- ・ 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。
- ・ 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せんか。
- ・ 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。

イ 二次アセスメントの評価

(ア) 第1段階

「1. 抑うつ気分」、「2. 興味・喜びの喪失」「3. 生活リズムの障害」「4. 自殺念慮の有無」いずれかの症状が存在しているかどうかを評価します。

(イ) 第2段階

日常生活の支障の程度を評価し、支障がある場合は医療機関への受診を勧めます。その際に、こころの健康(自己診断)チェックシートを利用し、うつ状態を評価します。

※「こころの健康(自己診断)チェックシート(SRQ-D)東邦大式」

① 実施方法とその注意点

「あなたの気分の状態について、自己診断してみましよう。軽症うつ病発見の手がかりの一つとして行う簡易テストです。うつ病の診断には専門医の診断が必要です。このテストはあくまでも目安として行います。」と説明を行い、チェックしてもらいます。

② 評価方法

各々の答えについて、以下の点数を記入し、合計点を計算して下さい。ただし、質問2、4、6、8、10、12に関しては加点せずに評価します。

16点以上：うつ状態が疑われますので、医療機関を受診してください。

15～11点：精神的疲労がたまっている状態です。休養をとることや保健師等への相談をお勧めします。

10点以下：心の健康が保たれている状態です。これからもストレスをためない生活を続けてください。

■こころの健康（自己診断）チェックシート

記入 年 月 日

お名前 _____ 年齢 _____ 男・女 職業 _____

	質問	いいえ (0点)	はい		
			ときどき (1点)	しばしば (2点)	常に (3点)
1	身体がだるく疲れやすいですか				
2	騒音が気になりますか				
3	最近気が沈んだり気が重くなることがありますか				
4	音楽をきいて楽しいですか				
5	朝のうち特に無気力ですか				
6	議論に熱中できますか				
7	くびすじや肩がこって仕方ないですか				
8	頭痛持ちですか				
9	眠れないで朝早く目ざめることがありますか				
10	事故やけがをしやすいですか				
11	食事が進まず味がありませんか				
12	テレビを見て楽しいですか				
13	息がつまって胸苦しくなることがありますか				
14	のどの奥に物がつかえている感じがしますか				
15	自分の人生がつまらなく感じますか				
16	仕事の能率があがらず何をするのもおっくうですか				
17	以前にも現在と似た症状がありましたか				
18	本来は仕事熱心で几帳面ですか				
	1～12項目の点数の合計	① 点	② 点	③ 点	④ 点
	全体の合計点数	①+②+③+④= 点			

SRQ-D (Self-Rating Questionnaire for Depression) 東邦大式

(6) 本人・家族の支援方法・接し方・注意点

ア 家族や友人、会社の同僚など、身近な人がうつ病になったり、うつ状態が気になっているような時

- ・ 必要以上に気をつかいすぎない（いつもどおりに）
- ・ 誤解を解く（気のせいではない）
- ・ 本人のペースをたいせつに（励まさない）
- ・ 問題点を明確に（問題解決の方向で話し合う）
- ・ 薬を上手に利用するように助言する

※ 特に家族は、できるだけいつも通りに触れ合っていくことが大切です。

イ うつ症状の人と上手につきあうには

「あせらない」こと。いっぺんによくなると期待せずに、ひとつひとつ問題を解決していくことが大切です。「どうにかしてあげたい」とか「なんとかしてあげたい」という気持ちをあまり前面に出しすぎずに、上手にコントロールしながら付き合っていくことが大きなポイントになります。

ウ 受診をすすめるときには

まず本人の気持ちや行動の様子をなるべくありのままに聞いていきながら、ゆっくり話し合うことが大切になります。話し合いの中で見つかった、何か具体的な問題点や、気がかりな症状と思えるようなことと関連づけながら、「一度医師とも話してみてもどうだろうか」と提案してみてください。

また、「ストレスが強くてそんなふうになることもあるらしいから、一度専門医に話を聞いてみたらどうだろう」と伝えてみるのも方法です。とにかく、本人が納得しないまま医療機関を受診しても、なかなかいい結果にはつながりません。急がずに、辛抱強く、本人とよく話し合うことが重要になります。

エ 「死にたい」といわれたら

こうすれば自殺を必ず防げるという教科書的な答えはありません。ただ一生懸命くい止めるしかないと思います。「私なんか、いるだけでみんなに迷惑だ。いないほうがいいんだ。」という相手に対して、自分なりの言い方で、「そんなことは決してない。あなたは私にとって大事な人だ。あなたがいなくなったら、私はとてもつらく、悲しく感じると思う。」というメッセージを誠実に、一生懸命に伝えるしかないと思います。辛抱強く、繰り返し伝えていくことです。

また、「死」や「自殺」という言葉が聞かれたら、きちんと話し合うべきですし、医師にもできるだけ早く相談する必要があります。

(7) 「うつ」予防対策プログラム

ア 一次予防事業（ポピュレーション・アプローチ）

(ア) 普及啓発

「介護予防一次予防事業」は、疾病の予防を目的とする一次予防に対応し、以下のような方策が有効です。

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、啓発を行うことによって、こころの健康の維持とうつ対策を行うようにします。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、地域では季節にかか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作りや孤立予防につながる活動を行うことも有効です。

(イ) 地域介護予防活動支援事業

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、うつ病をはじめとする相談、スクリーニング及び受診体制を整備することによって、自殺やうつについての相談や医療機関への受診が抵抗なくでき、うつ病に対する偏見のない、こころの健康について積極的に話し合えるような地域作りを目指します。

このようにストレスを軽減して、うつ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、とても大切です。

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。

イ 二次予防事業（ハイリスク・アプローチ）

(ア) 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す。二次予防事業の中心はうつのアセスメントを行い、うつ状態の可能性を早期に発見して該当者に情報提供することであり、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て、うつの早期発見、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になります。

しかし、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。

また、うつ状態またはうつ傾向の方は、ものごと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、要介護認定の申請時や老人保健事業にあわせて実施する介護予防に関する生活機能評価（以下「生活機能評価」という。）時等、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

あります。そのため、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身につけ、早期に発見できるようにすることが大切です。

(イ) 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その家族、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。

参考文献

- ・ 尾之内直美：2007：オノウチ式家族支援プログラム運営マニュアル：(社)認知症の人と家族の会愛知県支部
- ・ 鳩野洋子他：1999：地域ひとり暮らし高齢者の閉じこもりの実態と生活状況：保健婦雑誌
- ・ 浦上 克哉：Jpn J Cancer Chemother 30(Suppl. I):49-53, December, 2003
- ・ Cerhan JH, Ivnik RJ, Shmith GE, et al.: Diagnostic utility of letter fluency, category fluency, and deference scores in Alzheimer' s disease. Clinical Neuropsychology, 16: 35-42(2002).
- ・ 黒川由紀子：2006：世代間交流としての回想法：精神療法：第32巻第2号：金剛出版
- ・ 日本臨床：61巻増刊号9.2003
- ・ 尾道市医師会：尾道市医師会認知症早期診断プロジェクト委員会
http://www.onomichi-med.or.jp/oioi/oioi_24.html
- ・ 厚生労働省：介護予防マニュアル(改訂版:平成24年3月)について
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>
- ・ 「閉じこもり予防・支援マニュアル」分担研究班：閉じこもり予防・支援マニュアル(改訂版)平成21年12月
http://www.tmig.or.jp/kaigoyobou/07_tojikomori.pdf
- ・ 「認知症予防・支援マニュアル」分担研究班：認知症予防・支援マニュアル(改訂版)平成21年3月
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/d1/tp0501-1h1.pdf>
- ・ 日本医療福祉生活協同組合連合会：脳いきいき教室の評価の仕方と結果の伝え方
http://www.hew.coop/health/hankai_brain